

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege

A close-up portrait of Elisabeth Scharfenberg, a woman with short blonde hair, smiling warmly. She is wearing a dark jacket and a vibrant red scarf. The background is softly blurred, suggesting an outdoor setting.

Interview mit Elisabeth Scharfenberg MdB, Bündnis 90/Die Grünen: „Reformen besser aufeinander abstimmen“

Pro und Kontra

Während Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck (Uni Bremen) eine „Zeitnahe Reform-Umsetzung“ fordert, mahnt Bernd Meurer (bpa): „Die Fakten sind andere.“

Wissenschaft ausbaufähig

Nur vier Projekte, die durch den Innovationsausschuss in der ersten Förderwelle positiv beschieden wurden, befassen sich mit der Verbesserung der Pflege.

Pflegekammer – die Dritte

Nachdem die erste Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz das erste Jahr hinter sich hat, steht nach Schleswig-Holstein nun Niedersachsen ante portas.



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.

Pflege hat 2017 die Wahl

>> **MoPf-Titelinterview mit Elisabeth Scharfenberg MdB, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen** > S. 6 ff.

Am 1. Januar ist mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz eine große Pflegereform in Kraft getreten. Aber: „In der Umsetzung werden die Schwächen des PSG II schnell offenbar werden.“ So Elisabeth Scharfenberg, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Bundesfraktion Bündnis 90/Die Grünen und Mitglied im Ausschuss für Gesundheit: „Menschen dabei zu unterstützen, dass sie selbst etwas tun können. Das kostet mehr Zeit, als sie einfach nur zu versorgen“, „... und mehr Zeit bedeutet auch mehr Personal, das aber fehlt schon heute.“ Auch sonst benennt Scharfenberg zahlreiche Fehler der CDU/CSU-SPD-Bundesregierung. Und auch ihre Perspektiven zu längerfristigeren Pflegepolitik sind sehr interessant. Eine lohnende Lektüre.

Interview mit Professor Dr. Michael Simon, Hochschule Hannover

> S. 10 ff.

„Die Personalausstattung in der Pflege ist in Deutschland insgesamt nicht ausreichend. Dies gilt sowohl für die Krankenhäuser als auch für die ambulanten Pflegeeinrichtungen und Pflegeheime.“ Und dennoch wurden trotz „Pflegenotstand“ „zwischen 1996 und 2007 bundesweit mehr als ca. 50.000 Vollzeitstellen abgebaut.“ Trotz Stellenzuwachs seit 2008 fehlen „mehr als 100.000 Vollkräfte“. Lesen Sie unser Gespräch mit Professor Simon, der bis 2016 an der Hochschule Hannover die Schwerpunkte „Gesundheitssystem“ und „Gesundheitspolitik“ lehrte.

4. Deutscher Pfl egetag 2017: 23. bis 25. März in Berlin

> S. 14

Am 24. September 2017 ist Bundestagswahl. Ein Kriterium für die Wahlentscheidung sollte sicherlich die Pflegepolitik sein. Die Veranstalter des Deutschen Pfl egetag 2017 rufen die Pflegenden dazu auf, ihre Wahlmacht zu nutzen: „Pflege hat die Wahl“.

Niedersachsen: 3. Bundesland mit einer Pflegekammer

> S. 19

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung hat den Errichtungsausschuss für eine Pflegekammer bestellt. Die konstituierende Sitzung ist für den 27.3.2017 geplant. Der Errichtungsausschuss wird die erforderlichen Strukturen für die Pflegekammer schaffen und die Wahlen zur Kammerversammlung durchführen.

Pro und Contra generalistische Pflegeausbildung

> S. 20 ff.

Lesen Sie die Meinungsbeiträge pro und contra generalistische Pflegeausbildung von **Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck**, Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, und **Bernd Meurer**, Präsident des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa).

Wissenschaftlicher Beitrag

Rixe, Löhr und Schulz beleuchten die Geschichte, Entwicklung und Konsequenzen der Akademisierung der Pflege. Neben den positiven und politisch gewollten Konsequenzen gibt es auch eine gefühlte Entwertung, Unsicherheit, Angst und Neid. Dabei kommt dem Pflegemanagement die Verantwortung zu, den Mix an Qualifikationen und Ausbildungen umsichtig zu nutzen, um einen bestmöglichen Patientennutzen zu erreichen.

Lügel, Fröhlich und Zahn untersuchen mit der BMC-Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“ die Frage, warum das Recht von Pflegeeinrichtungen, sich an Verträgen zur Integrierten Versorgung zu beteiligen, bisher kaum genutzt wird. Sie fragen nach den Ursachen und nötigen Anpassungen, damit sich Pflegeeinrichtungen stärker in IV-Verträge einbringen bzw. als Partner wahrgenommen werden.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre mit vielen Informationen, die für Sie und Ihre Arbeit nützlich sind.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski
Herausgeber „Monitor Pflege“

INHALT

Pflege hat 2017 die Wahl

Editorial: MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Schicksal Wohnort

Editorial: MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Reformen besser aufeinander abstimmen“

Interview mit Elisabeth Scharfenberg MdB; Bündnis 90/Die Grünen

„Nachholbedarf bei der Primärqualifizierungen“

Interview mit Professor Dr. Michael Simon, Hochschule Hannover

Trägerische Wohlfühlatmosfera

Die SHURP-Studie (Swiss Nursing Homes Human Resources Project)

Westerfellhaus: „Wir haben die Wahl“

4. Deutscher Pflgeetag 2017 vom 23. bis 25. März

Stimmen zum 4. Deutschen Pflgeetag 2017

Statements von Prof. Dr. Sandra Bensch, Franz Wagner und Nadine-Michèle Szepan

Dichter: „Starker Player in der Diskussion“

Niedersachsen ist drittes Bundesland mit einer Pflegekammer

Pro und Contra Pflegeberufgesetz

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck (Uni Bremen) und Bernd Meurer (bpa)

Pflege mit schlechtem Image

forsa-Pflegestudie im Auftrag der DAK-Gesundheit

Nur vier Projekte befassen sich mit Pflege

Erste Welle Innovationsfonds: Geförderte Projekte in der Pflege

News / Rezension

WISSENSCHAFT

Jacqueline Rixe / Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr / Prof. Dr. rer. medic. Michael Schulz

Konsequenzen der Akademisierung in der Pflege

Ralph Lägel, MBA / Dr. Jürgen Fröhlich / Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

Pflege als Element der Integrierten Versorgung

Impressum Monitor Pflege

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

3. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

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

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

Marketing/Online

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

2/4

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski

Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.



6

Herausgeber-Beirat Wissenschaftlicher Beirat

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten Herdecke



10

Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher

IGV Research



18

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szepan

AOK-Bundesverband



20

Franz Wagner MSc, RbP

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



22

Andreas Westerfellhaus RbP

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



24

23, 25

Praxis-Beirat

26

Harm van Maanen

Geschäftsleitung DPT



30

Fax +49 228 7638280-1

Abonnement

Monitor Pflege erscheint viermal
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. Informa-
tionen in Datenbanken einzu-
stellen, die vom Verlag oder Dritten
geführt werden.



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

Schicksal Wohnort

>> Welche Einflüsse der Wohn- und/oder Geburtsort sowie der soziale Status auf den gesundheitlichen Allgemeinzustand eines Menschen hat, ist noch weitgehend unerforscht. Evident ist nur, dass es durchaus spürbare Unterschiede gibt, wobei man mangels entsprechender Studien leider noch nicht genau sagen kann, woran das liegt. Ob nun Bildung, Ess- und Lebensführungsgewohnheiten, Beschäftigungsstatus oder gar Umfeldfaktoren sowie genetische Prädispositionen – all diese Faktoren kann man fatalistisch und quasi von Gott gegeben hinnehmen oder zu hinterfragen beginnen. Bildung hängt mit vor Ort vorhandenen Bildungsangeboten zusammen. Ob sich jemand viel oder wenig bewegt, auch mit in Kindergarten und Schule vermittelter Bewegungsfreude und den Sportangeboten, die jeder Einzelne tatsächlich in Anspruch nehmen kann. Und Punkto Essgewohnheiten: Warum ist es im Umfeld von Schulen nicht grundsätzlich verboten, Fastfood-Restaurants zu betreiben, und wieso gibt es kein in allen Bundesländern verbindlich einzuführendes Schulfach „Ernährung“? Ich weiß, das ist wieder einmal Ländersache ...

Auch bei der Pflege spielt das Thema Regionalität eine Rolle, auch wenn deren diverse Einflussfaktoren hier noch viel weniger als in der Gesundheitsversorgung erforscht sind, für die das Schwerstermedium von „**Monitor Pflege**“, die wissenschaftliche Fachzeitschrift „**Monitor Versorgungsforschung**“, am 17. März in Berlin den Kongress „Regionale Versorgung“ ausrichtet und einige der Schlüsselprojekte des Innovationsfonds vorstellt. Beim Thema Pflege gibt es dazu leider noch keine Projekte, dafür aber vier andere, die sich mit weiteren, ebenso wichtigen Themenkreisen beschäftigen.

> s. www.m-vf.de

> S. 12
> S. 24

Und es gibt den aktuellen Pflegereport der **Barmer**, der massive regionale Unterschiede in der Pflege herausgefunden hat und diese als „Konsequenz des Angebots vor Ort“ bezeichnet; je mehr Pflegedienste oder Pflegeheime es gebe, desto mehr Betroffene würden von ihnen betreut. „Die Menschen bekommen offenbar nicht immer die Pflege, die sie brauchen, sondern die, die vor Ort verfügbar ist“, betonte hierzu **Dr. Christoph Straub**, Vorstandsvorsitzender der Barmer, bei der Vorstellung des Pflegereports.

> S. 23

Nun könnte man sagen: Das ist nun einmal so; auch und ganz besonders bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Wo es mehr Ärzte und Kliniken gibt, da lassen sich Menschen öfter behandeln als anderswo, wo es zum einen weniger bis keine Ärzte und Kliniken oder auch Apotheken mehr gibt, und andererseits lange Fahrtstrecken oder auch andere Hürden wie Sparchbarrieren zu überwinden sind. Umso wichtiger ist es, dass Deutschland endlich von einer retrospektiven (und auch noch nach Sektoren getrennten) Bedarfsplanung zu einer sektorenübergreifenden, den tatsächlichen Bedarf vorwegnehmenden und obendrein auch noch qualitätsorientierten Planung kommt. Hier hat die Politik bereits erste Schritte unternommen, wenn es auch noch viele, viele Jahre dauern wird, bis diese Vision eines fernen Tages Wirklichkeit wird.

Doch: Was ist mit der Pflege? Hier ist es mehr oder weniger Zufall und dem privatwirtschaftlich orientierten Wettbewerb überlassen, ob es in der Region, in der Kommune genügend Pflegeangebote gibt. Auch könnten die sogenannten Pflegestützpunkte nach Meinung Straubs offenbar diese Art der Hilfen nicht bieten; das Konzept der Pflegestützpunkte sei gescheitert, da diese klar am Bedarf der Betroffenen vorbei liefen. Nötig seien stattdessen noch mehr niedrighwellige mobile und häusliche Angebote und Unterstützungsleistungen für alle Versicherten.

Auch eHealth oder in diesem Fall besser ePflege? Warum nicht, natürlich nur im passenden Rahmen und Umfang und dort, wo das möglich ist. Gibt es Studien dazu? Fehlanzeige. <<

Ihr
Peter Stegmaier,
Chefredakteur „Monitor Pflege“

P.S.: Eine Bitte: „Monitor Pflege“ ist für SIE da, für die professionell Pflegenden und vor allem für die Pflegewissenschaft. Reichen Sie deshalb Artikel an den Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski ein: roski@monitor-pflege.de



**Die zentrale Veranstaltung für
professionell Pflegende in Deutschland!**



DEUTSCHER PFLEGETAG 2017

PFLEGE STÄRKEN MIT STARKEN PARTNERN

„Die Pflege hat die Wahl“ lautet das Motto des Deutschen Pfllegetags 2017, der vom 23. bis 25. März in der STATION-Berlin stattfindet. Seien Sie dabei, wenn sich professionell Pflegende, Politiker, Wirtschaftslenker und Spitzenvertreter der Gesellschaft zum intensiven Dialog über die Herausforderungen und Chancen in der Pflege treffen. Tickets gibt es online unter: deutscher-pflegetag.de. Wir sehen uns in Berlin!

**JETZT
TICKETS
SICHERN
UND DABEI
SEIN!**

23.-25. MÄRZ 2017 | STATION-Berlin



FOLGEN SIE UNS
/deutscherpfllegetag



JETZT MITREDEN
#pfllegetag

Eine Veranstaltung von

Deutscher Pfllegerat e.V.  **schlütersche**

Interview mit Elisabeth Scharfenberg MdB

„Reformen besser aufeinander abstimmen“

Elisabeth Scharfenberg MdB ist Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen und Mitglied im Ausschuss für Gesundheit sowie stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. Sie moniert im Interview mit „Monitor Pflege“, dass die Ablösung des alten, verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zwar sicher überfällig gewesen sei, die hohen Erwartungen an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff jedoch zum Teil enttäuscht werden dürften. Unter anderem, weil sich die große Koalition zu viel Zeit gelassen hat, vor allem beim Verfahren zur Personalbemessung sowie der Qualitätssicherung.

>> Sehr geehrte Frau Scharfenberg, am 1. Januar 2017 ist mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz eine große Pflegereform in Kraft getreten. Geht die Reform in die richtige Richtung? Was würden Sie sich gegebenenfalls anders wünschen?

Das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ist, wie der Name schon sagt, das zweite in einer Reihe von insgesamt drei Pflegestärkungsgesetzen. Es setzt den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff um. In der Folge erhalten vor allem an Demenz erkrankte Menschen mehr und bessere Leistungen der Pflegeversicherung. Die Ablösung des alten, verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs war sicher überfällig. Doch der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff hat sehr hohe Erwartungen geweckt: Die Menschen sollen in ihrer Selbstständigkeit gestärkt werden. Eine halbe Million Anspruchsberechtigte mehr – das ist eine echte Herausforderung.

Und Ihre Kritik?

In der Umsetzung werden die Schwächen des PSG II schnell offenbar werden. Die Menschen sollen an ihren Fähigkeiten gemessen und darin gestärkt werden, statt sie nach ihren Defiziten einzustufen. Das klingt gut, das ist auch gut, aber es bedeutet, Menschen dabei zu unterstützen, dass sie selbst etwas tun können. Das dauert länger, als sie einfach nur zu versorgen. Das bedeutet, die Menschen geduldig anzuleiten, ihren Rhythmus auszuhalten, statt es eben einmal schnell selbst zu erledigen. Gerade im Bereich Demenz geht es darum, 500.000 Menschen mehr zu unterstützen. Das kostet viel mehr Zeit, und mehr Zeit bedeutet auch mehr Personal, das aber fehlt schon heute. Darum hätte ich mir gewünscht, dass die Bundesregierung ihre Reformen besser aufeinander abstimmt.

Sie sprechen das Personalbemessungsverfahren an.

Genau. Es ist zwar geplant, bis 2020 ein Verfahren zur Personalbemessung zu entwickeln und zu erproben, aber das ist viel zu spät! Und von einer verbindlichen Umsetzung ist gar nicht die Rede. Es sind schon so viele Personalbemessungsverfahren entwickelt und erprobt, aber nie umgesetzt worden. Dieses Schicksal droht auch dem Personalbemessungsverfahren im PSG II.

Warum ist das Ihrer Meinung nach zu spät?

Wir brauchen jetzt mehr Personal, das zur Einführung des neuen

Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch bereit sein muss, eine neue Art der Pflege zu leisten, eine Pflege, die dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch gerecht wird. Wir verlangen damit dem Pflegepersonal mehr ab, als es unter den gegebenen Bedingungen leisten kann. Darum fürchte ich, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff scheitern wird. Darum wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch nicht die Minutenpflege abschaffen, wie viele ja gehofft haben. Der Druck in der Pflege – das ist doch das, was die Minutenpflege ausmacht – wird

bestehen bleiben. Es wird sich nichts daran ändern. Dazu kommt, dass unabhängig vom Verfahren zur Ermittlung der Leistungsansprüche nach dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) die derzeitige pflegerische Versorgung den rechtlichen Vorgaben zufolge auf

dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse erfolgt, der sich durch Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zunächst nicht ändert. Soll das erweiterte Pflegeverständnis, das das NBA prägt, in den Pflegealltag einziehen, muss dies von den Vertragspartnern auch im Leistungserbringungsrecht entsprechend geregelt werden – etwa in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI.

Zentral ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist. Was bringt diese neue Fassung der Pflegebedürftigkeit für Vorteile für die Patienten?

Zunächst einmal bringt er für viele Pflegebedürftige – nicht für alle – mehr Geld. Kognitive Einschränkungen werden mit körperlichen Einschränkungen gleichgestellt, bereits pflegebedürftige Menschen mit kognitiven Einschränkungen wurden automatisch in einen Pflegegrad zwei Stufen über ihrer Pflegestufe übergeleitet. Auch die Pflegesätze wurden in den meisten Fällen erhöht. Auf dem Papier soll sich auch die Qualität der Pflege markant verbessern, weil erstmals alle relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst werden, und weil die individuellen Ressourcen der Pflegebedürftigen gestärkt werden sollen. Das wird jedoch aufgrund des herrschenden Personalmangels in der Pflege nicht umgesetzt sein.

Was bringt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff für die anderen Akteure, z.B. die Angehörigen, die professionell Pflegenden oder die betroffenen Kassen?

Eine angemessene Umsetzung könnte für das Pflegepersonal eini-

ges an Verbesserungen – vor allem in Hinblick auf mehr Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit – bringen, wenn sie tatsächlich so pflegen könnten, dass die Ressourcen der Menschen gestärkt werden, wenn also die Menschen durch die Pflege wieder besser am Leben teilnehmen könnten. Dem stehen allerdings die bereits benannten Schwierigkeiten, vor allem der Personalmangel, gegenüber. Was der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff für die Kassen bringt, wird abzuwarten sein. Für die Pflegeversicherung insgesamt bedeutet er zunächst mal mehr Geld durch die zweifache Beitragserhöhung zur Pflegeversicherung um insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkte. Das ist allerdings zugleich auch ein Kritikpunkt: Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist trotz der Beitragserhöhung mitnichten gesichert.

Auch Angehörige werden durch die Reform durchaus bessergestellt. Da der ambulante Sektor durch alle Pflegestärkungsgesetze gestärkt wurde, erhalten sie mehr Geld, um Leistungen für ihre pflegebedürftigen Angehörigen einkaufen zu können. Entsprechend braucht es dann aber auch einen Ausbau der Angebote, der pflegerischen und Betreuungsinfrastruktur. Zudem wurde die Anrechnung von Pflege in der Rente leicht verbessert, und Pflegepersonen werden in die Arbeitslosenversicherung einbezogen und erhalten damit nach Ende der Pflege Anspruch auf Arbeitslosengeld I und Arbeitsförderungsmaßnahmen nach SGB III. Das sind leichte Verbesserungen, die jedoch Armut durch Pflege nicht immer werden verhindern können.

Sie sind seit 2005 im Bundestag. Mit Ihrer großen Erfahrung können Sie zwölf Jahre Gesetzgebung überblicken. In dieser Legislaturperiode hat Bundesminister Hermann Gröhe so viele neue Gesetze erarbeiten lassen, dass es viele Kenner überrascht. Ist das die richtige Lösung eines Reformstaus oder sehen Sie eher Überaktivität des Ministers?

Pflegepolitisch war schwarz-rot in dieser Wahlperiode zweifellos fleißig. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die deutliche Ausdehnung der finanziellen Mittel und der Leistungen der Pflegeversicherung waren überfällig. Das kann man ruhig anerkennen. Darauf kann und darf sich aber die Koalition nicht ausruhen. So erfüllt das dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) den Anspruch der Stärkung der Rolle der Kommunen nicht ansatzweise, sondern ist total mutlos. Dies ist aber eine der Strukturfragen für die Zukunft, denn vor Ort leben die Menschen. Das bleibt ein ungelöstes Problem.

Ist das einzige Problem, das Sie sehen?

Beileibe nicht. Auch die großzügige Ausgabenpolitik der Koalition ist auf Sand gebaut. Der aktuelle Pflegereport der Barmer GEK 2016



befürchtet schon für 2017 ein Defizit der Pflegeversicherung von über 3 Milliarden Euro, das noch durch die bestehenden Rücklagen aufgefangen werden kann. Schwarz-Rot hat wieder mal keine grundlegende Finanzierungsreform geschafft. Wir brauchen deshalb in der Pflege endlich die solidarische und nachhaltige Bürgerversicherung. Das heißt, Bürgerinnen und Bürger sollen nach ihren Möglichkeiten einzahlen; die ungerechte Trennung zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung muss aufgehoben werden. Eine klare Fehlentscheidung von Schwarz-Rot ist der mit dem PSG I eingeführte Pflegevorsorgefonds. Der bringt nach einhelliger Expertenmeinung rein gar nichts und bindet nur über 1 Milliarde Euro jährlich, die jetzt dringend benötigt würden. Wir wissen dabei sehr genau, wovon wir reden. Wir haben bis 2011 ein ähnliches Modell vertreten und nach einem Gutachten der Universität Bremen (Prof. Heinz Rothgang) beschlossen, uns davon wieder zu verabschieden, denn es funktioniert einfach nicht. Auch bei der Qualitätssicherung ist Zeit verschwendet worden. Der Pflege-TÜV ist krachend gescheitert. Immerhin soll hier aber bis Mitte 2017 ein neues Verfahren entwickelt werden. Grundsätzlich hat die Koalition ihre Pflegereformen eher abgearbeitet als miteinander verknüpft und zusammengedacht. Eines der größten Probleme ist dabei – ich habe es bereits mehrfach angesprochen – dass die Personalfrage nicht von Anfang an energisch angegangen wurde. Da hat Schwarz-Rot die Probleme vor sich hergeschoben.

Bei einer von Ihnen durchgeführten Umfrage „Was beschäftigt Pflegekräfte?“, an der immerhin 4.500 Pflegekräfte teilnahmen, er-

fuhren Sie, dass 85 % der Pflegekräfte stolz auf ihren Beruf sind.

Ja, eine tolle Zahl. Dennoch können sich nur die Hälfte der Befragten vorstellen, bis zur Rente im Beruf zu bleiben. Gründe dafür sind großer Arbeitsdruck, psychische Belastung, schlechte Bezahlung und zu viel Bürokratie. Das gleiche beklagen auch schon die Auszubildenden. Das heißt, der Druck im Beruf beginnt schon in der Ausbildung. Auszubildende verlieren ihren Enthusiasmus bereits in der Ausbildung. Ein Drittel der befragten Auszubildenden gab an, nach dem Abschluss nicht in der Pflege arbeiten zu wollen. Das muss uns wachrütteln. Wir sprechen hier von Menschen, die sich bereits für die Pflege entschlossen hatten. Diese gehen uns verloren. Das dürfen wir nicht zulassen. Deshalb brauchen wir die richtige Weichenstellung schon im Bereich der Pflegeausbildung. Bei der Reform der Pflegeausbildung drängten und drängen wir darauf, diese geplante sehr weitreichende Reform sehr gut und gründlich zu durchdenken, bevor das Schiff der Pflege-Ausbildung womöglich auf falschen Kurs gesetzt wird. Wir sind sehr gespannt, ob die Koalition sich hier noch zu einem vernünftigen Kompromiss durchringen kann.

Auch bei der Qualitätssicherung ist Zeit verschenkt worden. Der Pflege-TÜV ist krachend gescheitert. Immerhin soll hier aber bis Mitte 2017 ein neues Verfahren entwickelt werden. Grundsätzlich hat die Koalition ihre Pflegereformen eher abgearbeitet als miteinander verknüpft und zusammengedacht. Eines der größten Probleme ist dabei – ich habe es bereits mehrfach angesprochen – dass die Personalfrage nicht von Anfang an energisch angegangen wurde.

Wie stehen Sie zu Landespflegekammern und einer Bundespflegekammer? Welche Vorteile könnten diese Kammern für die Pflege bringen?

Dieses Thema muss man meines Erachtens im Gesamtkontext der Stärkung und Aufwertung des Pflegeberufs insgesamt sehen – das heißt Fachkräftemangel, Ausbildungsreform etc. Diesem Komplex hat sich die Koalition insgesamt viel, viel zu wenig gewidmet. Denn klar ist doch: Pflege ist vor allem eine personelle Dienstleistung. Ohne genügend – vor allem starke, selbstbewusste – Pflegekräfte bringen also die besten Reformen nichts. Das ist nicht nur eine Frage der Quantität, also von zahlenmäßig ausreichend Personal. Mehr Pflegekräfte werden wir doch auf mittlere und lange Sicht nur gewinnen können, wenn die Pflegeberufe insgesamt aufgewertet und attraktiver werden. Dazu zählt beispielsweise eine vernünftige und selbstbewusste berufsständische Vertretung, eine „Lobby“ wenn man so will. In der Tat hat die Pflege hier einigen Nachholbedarf. Die Pflegekräfte brauchen mehr Möglichkeiten und Mut, für ihre eigenen Interessen einzutreten. Die Gesetzgeber in Bund und Ländern sollten sehr genau schauen, welche Optionen es dazu gibt – wengleich man Selbstbewusstsein natürlich nur bedingt politisch „verordnen“ kann.

Viele sehen aber gerade in der Errichtung einer Pflegekammer eine Möglichkeit, diese Vertretung zu schaffen, die Pflege auf Augenhöhe mit anderen Gesundheitsberufen, insbesondere der Ärzteschaft zu heben.

Ich gebe zu, ich schwanke in dieser Frage noch etwas. Eine Pflege-

kammer kann ein probates Mittel sein, um dem Berufsbild Pflege auf politischer Bühne mehr Gehör zu verschaffen und dessen Gestaltungsbefugnisse innerhalb des eigenen Fachbereichs zu erhöhen. Pflegekammern sind zunächst Ländersache, weshalb ich mich mit Ratschlägen von Bundesseite schwer tue. Ich finde es gut, dass sich mit Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen drei – übrigens alle grün-mitregierte – Bundesländer auf den Weg gemacht haben, eine Landespflegekammer zu errichten. Davon kann ein deutliches Signal ausgehen, dass die Pflegekräfte nun eine institutionelle Stimme bekommen. Wir werden sehen, was die Kammern in diesen Ländern werden leisten können – und was nicht.

Ist die in die Kammern gesetzte Erwartungshaltung vielleicht nicht etwas zu hoch angesetzt?

Die Erwartung an eine Pflegekammer sollte nicht überhöht werden. Die bloße Einrichtung einer Kammer wird nicht per se zu einer Statusangleichung an andere Berufsgruppen führen. Eine Pflegekammer würde vor allem die Qualitätsstandards der Pflege und die Fort-

bildungen regeln. Das ist wichtig. Sie kann aber beispielsweise keine Vergütungen oder Arbeitsbedingungen aushandeln. Hier liegt aber bekanntermaßen in der Pflege ebenfalls viel im Argen. Zudem beinhaltet das Konzept einer Kammer eine Pflichtmitgliedschaft. Dies sehen viele Pflegekräfte kritisch. Sie fühlen sich zwangsverpflichtet. Solche Bedenken gilt es ernst zu nehmen. Die Pflegekräfte selbst müssen eng in die Entscheidung eingebunden sein, ob Sie durch eine solch übergeordnete Instanz wie die Pflegekammer mit all ihren Vor- und Nachteilen vertreten werden wollen oder nicht. Ich halte es jedoch für sinnvoll, diese Debatte konstruktiv fortzuführen und zugleich zu überlegen, welche weiteren Formen der Selbstverwaltung und Interessenvertretung hilfreich sein können, um die Pflegeberufe aufzuwerten. Denn auch wir halten es für dringend geboten, dass die Pflege als wissenschaftlich fundierte Querschnittsdisziplin und als sozialrechtlich eigenständiger Leistungserbringer anerkannt und gestärkt wird. Deshalb sind auch an anderen Stellen Reformen notwendig.

Die stark steigende Zahl älterer und pflegebedürftiger Menschen in unserer Gesellschaft führt ja zu einem ebenso stark steigenden Bedarf an Pflegekräften. Was muss getan werden, um die Pflege so attraktiv zu machen, dass wir diese benötigten Pflegekräfte finden?

Die Arbeitsbedingungen zu verbessern ist der richtige Ansatz. Das betrifft die Weiterbildungsmöglichkeiten genauso wie die Vergütung und die Möglichkeiten zur Vereinbarung von Familie und Beruf. Auch in der großen Anzahl von Teilzeitbeschäftigten steckt noch Potential. Erst wenn der Pflegeberuf, besonders in der Altenpflege, einen besseren Ruf bekommt, werden sich ausreichend Menschen für diesen Beruf entscheiden. Dazu gehören auch bessere Karrierechancen, so sollte das Ausbildungssystem durchlässiger werden, so muss es möglich sein, bei entsprechenden Fähigkeiten von der PflegehelferIn bis zur Promotion gelangen zu können, ohne allzu viele bürokratische Hemmnisse überwinden zu müssen. Dann sollten Pflegekräfte deutlich mehr Kompetenzen erhalten und viel mehr selbständige Tätigkeiten aus-

führen dürfen, wenn die entsprechende Qualifikation dafür vorliegt.

Was die Bezahlung betrifft, so ist ja bereits durch das erste Pflegestärkungsgesetz eine Regelung ins SGB XI aufgenommen worden, nach der tarifliche Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen. Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz wurde hier noch mal nachgelegt: Es wurde präzisiert, dass Gehälter bis zur tariflichen Höhe als wirtschaftlich anerkannt werden müssen. Und es sollen nur noch die – tariflichen – Vergütungen refinanziert werden, die auch nachweislich an die Mitarbeiter ausgezahlt wurden. Inhaltlich begrüße ich diese Änderung. Angesichts der häufigen Klagen von Einrichtungen jeglicher Trägerschaft, ihren Beschäftigten kaum tarifliche Vergütungen zahlen zu können, war es unseres Erachtens höchste Zeit, eine Regelung zu finden, die die Refinanzierung tarifgebundener Vergütungen durch die Kostenträger ermöglicht. Dies soll nun auch privatwirtschaftlich geführten Einrichtungen ermöglicht werden. Eine höhere Vergütung des Personals muss dann entsprechend von den Kostenträgern berücksichtigt werden. Bedauerlicherweise gibt es diese Regelung nur im Bereich des SGB XI. Für den Bereich des SGB V – der häuslichen Krankenpflege – lehnt die Bundesregierung eine solche Regelung ab. Vor Weihnachten ist eine Petition dazu gescheitert.

Auch das Anerkennungsverfahren für qualifizierte Pflegekräfte aus dem Ausland sollte vereinfacht werden. Ausländische Pflegekräfte sollten entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt und vergütet werden. Grundsätzlich kann die Anwerbung ausländischer Fachkräfte aber nur ein Baustein von vielen sein. Vor allem die europäischen Länder haben jetzt oder in absehbarer Zeit ähnliche demografische Zustände wie wir – und sie werden ihre Pflegekräfte selbst brauchen. Uns muss klar sein: der Pflegeberuf muss für deutsche und ausländische Pflegekräfte gleichermaßen attraktiv sein, sonst werden wir weder deutsche noch ausländische Pflegekräfte gewinnen und auch im Beruf halten können.

In welche Richtung muss unser Gesundheitssystem in Bezug auf die Pflege weiterentwickelt werden?

Vor allem sollten Kommunen mehr Einfluss auf die gesundheitliche wie pflegerische Versorgung erhalten. Sie sind näher beim Menschen als andere Institutionen. Sie gestalten ganz entscheidend das Leben der Menschen vor Ort. Hürden zwischen ambulanten Einrichtungen und Krankenhäusern, falsche Anreize und ökonomische Egoismen müssen überwunden werden. Zentraler Maßstab sollten die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und ihr Gesundheitsnutzen sein. Gesundheitsversorgung und Pflege sollen dabei Hand in Hand arbeiten, die unterschiedlichen Professionen sich auf Augenhöhe begegnen.

Und wer sollte primus inter pares sein? Die Kliniken, die Hausärzte?

Meiner Meinung nach sollten die heutigen medizinischen Versorgungszentren zu Gesundheitszentren ausgebaut werden. Als Herzstück guter Versorgung vor Ort sollen sie die Angebote der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung unter einem Dach vereinen. Ärztinnen und Ärzte insbesondere der Primärversorgung (Hausärzte) und anderer Fachgebiete sowie weitere Gesundheitsberufe sind in einem Haus untergebracht. Qualifizierte Pflegekräfte erhalten eine gestärkte Rolle. Kommunen müssen aber ebenso die Möglichkeit bekommen, alle Hilfe- und Pflegeangebote vor Ort zu vernetzen und



„Kommunen sollten mehr Einfluss auf die Gesundheitsversorgung erhalten. Sie sind näher beim Menschen als andere Institutionen.“

aufeinander abzustimmen. Die Nachbarschaft ist der Lebensraum, in dem sich der Alltag abspielt. Der Raum, der Möglichkeiten bietet, aber auch Versorgungslücken offenbart. Wir wollen, dass Menschen auch bei Hilfe- und Pflegebedarf in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können. Deshalb ist eine unabhängige, neutrale und mit anderen Unterstützungsangeboten abgestimmte Pflegeberatung vor Ort nötig. Da hätten wir uns vom Dritten Pflegestärkungsgesetz deutlich mehr erhofft! Das dritte Pflegestärkungsgesetz war eine Riesenchance, die Beratung und Versorgung im Alter und bei Pflegebedürftigkeit regional zu verankern. Letztlich erschöpft sich die sogenannte Stärkung der Kommunen in bis zu 60 Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung. Beratung ist enorm wichtig, aber die Modellkommunen erhalten keine Möglichkeiten zur Gestaltung der pflegerischen Versorgung an sich, zur Pflegeplanung und zur Erprobung von Case- und Care-Management-Ansätzen.

Frau Scharfenberg, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Elisabeth Scharfenberg MdB

Nach dem Abitur 1982 an der Gustav-Heinemann-Schule in Rüsselsheim absolvierte Elisabeth Scharfenberg ein Studium der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin (damals Staatliche Fachhochschule für Sozialpädagogik und Sozialarbeit), welches sie als Diplom-Sozialpädagogin (FH) beendete. Seit 1999 ist sie Mitglied bei den Grünen. Von 2000 bis 2013 war sie Sprecherin des Kreisverbandes der Grünen in Hof und von 2002 bis 2010 Bezirksvorsitzende der Grünen Oberfranken. Von 2003 bis 2005 gehörte sie außerdem dem Parteirat der Grünen in Bayern an. Von 2003 bis 2006 war sie Bezirksrätin des Bezirkstags des Regierungsbezirks Oberfranken. Seit 2005 ist sie Mitglied des Deutschen Bundestages und hier seitdem Sprecherin der Bundestagsfraktion für Pflege- und Altenpolitik. Sie ist in der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags ordentliches Mitglied im Ausschuss für Gesundheit sowie Schriftführerin und stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Im Juni 2016 erklärte sie, bei der Bundestagswahl 2017 nicht mehr zu kandidieren.

Interview mit Professor Dr. Michael Simon, Hochschule Hannover

Nachholbedarf bei der Primärqualifizierung

Die Personalbemessung in der Pflege ist ein heiß diskutiertes Thema. Dass der Bedarf steigen wird, scheint bei der derzeitigen demografischen Entwicklung unumstritten, hängt in der Dimension jedoch von vielen Faktoren ab. Die zukünftige Bedeutung von ambulanter und stationärer Pflege oder die Finanzierung der Stellen sind Faktoren, deren Entwicklung nicht in Gänze absehbar, jedoch noch beeinflussbar sind. Ein schlechtes Ansehen des Pflegeberufes durch unzureichende Finanzierung verhindere die Gewinnung des qualifizierten Nachwuchses, ist sich Professor Michael Simon, der bis 2016 an der Hochschule Hannover die Schwerpunkte „Gesundheitssystem“ und „Gesundheitspolitik“ lehrte, sicher. Er referiert zu diesem Thema auf dem Deutschen Pfllegetag 2017.

>> Herr Professor Simon, derzeit wird breit diskutiert, ob wir angesichts des demografischen Wandels in Deutschland in der Zukunft genügend qualifiziertes Pflegepersonal haben werden. Betrachten wir aber erst die Situation heute. Wie bewerten Sie den Status quo in der Personalausstattung der Pflege?

Die Personalausstattung in der Pflege ist in Deutschland insgesamt nicht ausreichend. Dies gilt sowohl für die Krankenhäuser als auch für die ambulanten Pflegeeinrichtungen und Pflegeheime. In den Krankenhäusern bestand Anfang der 1990er Jahre ein „Pflegetnotstand“ als Folge eines gravierenden Personalmangels. Einer Berechnung der damaligen Krankenkassenverbände zufolge bestand auf den Normalstationen der Allgemeinkrankenhäuser ein Personalmehrbedarf von mehr als 20 Prozent, was circa 52.000 Vollkräften entsprach. Dennoch wurden zwischen 1996 und 2007 bundesweit mehr als ca. 50.000 Vollzeitstellen abgebaut.

Doch seitdem wird wieder mehr eingestellt.

Doch reichte der seit 2008 zu verzeichnende Stellenzuwachs bislang bei weitem nicht aus, die in vielen Kliniken bestehende Unterbesetzung auszugleichen. Eine von mir durchgeführte Modellrechnung ergab, dass im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser mittlerweile ein Personalmehrbedarf in Höhe von deutlich mehr als 100.000 Vollkräften besteht.

Wie sieht die Situation in Pflegeheimen aus?

Für die ambulante Pflege und Pflegeheime existiert eine solche Modellrechnung bislang nicht. Die zahlreichen Berichte aus der Praxis sprechen jedoch eindeutig dafür, dass auch dort ein erheblicher Personalmehrbedarf besteht, der sicherlich mit mehreren Zehntausend Vollkräften anzusetzen ist.

Welche Probleme ergeben sich Ihrer Meinung nach in der Zukunft für die Personalausstattung?

Dazu sollte zunächst einmal zwischen Unterbesetzung und einem Mangel an verfügbaren Pflegekräften unterschieden werden. Eine Unterbesetzung muss nicht unbedingt einen Mangel an Pflegekräften zur Ursache haben, sie kann auch Folge von Personaleinsparungen und Stellenabbau sein, bei gleichzeitig ausreichendem Angebot an

Arbeitskräften. Dies war lange Zeit im Krankenhausbereich der Fall. Zudem ist der sehr hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigten in der Pflege zu bedenken, der nur zu einem kleinen Teil durch familiäre Gründe zu erklären ist. Teilzeitbeschäftigung ist in hohem Maße entweder Reaktion auf die hohe Arbeitsbelastung oder Folge eines fehlenden Angebots an Vollzeitstellen. Mehr als 50 Prozent aller Pflegekräfte arbeiten in Teilzeit. Auch wenn nur ein Teil davon in Vollzeit umwandeln würde, wäre dies bei insgesamt ca. 1,2 Mio. Pflegekräften ein Arbeitskräftepotenzial von mehreren Hunderttausend Vollkräften.

Welche Problemfelder stehen denn einer besseren Personalausstattung entgegen?

Bei der zukünftigen Entwicklung werden meines Erachtens vor allem zwei Probleme im Vordergrund stehen: Die Finanzierung der Stellen und ein zunehmender Mangel an qualifizierten Pflegekräften. Das Zweite hängt meines Erachtens eng mit dem Ersten zusammen. Aufgrund der unzureichenden Finanzierung gibt es in vielen Bereichen nicht genug Stellen und werden Stellen abgebaut. Die daraus resultierende Verschlechterung der Arbeitsbedingungen wirkt sich negativ auf das Ansehen der Pflegeberufe aus, so dass es zunehmend schwerer wird, qualifizierten Nachwuchs zu gewinnen. Die zunehmende Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, vor allem die steigende Arbeitsbelastung, führt zudem dazu, dass immer mehr Pflegekräfte bereits vor Erreichen der regulären Altersgrenze aus dem Beruf ausscheiden. Pflegeberufe weisen mittlerweile eine der höchsten Frühverrentungsquoten auf. Die Folge dieser bereits zu beobachtenden Entwicklung ist eine sich immer weiter verstärkende Abwärtsspirale: Schlechte Arbeitsbedingungen verstärken die Abwanderung und das Ausscheiden aus dem Beruf, dadurch sinkt die Zahl der gegenwärtig verfügbaren Pflegekräfte, das verschlechtert die Arbeitsbedingungen weiter, dies dringt auch an die Öffentlichkeit und dadurch verschlechtern sich die Chancen der Gewinnung ausreichenden Nachwuchses. Hier besteht dringender politischer Handlungsbedarf.

Wird sich das Inkrafttreten des PSG II zum 01.01.2017 auf die Pflegepersonalausstattung auswirken?

Zwar sind eine Reihe von Verbesserungen im Leistungskatalog beschlossen worden, diese dürften aber vor allem den Pflegebedürftigen

„Eine Unterbesetzung muss nicht unbedingt einen Mangel an Pflegekräften zur Ursache haben.“

und ihren Angehörigen zugute kommen. Kurzfristige nennenswerte Verbesserungen der Personalausstattung in der ambulanten Pflege und in Pflegeheimen erwarte ich eher nicht. Mit dem PSG II ist aber auch beschlossen worden, dass es eine von allen Pflegeeinrichtungen verbindlich anzuwendende Methode der Personalbedarfsermittlung geben soll. Da die Entwicklung eines solchen Verfahrens erst Mitte 2020 abgeschlossen sein muss, kann eine entsprechende Vorschrift voraussichtlich aber frühestens 2022 in Kraft treten.

Mit welcher Strategie kann man einem künftigen Personalmangel entgegenwirken?

Wie bereits angesprochen müssen zunächst einmal die gegenwärtigen Arbeitsbedingungen verbessert werden. Darüber hinaus müssen die Anstrengungen bei der Nachwuchsgewinnung sicherlich noch erheblich ausgeweitet werden.

Muss die Rekrutierung ausländischer (Ausbildungs-)Kräfte stärker in den Fokus gerückt werden?

Zunächst einmal scheint mir wichtig festzuhalten, dass die absehbaren zukünftigen Probleme von einem solchen Umfang sind, dass sie allein oder primär durch Zuwanderung ausländischer Pflegefachkräfte nicht zu lösen sind. Darüber hinaus ist die Integration ausländischer Pflegekräfte eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, nicht nur wegen bestehender sprachlicher Barrieren. Dies beginnt bereits im Vorfeld der Rekrutierung, unter anderem damit bei interessierten ausländischen Pflegefachkräften keine falsche Erwartungen entstehen. Ich denke dabei beispielsweise an enttäuschte und wieder zurückgekehrte spanische Pflegefachkräfte mit Bachelorabschluss, die feststellen mussten, dass von ihnen zu einem großen Teil Tätigkeiten erwartet werden, für die in Spanien Hilfskräfte zuständig sind. Und die Integration endet keineswegs mit dem Abschluss eines einfachen Sprachkurses. Die Gewinnung ausländischer Pflegekräfte ist nicht nur eine ‚arbeitstechnische‘ Aufgabe, mit ihr übernehmen die Einrichtungen auch eine ‚soziale‘ Verantwortung gegenüber den neuen Pflegekräften. Die Berichte über gescheiterte Integration und Rückkehr unzufriedener ausländischer Pflegefachkräfte legt die Vermutung nahe, dass die mit einer Rekrutierung verbundene Komplexität in der Vergangenheit nicht immer allen Beteiligten bewusst war.

Zunehmend werden (Modell)studiengänge im Pflegemanagement, Pflegewissenschaft oder auch dualer Pflege angeboten. Welche Rolle spielt die Akademisierung für die Weiterentwicklung des Berufsbildes?

Bei dem Thema „Akademisierung der Pflege“ ist es meines Erachtens wichtig zu unterscheiden. In der Vergangenheit erfolgte eine Akademisierung fast ausschließlich im Rahmen von Studiengängen, die auf einer dreijährigen Pflegeausbildung aufbauten und vor allem für Funktionen im Management sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung qualifizierten. Auch die meisten so genannten Dualen Studiengänge dürften diesem Modell zuzurechnen sein, sofern die theoretische Ausbildung vollständig oder überwiegend weiter an einer Kranken- oder Altenpflegeschule erfolgt und der Studienabschluss den erfolgreichen Abschluss einer dreijährigen Pflegeausbildung voraussetzt.

Erheblicher Nachholbedarf besteht in Deutschland bei einer primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung. Solche Studiengänge, in denen die gesamte theoretische Ausbildung an einer Hochschule erfolgt, gibt es bislang – wenn überhaupt – nur sehr wenige.

Wäre das der richtige Weg?

Ich halte diese Art der Akademisierung für essentiell für die „eigentliche“ Akademisierung des Berufes, vergleichbar beispielsweise mit der Sozialarbeit, Medizin etc. Diese Art der Akademisierung erscheint mir auch die entscheidende Grundlage für eine insbesondere in anglo-amerikanischen Staaten zu beobachtende deutlich stärkere Stellung der professionellen Pflege. Der Weg war allerdings auch dort ein sehr langer, Jahrzehnte dauernder. Und auch dort sind heute nicht nur akademisch erstausgebildete Pflegekräfte tätig, sondern auch Pflegehilfskräfte und in einigen Ländern auch so genannte Registered Nurses mit einer dreijährigen Berufsausbildung – ähnlich wie in Deutschland.

Mit Niedersachsen hat das dritte Bundesland eine Pflegekammer beschlossen. Denken Sie, dass diese Art der Institution die Pflege nach vorne bringen wird bzw. in der Lage ist, die Position der Pflege effektiv zu stärken?

Über die Einrichtung von Pflegekammern wird bekanntlich auch in der Pflege sehr kontrovers diskutiert. Ich halte sie trotz aller Kritik für sinnvoll. Kammern haben in Deutschland nicht die Aufgabe, Tarifverträge abzuschließen, sie sind eine durch den Staat geschaffene Institution, mit der der Staat einen Teil seiner Macht und Regulierungsbefugnisse an die betreffende Berufsgruppe „ausleiht“. Pflegekammern eröffnen vor allem die Möglichkeit, dass die Berufsgruppe fachliche Angelegenheiten der Berufsausbildung und Berufsausübung selbst reguliert und dadurch ein Stück mehr berufliche Autonomie erhält.



Wenn denn die entsprechende Legitimation dahinter steht.

Richtig, doch da sie auf einer Zwangsmitgliedschaft aller Berufsangehörigen beruhen, besitzen sie zudem allein dadurch eine stärkere Legitimierung als Pflegeverbände und Gewerkschaften, um als Vertretung aller Pflegefachkräfte aufzutreten und in der Öffentlichkeit Positionen zu vertreten, Stellungnahmen im Rahmen von Gesetzgebungsprozessen abzugeben etc. Ich halte dies für einen Fortschritt und im Interesse der Pflegeberufe.

Gegen die Einführung der Pflegekammern argumentierten anfangs am heftigsten die Gewerkschaften.

Weder Gewerkschaften noch Berufsverbände werden durch Pflegekammern überflüssig. Es wird sich eine neue Arbeitsteilung entwickeln, wie sie am Beispiel der Ärzteschaft zu beobachten ist. Dort existieren Kammern, der Marburger Bund als gewerkschaftliche Organisation und zahlreiche Berufsverbände nebeneinander und nehmen arbeitsteilig ihre jeweiligen Aufgaben wahr. Dass es Ärztekammern gibt, hat bekanntlich der Durchsetzungsfähigkeit des Marburger Bundes keinen Abbruch getan, wie die Tarifabschlüsse der letzten Jahre zeigen.

Ist die Frage des Personals in der Pflege nicht eigentlich ein bun-

„Kammern haben in Deutschland nicht die Aufgabe, Tarifverträge abzuschließen, sie sind eine durch den Staat geschaffene Institution, mit der der Staat einen Teil seiner Macht und Regulierungsbefugnisse an die betreffende Berufsgruppe ausleiht.“

despolitisches Thema? Das Pflegeberufegesetz beispielsweise scheint aktuell ins Stocken geraten zu sein. Erwarten Sie hier mehr Engagement der Politik?

Deutschland ist ein föderaler Bundesstaat mit einer Aufteilung der Gesetzgebungskompetenzen, auf deren Einhaltung insbesondere die Bundesländer viel Wert legen. Im Fall des Pflegeberufgesetzes scheint mir der stockende Gesetzgebungsprozess aber weniger durch die Länder verursacht als vielmehr durch Widerstände innerhalb der Bundestagsfraktion der CDU/CSU. Will die Bundesregierung das Gesetz noch vor Ende der im Herbst 2017 auslaufenden Legislaturperiode beschließen lassen, scheint hier vor allem das Engagement des CDU-Gesundheitsministers gefordert.

Stichwort Finanzierung: Die Menschen müssen in Zukunft in größerem Maße privat für die Pflege im Alter vorsorgen. Raten Sie zu einer privaten Pflegeversicherung?

Private Pflegezusatzversicherungen sind politisch sehr umstritten. Sie leben vor allem davon, dass die Pflegeversicherung bei ihrer Einführung 1994 nur als ‚Teilkaskoversicherung‘ ausgestaltet wurde. Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht in der Pflegeversicherung kein Anspruch auf alle medizinisch-pflegerisch notwendigen Leistungen. Die ohnehin bestehende Lücke zwischen individuellem Pflegebedarf und gesetzlichen Leistungen wurde zudem durch das Unterlassen einer Anpassung der Leistungssätze an die Preisentwicklung bis vor einigen Jahren immer größer. Und je größer die bestehende Lücke zwischen Pflegebedarf und Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ist, desto mehr fördert dies den Absatz privater Pflegezusatzversicherungen. Ich persönlich bin kein Freund dieses Geschäftsmodells, sondern plädiere vielmehr dafür, auch in der Pflegeversicherung einen Anspruch auf bedarfsgerechte Leistungen einzuführen. Aktuell dürfte es sowieso ratsam sein, abzuwarten wie sich die zum 1. Januar 2017 in Kraft getretene Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auswirkt.

Herr Professor Simon, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MoPf-Redakteurin Kerstin Müller M.A.

Save the Date

VERSORGUNGS
FORSCHUNG **10** JAHRE

Regionale Versorgung
Analyse Modellprojekte Translation

FACHKONGRESS

17. März 2017
09:30 bis 18:30 Uhr

Bertelsmann Repräsentanz
Unter den Linden 1
10117 Berlin
Anmeldung: www.m-vf.de



Professor Dr. Michael Simon

lehrte von 1998 bis 2016 mit den Arbeitsschwerpunkten „Gesundheitssystem“ und „Gesundheitspolitik“ in den Pflegestudiengängen der Fakultät V der Hochschule Hannover (vormals: Evangelische Fachhochschule Hannover). 2015 legte er eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten vor, die die „Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser“ beleuchtete.

Die SHURP-Studie (Swiss Nursing Homes Human Resources Project)

Trägerische Wohlfühlatmosphäre

Die SHURP-Studie (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) wurde als Forschungsprojekt zum besseren Verständnis von strukturell-organisatorischen Bedingungen der Situation des Pflege- und Betreuungspersonals und den Bewohnerinnen und Bewohnern in Alters- und Pflegeheimen der Schweiz, vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel durchgeführt. Der Leiter der Fachstelle Patientensicherheit des Instituts, PD Dr. René Schwendimann, wird die Ergebnisse der Studie auf dem Deutschen Pflorgetag präsentieren, doch die wichtigsten Details der Studie lesen Sie bereits hier.

>> „Eine erfreulich hohe Beteiligung des Pflege- und Betreuungspersonals in den teilnehmenden Betrieben“ konstatieren die Autoren der SHURP-Studie. 5.323 ausgefüllte Fragebögen, was einer Quote von 76% entspricht, fanden den Weg zurück. Diese hohe Rücklaufquote verheißt entweder große Zufriedenheit oder große Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen und der Ausgestaltung des Pflegeberufes. Und so konnten die Wissenschaftler gespannt sein, wie die Bewertung der in den drei Sprachregionen Deutschschweiz 123 (75%), Romandie 31 (19%) und Tessin 9 (6%) ansässigen Alten- und Pflegeheimen ausfiel.

Die größte Zahl der teilnehmenden Betriebe (61%) wiesen eine eher ländliche Lage auf, wobei die mittlere Betriebsgröße (50-99 Betten) mit 75 Betrieben quantitativ vorne lag. 64 kleine Betriebe (20-49 Betten) und 24 große (> 100 Betten) reihten sich dahinter ein.

Die Ausbildungsstruktur des vornehmlich weiblichen Pflegepersonals (92%) der befragten Einrichtungen stellte sich den Untersuchungsergebnissen nach so dar, dass 31% eine tertiäre Ausbildung (Abschluss einer höheren Fachschule (HF) oder Fachhochschule (FH)) absolviert haben. 42% wiesen einen Abschluss der Sekundarstufe auf (Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis oder Berufsattest) und 27%

stellten angelerntes Hilfspersonal dar.

Dass die Alterstruktur des Pflegepersonals im Zuge des demografischen Wandels ebenfalls bedenkliche Dimensionen annehmen kann, ist Gegenstand zeitiger Diskussionen. So bestätigt die Zahl von 34% der älter als 50-jährigen Beschäftigten auch in den Schweizer Alten- und Pflegeheimen diesen Negativtrend. Zwar bilden die größte Gruppe mit 46% die 31-50-Jährigen, doch ist die Gruppe der unter 30-Jährigen mit 20% deutlich geringer als die der über 50-Jährigen. Vor diesem Hintergrund scheint die Gefahr eines Ausfalls von Seiten der Berufstätigen ebenfalls erhöht.

Umgebungsqualität fördern

Die sozio-demografischen Angaben, Aufenthaltsdauer und Pflegestufen von 10.061 Bewohnern, der vornehmlich weiblichen Klientel (73,6%), gingen in die Untersuchung mit ein. Diese verteilten sich mit 33% vorrangig auf die Pflegeaufwandsstufen 7-9 (Die Schweiz hat ein zwölfstufiges System 0-12), dicht gefolgt von den Stufen 4-6 (27%) und 0-3 (26%). Immer noch 11% der Bewohner in den teilnehmenden Einrichtungen befanden sich in den Pflegestufen 10-12. Die Informationen zum Grad der Pflegebedürftigkeit spiegeln sich in der Angabe der Gesundheits-

beschwerden des Pflegepersonals wider.

Dabei rangieren die Rücken- und Kreuzschmerzen mit 71% auf Rang 1 bei den physischen Schmerzen, gefolgt von Energielosigkeit (66%). Bedenklich ist die emotionale Erschöpfung, die 24% durch die Arbeit verspüren; sogar 38% fühlen sich am Ende eines Arbeitstages ausgelaugt.

Vor diesem Hintergrund ist die große Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz, der sich im Zufriedenheitswert von 88,3 % des Pflege- und Betreuungspersonals manifestiert, erfreulich. Eine hohe Arbeitsumgebungsqualität scheint hier der Schlüssel zum Erfolg zu sein. So fühlten sich 90% des Pflege- und Betreuungspersonals von der Abteilungsleitung unterstützt und 86,6% attestierten der Abteilungsleitung eine kompetente Führung. 71,5% erhalten Lob und Anerkennung für eine gute Arbeitsleistung.

Auch die Qualität der Zusammenarbeit erhält Spitzenwerte von 96% im Umgang mit den Teamkolleginnen und -kollegen, der Abteilungsleitung (90,6%) und der Pflegedienstleitung (88,7%). Es lohnte sich also, in die Qualität der Arbeitsumgebung des Pflege- und Betreuungspersonals durch Leadership, Personalförderung und Organisationsentwicklung zu investieren, resümiert Studienleiter Dr. René Schwendimann. <<

Studieninfo

SHURP (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) ist eine multizentrische Querschnittstudie, an der 181 Schweizer Alters- und Pflegeheime aus den deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Landesregionen teilnahmen. Davon repräsentierten 163 Betriebe eine Zufallsauswahl aus dem Pool der ca. 1.600 Schweizer Pflegeheime. Die Studie (2011-2013) des Instituts für Pflegewissenschaft (Universität Basel), die im Juni 2013 die Datensammlung erfolgreich abschliessen konnte, soll ein umfassendes Verständnis der Zusammenhänge zwischen strukturellen und organisatorischen Profilen von Pflegeheimen, Merkmalen des Pflege- und Betreuungspersonals und Ergebnissen bei den Bewohnern in Schweizer Pflegeheimen gewonnen werden, um drängende Fragen in der Langzeitpflegeversorgung zu beantworten. Hierzu wurden schriftliche Befragungen zu verschiedenen Themenbereichen durchgeführt, wie beispielsweise die Merkmale des Pflege- und Betreuungspersonals (Ausbildung, Berufserfahrung usw.), Betriebsstrukturen (Betriebsgröße, Grade-mix usw.), Arbeitsumgebung (Zusammenarbeit, Arbeitsbelastung usw.), Bewohner/innen-Ergebnisse (unerwünschte Ereignisse usw.) sowie Ergebnisse beim Pflege- und Betreuungspersonal (Arbeitszufriedenheit, Gesundheit, Kündigungsabsichten usw.)

Quellenangabe

F. Züñiga, D. Ausserhofer, C. Serdaly, C. Bassal, S. De Geest & R. Schwendimann (2013): „Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz.“ Universität Basel. Link: <http://nursing.unibas.ch/shurp>

4. Deutscher Pflēgetag 2017 vom 23. bis 25. Mārz

Westerfellhaus: „Wir haben die Wahl“

In wenigen Wochen 6ffnet erneut der Deutsche Pflēgetag, die zentrale Veranstaltung fūr die Pflege in Deutschland, seine Tore, um der professionellen Pflege nicht nur eine Heimat, sondern auch eine gesellschaftlich relevante, weil medial stark beachtete Dimension zu verleihen. Auf dem 4. Deutschen Pflēgetag 2017, erneut im Auftrag des Deutschen Pflēgerats e.V. (DPR) von der Schlōterschen Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover, veranstaltet, gestalten nicht nur Experten und Entscheider aus Politik, Wirtschaft, Pflege und Gesellschaft gemeinsam die Zukunft der Pflege, sondern alle Teilnehmer: Denn erstmals rufen die Veranstalter im Bundestagswahljahr dazu auf, sich ihrer Wahlmacht zu erinnern.

>> „Wir erwarten in den drei Kongresstagen nahezu 10.000 Teilnehmer“, schreiben Andreas Westerfellhaus, der Prāsident des Deutschen Pflēgerats (DPR) und Jūrgen Graalmann, Sprecher der Geschāftsleitung des Deutschen Pflēgetags, in ihrem Programmwort. Der vierte Deutsche Pflēgetag, von der Schlōterschen Verlagsgesellschaft gemeinsam mit

dem DPR in eine Gr66enordnung gehoben, die der Wertigkeit der professionellen Pflege mit ihren rund 1,2 Millionen Beschāftigten mehr als alle anderen Kongresse und Messen nahekomm, ist umso mehr wichtig, als dass dieser DPT ein ganz besonderer Pflēgetag werden wird: Denn es gibt in diesem Jahr einen zweiten fūr die Pflege wichtigen Termin, die Bun-

destagswahl im Herbst, wie Westerfellhaus und Graalmann betonen.

Die beiden wissen sehr wohl um die Brisanz dieser Bundestagswahl, die die kommenden Jahre fūr die professionelle Pflege nach dem in dieser Legislaturperiode spūrba-



Andreas Westerfellhaus (li.), Prāsident des Deutschen Pflēgerats (DPR), und Jūrgen Graalmann, Sprecher der DPT-Geschāftsleitung-



DEUTSCHER PFLEGETAG 2017

PFLEGE STÄRKEN MIT STARKEN PARTNERN



Unser Motto 2017:

„Die Pflege hat die Wahl“



23.–25. MÄRZ 2017 | STATION-Berlin
deutscher-pflegetag.de

Gestaltungswillen der Regierung determinieren wird. Nicht von ungefähr folgt darum nach der berufspolitischen Grundsatzrede von Westerfellhaus, in der neben dem Aufruf, sich auf die enorme Wahlmacht der Profession zu besinnen, sicher auch die Forderung nach einer nationalen Pflegekammer anklungen wird, eine Rede von Prof. Dr. Michael Simon von der Universität Hannover. Dieser wird seine „Überlegungen zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege“ vor-

tragen, sowie die von ihm durchgeführte Modellrechnung erläutern, die ergeben hatte, dass im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser mittlerweile ein Personalmehrbedarf in Höhe von deutlich mehr als 100.000 Vollkräften besteht (s. S. 6-8).

Was die Folge von zu wenig und daher überforderten Pflegenden ist, wird dann PD Dr. René Schwendimann vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel verdeutlichen. Er gibt Einblicke in die Ergebnisse der SHURP-Studie (Swiss Nursing Homes Human Resources Project), die eine Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz aufarbeitet (s. S. 9). Mit der auf drei Jahre angelegten SHURP-Studie, einer multizentrischen Querschnittstudie, an der immerhin 181 Schweizer Alters- und Pflegeheime aus den italienisch-, deutsch- und französischsprachigen Landesregionen teilnahmen, sollte ein umfassendes Verständnis der Zusammenhänge

SCHIRMHERRSCHAFT

Der Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe, der den Kongress am Donnerstag, dem 23.03.2017, mit einem Grußwort eröffnen wird, übernimmt erneut die offizielle Schirmherrschaft für den Deutschen Pfl egetag 2017. Bei der Eröffnungsrede 2016 sagte Gröhe: „Ich habe erlebt, wie ein lebhafter, meinungsfreudiger Deutscher Pfl egetag auch öffentlich wahrgenommen wird – und das ist gut. Das Ziel, der Pflege eine starke Stimme zu geben, hat sich mit diesem Deutschen Pfl egetag gelohnt“.



zwischen strukturellen und organisatorischen Profilen von Pflegeheimen, Merkmalen des Pflege- und Betreuungspersonals und Ergebnissen bei den Bewohner/innen in Schweizer Pflegeheimen gewonnen werden, um drängende Fragen in der Langzeitpflegeversorgung zu beantworten – ein Ansinnen übrigens, das in Deutschland zwar ebenso wichtig ist,

aber qua Studie noch nie evident hinterfragt worden ist. Die

Detailergebnisse, die nach und nach veröffentlicht werden sollen, sind frappierend. Denn trotz Zustimmungswerten von 63% („Stolz für diese Organisation zu arbeiten“) bis 75% („Übereinstimmung der eigenen Vorstellung von guter Pflege und Betreuung mit jener der Organisation“) denkt jede achte Pflege- und Betreuungsperson oft daran, die jetzige Stelle zu kündigen respektive die Arbeit im Alters- und Pflegeheim ganz aufzugeben. Was dem auch in der Schweiz vorhandenen Fachkräftemangel noch dramatischer werden lässt.

Das diesjährige Motto des Pfl egetags „Die Pflege hat die

Wahl“ spricht darum in diesem Jahr eine wichtige Eigenschaft der Pflege an: diesmal jedoch nicht die Qualität, sondern die schiere Quantität. „Jeder Einzelne von uns hat dieses Jahr die Wahl, jeder Einzelne von uns hat eine Stimme“ erklären Westerfellhaus und Graalman mit einem mehr als deutlichen Seitenblick auf die Politik. Die Pflegeprofession mit 1,2 Millionen Beschäftigten seien ja auch 1,2 Millionen Wähler, die beileibe nicht alleine stünden:

Auch über 2 Millionen pflegebedürftige Wähler und 4,5 Millionen pflegende Angehörige werden im Herbst die Wahl haben. „Das Rechnen überlassen wir der Politik, aber die Wahl haben wir“, sagt Westerfellhaus und gibt damit ein deutliches Signal, die politischen Programme der zur Wahl stehenden Parteien sehr genau nach ihren Aussagen pro Pflege zu sondieren. Denn, so Westerfellhaus: „Jeder Einzelne von uns – und wir wissen wie schwer es manchmal für Euch ist – ist oft machtlos, aber wir gemeinsam haben die Wahl und somit die Möglichkeit zu bestimmen, wie sich unsere Profession entwickelt. <<

PROGRAMMBEIRAT

Das Fachprogramm des Deutschen Pfl egetags wird von 11 Repräsentanten aus der Pflegebranche entwickelt, deren Leitung **Franz Wagner** (re.), dem Vizepräsidenten des Deutschen Pfl egerats, unterliegt:



Prof. Dr. Sandra Bensch, Fachbereich Gesundheit und Pflege an der Katholischen Hochschule Mainz

Uwe Borchers, Geschäftsführer der ZIG – Zentrum für Innovationen in der Gesundheitswirtschaft

Carsten Drude, Vorsitzender des Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e.V.

Prof. Dr. Elisabeth Holoch, Vertretungsprofessorin für Lehraufgaben an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg

Prof. Dr. Ulrike Höhmann, Lehrstuhlinhaberin an der Fakultät für Gesundheit, der Universität Witten/Herdecke

Irene Maier, Stv. Vorstandsvorsitzende VPU

Nadine-Michèle Szepan, Abteilungsleiterin Pflege beim AOK-Bundesverband

Falk Teuscher, Leiter Pflege bei der Schlüterschen Verlagsgesellschaft

Frank Vilsmeier, Pflegedienstleitung und Landesvorsitzender der BFLK Schleswig Holstein und Hamburg

Hildegard Vornweg-Hiemenz, Produktmanagement Healthcare Services

PFL EGE HAT DIE WAHL ...

... lautet das Motto des diesjährigen Pfl egetags. Für mich sind es aktuell drei Themen, Gegenwart und Zukunft der Pflege mitzugestalten:

Das Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ermöglicht Pflegenden, ihr pflegerisches Handeln stärker als bisher auf Förderung und Erhalt der individuellen Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen auszurichten. Die Rahmenbedingungen im ambulanten und stationären Feld sind hierzu oft nicht optimal – pflegerische Anleitung und Motivation benötigen Zeit und Fachlichkeit. Eine Bewohnerin selbst etwas tun zu lassen dauert länger als schnell etwas für sie zu übernehmen. Pflegende haben die Wahl, vehement auf notwendige Veränderungen in der Langzeitpflege hinzuweisen, um den gesetzgeberischen Willen zu erfüllen und ihrer Professionalität nachzukommen.

Das Pflegeberufsgesetz ist in der Schwebe. Wird es so verabschiedet, wie es der Kabinettdentwurf vorsieht? Heftige Diskussionen werden geführt; von Identitäts- und Attraktivitätsverlust der Pflegeausbildungen ist die Rede. Pflegende wehren sich gegen Generalistik. Andere sprechen sich in bundesweit laufenden Petitionen dafür aus: Das Pflegeberufsgesetz definiere Kernaufgaben der Pflege, sei identitätsstiftend für den Beruf „Pflege“. Pflegende haben die Wahl, sich ein umfassendes Bild über Inhalte und Ziele des Pflegeberufsgesetzes zu machen und auf der Basis von Abwägen des Für und Wider ihre Stimmen zu setzen.

Pflegekammer ist Mitmachkammer, sagen die einen. Eine Abzockkammer, die anderen. Rheinland-Pfalz hat sie seit einem Jahr, Schleswig-Holstein und Niedersachsen folgen. Kammerarbeit ist immens. Zunächst werden Grundlagen geschaffen, um Pflegequalität auf Landesebene zu sichern und weiterzuentwickeln. Pflegekammerarbeit ist Arbeit von Pflegenden für Pflegende. Sie vereint Pflegende verschiedener Settings und Qualifikationen im gemeinsamen Tun. Pflegende haben die Wahl, sich aktiv einzubringen und pflegerrelevante Strukturen und Prozesse ihres Bundeslandes selbst zu bestimmen.

Als Pflegepraxis-Professorin und Pflegekammervertreterin habe ich tagtäglich Kontakt mit Pflegefachkräften. Ich höre, sehe und spüre Motivation, Engagement, Frust und Verzweiflung. Gefährliche Halbwahrheiten zu Pflege-themen machen die Runde und wirken meinungsbildend. Damit schießen sich Pflegende oft selbst ins Aus. Bitte prüfen Sie, wo Informationen herkommen, welche Interessen sie vertreten und ob Sie umfassend informiert sind! Niemand kommt, die Pflege professionell zu gestalten; das müssen wir Pflegende selbst tun.

von: **Prof. Dr. Sandra Bensch**, Fachbereich Gesundheit und Pflege an der Katholischen Hochschule Mainz.



DAS PROGRAMM DES DPT 2017: DONNERSTAG, 23. MÄRZ 2017

Kongresseröffnung 12:30 bis 18:00 Uhr

Ab 12:30 Uhr Einlass und Zugang zur Fachausstellung

Ca. 13:30 Uhr Begrüßung und Eröffnung durch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Andreas Westerfellhaus, anschl. Grußwort des Berliner Senats

Pause und Besuch der Fachausstellung

Podiumsdiskussion zum Motto „Die Pflege hat die Wahl“

Um 18:00 Uhr endet der erste Kongresstag

Anmeldung

Onlineanmeldungen können Sie noch bis zum 20. März 2017 auf deutscher-pflege-tag.de/tickets vornehmen. Eine Registrierung vor Ort ist ebenfalls möglich.

Vortragszeiten

Einlass circa 60 Minuten vor Programmbeginn.

Donnerstag, 23. März 2017 | 13:30 – 18:00 Uhr

Freitag, 24. März 2017 | 09:00 – 18:00 Uhr

Samstag, 25. März 2017 | 09:00 – 16:00 Uhr

Veranstaltungsort

STATION-Berlin (Gleisdreieck) Luckenwalder Str. 4-6, 10963 Berlin

FREITAG, 24. MÄRZ 2017

Hauptprogramm 09:00 bis 18:00 Uhr

Berufspolitische Grundsatzrede

Andreas Westerfellhaus, Deutscher Pflegerat e.V.

Personalbemessung in der Pflege

Überlegungen zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege Prof. Dr. Michael Simon

Pflege- und Betreuungspersonal in Schweizer Pflegeheimen – Einblicke der SHURP Studie PD Dr. René Schwendimann

Pflege digital? Perspektiven zur Zukunft der Pflege

Digitalisierung und Big Data – was kommt da auf uns zu? Uwe Borchers

Krankenhaus 4.0 – bessere Pflege durch Digitalisierung? Thomas Pfänder

Erfahrungen beim Einsatz von assistiven Technologien in einer vollstationären Pflegeeinrichtung Birgit Michels-Rieß

Versorgungsbedarfe von geflüchteten Menschen

Pflegebedarfe von geflüchteten Menschen – Pflegenden zwischen Fürsorge, Herausforderung und Improvisation Sophia Krahl

„Wanderer zwischen den Welten“ – Phasen der Migration – Chancen und Risiken Stefan Jünger

Umgang mit traumatisierten Geflüchteten – Wie können Pflegenden helfen? Dr. Dietrich Munz

Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Herausforderndes Verhalten: Die Sicht der Pflege auf nicht-medikamentöse und medikamentöse Ansätze Antje Schwinger

Rooming-in in RLP am Beispiel der „Tandem-Station“ der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe Simone Pfannebecker

Demensensible Versorgung im Krankenhaus: Was gestaltet die Projektreihe „Blickwechsel Demenz NRW“? Cornelia Plenter

AOK Bundesverband: Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase – Theorie und Praxis

Darstellung des aktuellen Standes der Verhandlung der Rahmenvereinbarung auf Bundesebene inklusive Darstellung der Problempunkte Gerd Kukla

Vorstellung der Inhalte des Curriculums „Gesprächsbegleiter/Berater nach § 132g SGB V“, entwickelt im Auftrag des BMG Prof. Dr. Annette Riedel

Praxisbeispiel ACP (Würdestiftung Frankfurt) Kirsten Wolf

Pflegeausbildung – wie es jetzt weitergeht

Aufgabe und Rolle des Trägers der praktischen Ausbildung Ulrike Döring

Schulentwicklung – Änderungen in der Pflegeausbildung erfolgreich gestalten Prof. Dr. Wolfgang Matthias Heffels

Die Pflegeausbildungsreform in Österreich Dr. Meinhild Hausreither

Magnet® Hospitals – eine Chance für die Pflege

The Value of the Magnet Recognition Program Janice W. Moran

Übertragbarkeit der „Magnetkräfte“ auf Pflegeeinrichtungen Franz Wagner

Migranten für die Pflege

Ausbildung als Chance – Integration von Migrantinnen und Migranten in Care-Berufen Martina Hoffmann-Badache

Integration von ausländischem Pflegefachpersonal und Begleitung von Anerkennungsverfahren Rainer Ammende

Personalbemessung im Krankenhaus

Personalbemessung in der Psychiatrischen Pflege im Krankenhaus Prof. Dr. Michael Löhr

Krankenhausstrukturgesetz – erste Umsetzungsergebnisse für die Pflege Dr. Patrick Jahn

Tariffbewegung für mehr Personal und Entlastung Sylvia Bühler

Kommunalisierung der Pflege

Kommunen als Wegbereiter für eine gute Pflege vor Ort Bärbl Mielich

Präventive Hausbesuche zur Innovation kommunaler Seniorenarbeit Anne Gebert

Lokale Gesundheitszentren – Chancen für die Pflege Prof. Dr. Doris Schaeffer

Workshop Architektur

Potential evidenzbasierter Architektur im Gesundheitswesen – Therapeutische Umwelten, Barrierefreiheit, Demenzsensibilität und Suizidprävention Dr.-Ing. Nadine Glasow

ergänzend an beiden Tagen: Partnerprogramme

DER JUNGE PFLEGE KONGRESS

Der Junge Pflege Kongress (JPK) 2017 findet im Rahmen des Deutschen Pflegetags statt. Der vom DBfK Nordost organisierte Kongress am Freitag, dem 24. März, bietet den Teilnehmern sechs Fachvorträge zu Themen wie z. B. „Die Pflegekammer ist da – erste Erfahrungen aus Rheinland-Pfalz“, „Pflegebildung – Anforderungen für die Zukunft“, oder „Meckern war gestern, machen ist heute – Vernetzung von Auszubildenden“ an.

SAMSTAG, 25. MÄRZ 2017

Hauptprogramm 09:00 bis 16:00 Uhr

Die vielen Gesichter der Demenz

Care in trouble: „machtvolle“ Strategien in der Pflege von Menschen mit Demenz	<i>Dr. Andrea Newerla</i>
Zugänge zu den Welten von Demenzen finden – Interaktionsformen und ihre Interpretationen	<i>PH Dr. Beate Groß</i>
Ethische Konfliktfelder in der Versorgung von Menschen mit Demenz	<i>Dr. phil. Günter Meyer</i>

Eine neue ethische Orientierung in der Gesundheitsversorgung?

Gemeinwohlorientierung als konstitutives Element des deutschen Gesundheitswesens	<i>Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel</i>
Slow Care – Zeitgemäß Pflegen	<i>Adelheid von Spee</i>

Heilberuf Pflege

Bedeutung des § 4 Pflegeberufsgesetz	<i>Prof. Dr. iur. Gerhard Igl</i>
Studiengang „Evidenzbasierte Pflege“, in Halle – Erstes Modellvorhaben mit Heilkundeübertragung	<i>Prof. Dr. med. Michael Gekle</i>
Integrative Pflege – Sind Äußere Anwendungen selbständige pflegerische Interventionen?	<i>Rolf Heine</i>

Pflegebildung offensiv – eine Veranstaltung des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe (DBR)

Position zur Praxisanleitung: Ein Beitrag zur Ausbildungsqualität	<i>Claudia Winter</i>
Pflegebildung und Versorgungsqualität – Grundlagen, Fakten und Erfordernisse	<i>Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner</i>
Herausbildung klinischer Expertise am Beispiel von ANP	<i>Univ.-Prof'in Dr. Juliane Eichhorn-Kissel</i>

Betroffene und Angehörige – Herausforderungen, Hilfen und Hürden bei der Bewältigung des Alltags aus unterschiedlicher Sicht

Leben mit Aphasie – Betroffene, Angehörige und Selbsthilfe	<i>Daniela Sellier</i>
Meine Söhne, ALS und ich oder wie eine Krankheit verbindet	<i>Ute Oddoy</i>
Was war hilfreich, was war es nicht? – Vortragsüberlegungen aus der seelischen Perspektive	<i>D. Glombik</i>

End of life care

Lei(d)linie Palliativmedizin: Qualitätsverbesserung oder Sterbebegleitung nach Standard!?	<i>Axel Doll</i>
Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen – eine Nationale Strategie	<i>Dr. Birgit Wehrauch</i>

Betrieblicher Umgang mit Pflegebedürftigkeit in Familien von Mitarbeitern

Chancen und Risiken für Arbeitgeber	<i>Dr. Volker Hansen</i>
Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – ein Zukunftsmodell (nicht nur) für Unternehmen?	<i>Christine Rosendahl</i>
Rechtliche Grundlagen	<i>Dr. Matthias von Schwanenflügel</i>

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Erste Erfahrungen werden in der Podiumsdiskussion beleuchtet	<i>Markus Ahne, Sabine Jansen, Ulrike Kissels</i>
--	---

Auswirkungen von Erkrankungen eines Familienmitglieds auf Kinder

Schattenkinder in der Kinderonkologie – Wie können wir sie auf Station unterstützen?	<i>Maria Dittmer</i>
Pflegen ist kein Kinderspiel! „superhands“ in Österreich	<i>Anneliese Gottwald</i>

Kammer öffnet Türen – Neuer Raum für Pflegeberufe

Moderierte Diskussion mit: Patricia Drube, Dr. Markus Mai, Iris Meyenburg-Altward

Eigener Programmteil „Pflegerische Angehörige“

- Für pflegende Angehörige wird genug getan?
- Versorgungsroulette in der Pflege?
- Konzepte für vernetzte Versorgung
- Wertschöpfung der Pflege- und Betreuungsleistungen Angehöriger
- Pflegende Familien stärken – kurativ und präventiv
- Auswirkungen von Erkrankungen eines Familienmitglieds auf Kinder
- Die Bedeutung der aufgeklärten Gesellschaft für die Pflegesituation

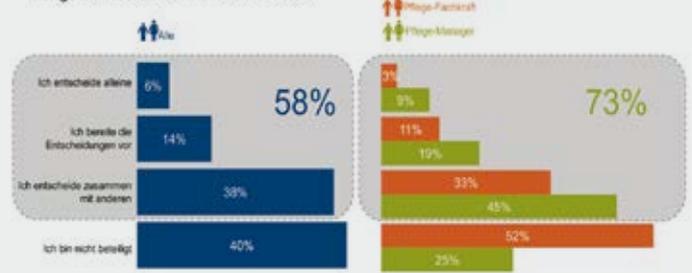
Eigener Programmteil „Digitale Pflege“

Digitalisierung geht auch die Pflegebranche an. Technische Hilfsmittel werden immer wichtiger und können ein gutes Instrument sein, um das Patientenwohl zu steigern und die Pflegekräfte in der täglichen Arbeit zu unterstützen. Auf dem Deutschen Pflgetag wird dieses durchaus kontrovers diskutierte Thema, unter anderem durch verschiedene Start-up-Unternehmen, ein Teil des Programms sein.

TEILNEHMERSTRUKTUR DPT 2016

Laut Studie von GfK Health (n=600 Befragte, davon 329 Pflege-Fachkräfte (55%), 261 Pflege-Manager (43%) und 10 pflegende Angehörige (2%) waren die meisten Teilnehmer des DPT Frauen: 76% aller Befragten sind weiblich. Dabei sind die teilnehmenden Pflegekräfte im Schnitt jünger als die Angehörigen des Pflege-Managements. 9 von 10 Teilnehmer waren in der Pflege tätig, die meisten davon in der Gesundheits- und Krankenpflege. Unter den Pflege-Managern befanden sich signifikant viele Aussteller (16%). Die Gesundheits- und Krankenpflege standen 2016 im Fokus der Pflege-Fachkräfte. Bei den Pflege-Managern waren es etwas mehr als ein Drittel. Dabei kamen fast 60% aller Teilnehmer aus stationären Einrichtungen. Ein Drittel der Besucher des Deutschen Pflgetages ordnete sich der Gruppe der Führungskräfte mit Entscheidungsbefugnissen zu, sind also an der aktiven Gestaltung des betrieblichen Alltags maßgeblich beteiligt. Über die Hälfte der Teilnehmer sind in Investitionsentscheidungen involviert (58%). Bei den Pflege-Managern ist dieser Anteil mit 73% noch höher.

Über die Hälfte der Teilnehmer sind an Investitionsentscheidungen beteiligt (58%). Bei den Pflege-Managern ist dieser Anteil mit 73% noch höher.



PARTNER & SPONSOREN DEUTSCHER PFLEGETAG 2017



Sana Kliniken AG



PFLEGE HAT DIE WAHL ...

... Unter diesem Motto findet der Deutsche Pflegeetag 2017 in Berlin statt. Welche Wahl haben denn die Pflegefachpersonen? Naheliegender ist natürlich der Verweis auf drei Landtagswahlen und die Bundestagswahl im September dieses Jahres. Von den heutigen Bundestagsparteien sind die meisten Grundpositionen in Sachen Pflege- und Bundespolitik bekannt. Überraschungen sind deshalb in den Wahlprogrammen der Parteien nicht zu erwarten – mal abgesehen von einzelnen exotischen Randthemen.



Obwohl die derzeitige Regierung gerade in Sachen Gesundheit und Pflege viel reformiert hat, bleibt die Bilanz verengt auf direkte Auswirkungen auf die Arbeitssituation in der Pflege eher dürrig. Mit Blick auf das Gezerre um die Ausbildungsreform fällt es schwer, nicht frustriert zu sein. Wer wird das Thema Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe durch Verbesserung der Rahmenbedingungen in der nächsten Legislaturperiode anpacken? Das ist eine wichtige Aufgabe der nächsten Regierung und deshalb eine wichtige Wahlentscheidung für die Pflegenden. Grundsätzlich stellt sich den Pflegefachpersonen wie allen Bürgern die Frage welches Parteiprogramm sie anspricht – auch jenseits der beruflichen Fragen.

Wichtig ist, wählen zu gehen und dann das Wahlrecht gut zu nutzen. Wählen als Privileg und Verantwortung zu betrachten und nicht als Protestmöglichkeit. Denn wir sehen bei unseren Nachbarn und in Übersee was passiert wenn Demokratie erodiert.

Alle Pflegefachpersonen haben zum Glück auch die Wahl wo sie arbeiten wollen. Der Personalmangel eröffnet neue Chancen für die die wechseln wollen – angefangen beim Arbeitsort bzw. Arbeitsgeber bis hin zur Vergütung und sonstigen Leistungen. Das wird noch zunehmen! Allerdings wählen viele Pflegefachpersonen gleich den Ausstieg aus dem Beruf. Leider sehen sie nur noch die Flucht aus dem Beruf, den sie eigentlich lieben, als Lösung. Nur so entkommen sie den problematischen Arbeitsbedingungen und der chronischen Überforderung. Zehntausende qualifizierte Pflegenden arbeiten nicht mehr im Beruf. Auch das ist ein Beleg, dass der Personalmangel in der Pflege hausgemacht ist.

Alle müssen daran arbeiten und die vorliegenden Verbesserungsvorschläge endlich umsetzen, damit Pflege als Beruf wieder attraktiver wird. Kurzfristig könnten unbesetzte Stellen besetzt werden, wenn das Angebot an die Ausgestiegenen nur attraktiv genug wäre. Dazu brauchen wir Pflegenden gesellschaftliche Unterstützung jenseits warmer Dankesworte. Allein werden wir es nicht schaffen.

Mein Topthema des Jahres ist eigentlich ein altes Thema: Pflege sichtbar zu machen. Sichtbar zu machen was Pflegefachpersonen wirklich Tag für Tag leisten. Und was sie leisten könnten, wenn „das System“ sie nur ließe. Da wäre mancher Abgeordneter sehr überrascht!

von: **Franz Wagner**, Vizepräsident des Deutschen Pflegerats.

PFLEGE HAT DIE WAHL ...

„Die Große Koalition hat die gesetzliche Pflegeversicherung in mehreren Etappen modernisiert. Diese Reform war ein längst überfälliger Schritt, der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nun wesentlich bessere Rahmenbedingungen hinsichtlich der pflegerischen Versorgung bietet. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist dabei als größter Erfolg zu werten, er bildet das neue Fundament der sozialen Pflegeversicherung. Nun gilt es, die einzelnen Reformbausteine in allen Bereichen und auf allen Ebenen erfolgreich zu etablieren. Dafür braucht es zum einen starke Akteure an der Basis, die mit ihrer Arbeit die Reform zum Erfolg führen. Zum anderen benötigen wir aber auch kompetente Parteien, die den eingeschlagenen Weg auch nach der Bundestagswahl konsequent weitergehen. Wir als AOK werden uns ebenfalls dafür stark machen – auch mit unserem Engagement auf dem Deutschen Pflegeetag. Beim diesjährigen Branchentreff in Berlin fokussieren wir uns deshalb neben der Palliativ- und Intensivversorgung auf Konzepte, die den neuen Blickwinkel der Pflegebedürftigkeit vor allem in der Praxis umsetzen.“



von: **Nadine-Michèle Szepan**, Abteilungsleiterin Pflege beim AOK-Bundesverband.

Niedersachsen ist drittes Bundesland mit einer Pflegekammer

Dichter: „Starker Player in der Diskussion“

Für rund 70.000 Pflegekräfte in Niedersachsen ist die Pflegekammer seit dem 12.12.2016 beschlossene Sache. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts wird sie in Zukunft als Selbstverwaltung des Berufsstandes der Pflegenden agieren. Nach der Bestellung des Errichtungsausschusses durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung werden durch dieses Gremium die erforderlichen Strukturen für die Pflegekammer geschaffen und Wahlen zur Kammerversammlung durchgeführt. Die Befürworter sehen die Pflege durch die Kammer gestärkt und wollen eine Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und Gewerkschaften. Die Gegner können keine Vorteile durch die neue Institution für das Berufsfeld ausmachen.

>> „In Deutschland hat die Pflege nicht die Stellung im Gesundheitswesen, die ihr von ihrer Bedeutung für die Patientenversorgung zukommt. Aus Sicht der Landesregierung könnte die Pflege mit der Gründung einer Pflegekammer in Niedersachsen eine deutliche Aufwertung erfahren“, lautet der Einleitungssatz des „Eckpunktepapier zur Pflegekammer“ der Landesregierung Niedersachsen. Mit dem am 12.12.2016 beschlossenen Gesetz zur Errichtung einer Pflegekammer ist der Weg nun tatsächlich frei und die Selbstverwaltung der Pflege liegt in den Händen der Berufsgruppe selbst.

Auf der Grundlage einer repräsentativen Befragung von infratest dimap, in der 1.039 Examinierte Pflegefachkräfte, die in Niedersachsen im Pflegebereich sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren, befragt wurden, hatten sich im Jahr 2012 zwei Drittel (67%) für die Errichtung einer Pflegekammer ausgesprochen.

Dabei sahen rund 90 Prozent aller Befürworter vor allem den Vorteil einer politisch eher unabhängigen berufsständischen Vereinigung. Pflegekräfte, die sich dabei gegen die Gründung einer Kammer aussprachen, argumentierten vor allem mit der zu erwartenden Pflichtmitgliedschaft und damit einhergehenden Beitragszahlung für alle

Pflegekräfte (89 Prozent der Pflegekammer-Gegner).

Beschlossene Sache

Mit den Stimmen von Bündnis90/Die Grünen und der SPD wurde das Gesetz nach siebenjähriger Behandlung verabschiedet. CDU und FDP waren dagegen. „Wobei ich nicht verhehlen möchte, dass die CDU/FDP Landesregierung durch Zeitverschleppung das Ganze sehr in die Länge gezogen hat, so dass sie zwar die Befragung nach ständigem Nachhaken noch auf den Weg gebracht hat, aber das Ergebnis nicht mehr ‚bearbeiten‘ musste“, sagt Monika Skibicki, 1. Stellvertreterin der Gründungskonferenz Pflegekammer Niedersachsen.

Die größte Hürde habe darin bestanden, eine Mehrheit im Parlament zu finden und eine Information der Berufsangehörigen zu erreichen. Diese gestaltete sich aber nach Angaben Skibickis schwierig: „Ein Manko ist, dass sehr viele Träger von Pflegeeinrichtungen, Mitglieder im bpa, Informationsveranstaltungen in ihren Einrichtungen nicht wollten, so dass leider sehr viele Altenpflegekräfte überhaupt keine Information, und wenn unsachlich, zum Thema Pflegekammer haben“, bedauert die Pflegedirektorin a.D.

Mithilfe der intensiven Arbeit des Fördervereins Pflege-

kammer Niedersachsen konnte dann ein gewisser Informationsgrad erreicht werden, erläuterte Skibicki. „Die Pflegekammer wird ein starker Player in der Diskussion werden, wenn es um Qualität der Versorgung geht“, ist sich DBfK Nordwest Vorsitzender Martin Dichter sicher und auch Sozialministerin Cornelia Rundt (SPD) spricht von einem „Meilenstein“ für das Berufsfeld Pflege.

Gegenwind

Verbände und Gewerkschaften kritisierten den Gesetzesentwurf massiv. Hartmut Tölle, Vorsitzender des DGB in Niedersachsen, erklärt: „Die Pflegekammer wird viel Geld verschlingen und die Hoffnungen der Zwangsmitglieder bitter enttäuschen. Die wirklichen Probleme in der Pflege – schlechte Bezahlung, Personalnot – wird sie nicht lösen“. Pflichtmitgliedschaft und Zwangsbeiträge würden eine weitere Belastung der Pflegekräfte bedeuten. Für Tölle macht das die Arbeit in der Pflege unattraktiver und schrecke so die dringend benötigten Fachkräfte ab.

Für den stellvertretenden CDU-Fraktionsvorsitzenden in Niedersachsen, Reinhold Hilbers, hilft die Verkammerung den Problemen in der Pflege mitnichten weiter: „Eine Kammer löst weder das Problem der niedrigen Pflegesätze noch kann sie für die in

der Pflege beschäftigten Menschen eine angemessene Bezahlung und bessere Arbeitsbedingungen durchsetzen“. Das Vorhaben nutze niemandem und produziere nur Kosten, so der Vorwurf des Politikers. „Die Landesregierung sollte besser bei den Tarifpartnern für einen Tarifvertrag Soziales werben und auf eine deutliche Erhöhung der Personalschlüssel in den stationären Einrichtungen hinwirken“, so Hilbers weiter.

Dass die Pflegekammer nicht gegen sondern mit den Verbänden und Gewerkschaften für eine Stärkung des Berufsstandes arbeiten möchte, bekräftigt Monika Skibicki. „Ich wünsche mir, dass die Arbeit sachlicher verlaufen wird und spreche immer von einem gemeinsamen Weg“.

Sie geht längerfristig davon aus, dass nach der Konsolidierungsphase und der zunehmenden Bedeutung von Pflegekammern weitere Bundesländer folgen werden. „Eine Bundespflegekammer wird erforderlich, um auf Bundesebene in der Politik mitzubestimmen. Wir sehen gerade bei der Generalistik, dass alle guten Erfahrungen, die in den Ländern mit Modellversuchen zur Generalistik gemacht wurden, durch eine große Arbeitgeberlobby verhindert werden soll. An solchen Punkten ist eine Bundespflegekammer unverzichtbar“, blickt Skibicki in die Zukunft. <<

PRO



Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen

„Zeitnahe Reform-Umsetzung“

>> Die generalistische Pflegeausbildung in Form eines überarbeiteten Pflegeberufgesetzes wird seit 10 Jahren diskutiert und ist im letzten Jahr vom Kabinett beschlossen worden. Die Umsetzung ist jedoch ins Stocken geraten. Wie kommt es zu diesem differenzierten Bild?

Angesichts der gegenwärtigen Versorgungsanforderungen ist die Generalistik die passende Antwort. In allen Sektoren, im Krankenhaus, in der Altenhilfe und im ambulanten Bereich steigt der Anteil an multimorbiden Menschen und Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die in der Altenhilfe zu versorgenden Menschen sind i. d. R. nicht nur alt, sondern auch krank. Umgekehrt sind in der Akutversorgung im Krankenhaus viele Patientinnen und Patienten nicht nur krank, sondern auch alt und leiden neben ihrer akuten Erkrankung häufig auch an altersassoziierten neurodegenerativen Erkrankungen. Auch schwerkranke Kinder werden immer älter und erreichen das Erwachsenenalter. Durch diese Entwicklungen ändern sich die Anforderungen an die pflegerische Versorgung. Pflegenden müssen zukünftig in der Lage sein, das Denken in Generationen und Sektoren zu verlassen und die pflegerische Versorgung generations- und sektorübergreifend zu gestalten. Die generalistische Ausbildung führt zu einem neuen Qualifikationsprofil, das den veränderten Anforderungen gerecht wird.

Die Einführung einer generalistischen Ausbildung bedeutet eine grundlegende Veränderung des Ausbildungssystems. Solche Veränderungen sind stets mit Ängsten um die eigene Position und den Verlust von Privilegien verbunden. Es sollte zu denken geben, dass insbesondere die privaten Altenheimanbieter und die Kinderärzte sich für den Erhalt des Status quo stark machen. M. E. handelt es sich um Partikularinteressen, die sich nicht an der Sicherstellung einer zukunftsgerichteten pflegerischen Versorgung der Gesamtbevölkerung auf hohem fachlichen Niveau orientieren.

Die einheitliche Ausbildung soll die Berufe – besonders die Altenpflege – aufwerten und die Attraktivität steigern, indem ein Wechsel zwischen den Sparten Alten-, Kinderkranken- oder Krankenpflege im beruflichen Alltag möglich wird. Kann so der weniger attraktiven Altenpflege mehr Personal zugeführt werden?

Wir reden im Kontext des Pflegeberufgesetzes über die Ausbildung von Pflegefachpersonen. Mit der generalistischen Ausbildung wird anerkannt, dass eine Pflegefachperson in der Altenpflege über genauso hohe Kompetenzen verfügen muss wie eine Pflegefachperson in der Gesundheits- und Kranken- oder Kinderkrankenpflege. Um die zur Bewältigung der gestiegenen Anforderungen erforderlichen Kompetenzen aufbauen zu können, ist als Zugangsvoraussetzung mindestens ein mittlerer Bildungsabschluss erforderlich. Als Nebeneffekt ist damit auch eine Steigerung der Attraktivität der Altenpflege verbunden. In erster Linie muss die Attraktivität aber durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen angehoben werden.

Auch die Bezahlung der Pflegekräfte soll durch die gesteigerte Attraktivität eine positive Entwicklung nehmen, da die Pflege mit einheit-

licher Stimme mehr Druck auf die Arbeitgeber ausüben können soll und zudem die geringer vergütete Altenpflege auf das Niveau der anderen beiden Berufsabschlüsse gehoben werden könne. Kann das mit dem geplanten Pflegeberufgesetz gelingen?

Das Verhandeln über Tarifverträge ist Aufgabe der Tarifparteien und hat nichts unmittelbar mit dem Berufsgesetz zu tun. Das Pflegeberufgesetz kann aber indirekt Auswirkungen auf die Bezahlung haben. Indem generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen zwischen den Sektoren wechseln können, haben sie die Möglichkeit, dort zu arbeiten, wo am besten bezahlt wird. Um ihren Fachkräftebedarf decken zu können, müssen daher vermutlich die Einrichtungen, die gegenwärtig nicht nach Tarif zahlen, was häufig in der Altenpflege der Fall ist, zukünftig die Vergütung anheben. Das ist im besten Sinne marktwirtschaftlich gedacht.

Es gibt generalistische Ausbildungs-Modellprojekte an Schulen, die durchaus positiv gewertet werden. Warum hat dieser Umstand so wenig Aussage- bzw. Strahlkraft?

In Fachkreisen werden die Ergebnisse der Modellprojekte durchaus intensiv rezipiert. Die Modellprojekte sind zu dem Schluss gekommen, dass es möglich ist, die drei bisher getrennten Ausbildungen in einer dreijährigen generalistischen Pflegeausbildung zusammenzuführen. Die Absolventinnen und Absolventen erwerben die Kompetenzen, die sie benötigen, um Menschen aller Altersgruppen und in allen Versorgungsbereichen fachgerecht pflegerisch zu versorgen. Die Ergebnisse werden nicht zur Kenntnis genommen, weil sie nicht in das Argumentationsschema derjenigen passen, die die Generalistik aufgrund von Eigeninteressen ablehnen. Spezifische Kompetenzen, wie die Versorgung von intensiv pflegebedürftigen Frühgeborenen oder erweiterte gerontopsychiatrische Kenntnisse sind dabei weiterführenden Qualifikationen zuzuordnen.

Aktuell haben selbst die Koalitionspartner unterschiedliche, scheinbar nicht kompatible Meinungen zum Pflegeberufgesetz. Den Vorschlag von Gernot Kiefer (Spitzenverbandes der Kassen), die unterschiedlichen Systeme modellhaft in einigen Bundesländern einzuführen, lehnt die SPD ab. Der Vorschlag klingt doch vernünftig!?

Dieser Vorschlag würde nur dringend notwendige Reformen weiter verzögern. Wir brauchen keine neuen Modellversuche, sondern eine zeitnahe Umsetzung der im Gesetz enthaltenen Reformen, nämlich die Einführung der generalistischen Ausbildung, die Festlegung von Vorbehaltsaufgaben, die Einführung einer hochschulischen Erstausbildung als zweiten Zugang zur Berufszulassung und die Möglichkeit der Erweiterung des Kompetenzprofils um die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten. Wenn in Deutschland die Pflegeausbildung nicht in dieser Legislaturperiode an den europäischen Standard angepasst wird, besteht das Risiko, dass wir auf längere Sicht den Anschluss verlieren. <<



Bernd Meurer,

Präsident des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

„Die Fakten sind andere“

>> Die generalistische Pflegeausbildung in Form eines überarbeiteten Pflegeberufgesetzes wird seit 10 Jahren diskutiert und ist im letzten Jahr vom Kabinett beschlossen worden. Die Umsetzung ist jedoch ins Stocken geraten. Wie kommt es zu diesem differenzierten Bild?

Das ist ganz einfach. Der Gesetzesentwurf wurde im Eilverfahren ohne richtige Beteiligung der Betroffenen erstellt und lässt damit mehr Fragen offen, als er beantwortet. Bisher liegen nur Eckpunkte, aber keine Ausarbeitung der dazu gehörenden Verordnung vor, wie dies den Bundestagsabgeordneten der Koalitionsfraktionen versprochen wurde. Ohne die Verordnung, die die Umsetzung der Reform im Detail darlegen soll, wird es keine Entscheidung im Bundestag geben. Die Parlamentarier sind dazu selbstbewusst genug und kaufen nicht die Katze im Sack. Sie haben offensichtlich die Sorge, dass Schüler mit Hauptschul- oder mittlerem Bildungsabschluss zu den Verlierern der Reform werden. Sie dürfen zwar wie bisher mit einem zehnjährigen Schulabschluss die Ausbildung beginnen. Durch die gestiegenen Anforderungen aber ist es naheliegend, dass es zu höheren Zahlen an Ausbildungsabbrüchen kommen wird. Zudem wird zukünftig der Zugang über die Helferausbildung erschwert. Auch die Finanzierung steht auf wackligen Beinen. Nicht nur für die Träger der praktischen Ausbildung wird es teurer, sondern nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbands werden die Kosten für die Kostenträger mehr als doppelt so hoch wie im Gesetzesentwurf angegeben. Zudem wird die Umlage nach einem Gutachten der Landesregierung NRW für verfassungswidrig gehalten.

Die einheitliche Ausbildung soll die Berufe – besonders die Altenpflege – aufwerten und die Attraktivität steigern, indem ein Wechsel zwischen den Sparten Alten-, Kinderkranken- oder Krankenpflege im beruflichen Alltag möglich wird. Kann so der weniger attraktiven Altenpflege mehr Personal zugeführt werden?

Auch durch die ständige Wiederholung wird die Behauptung, die Altenpflege sei weniger attraktiv als die Krankenpflege, nicht wahrer. Die Fakten sind andere. Mittlerweile gibt es mehr Auszubildende in der Altenpflege (68.000) als in der Krankenpflege (65.000). Die Altenpflege ist der Jobmotor der deutschen Wirtschaft. Im letzten Jahr ist jeder vierte neue entstandene Job in Deutschland ein Job in der Altenpflege. Wie man da behaupten kann, die Altenpflege sei nicht attraktiv, kann ich beim besten Willen nicht nachvollziehen. Das ist ein Märchen, das uns die Lobbyisten der Krankenpflege erzählen. Mit der Reform erhofft sich die schwächelnde Krankenpflege eine Blutzufuhr durch die Altenpflege. Redlich ist das nicht.

Auch die Bezahlung der Pflegekräfte soll durch die gesteigerte Attraktivität eine positive Entwicklung nehmen, da die Pflege mit einheitlicher Stimme mehr Druck auf die Arbeitgeber ausüben kön-

nen soll und zudem die geringer vergütete Altenpflege auf das Niveau der anderen beiden Berufsabschlüsse gehoben werden könne. Kann das mit dem geplanten Pflegeberufgesetz gelingen?

Mir konnte noch immer keiner erklären, wieso bei einer deutlich schlechteren generalistischen Ausbildung die Bezahlung steigen soll? Durch das Gesetz kommt es nicht zu einer besseren Bezahlung der Pflegekräfte, die in Pflegeheimen und Pflegediensten arbeiten. Entscheidend hierfür ist nicht der Abschluss, sondern der Unterschied zwischen Kranken- (Vollkasko-) und Pflegeversicherung (Teilleistungsversicherung) sowie die Bereitschaft von Kostenträgern, Pflegebedürftigen und Angehörigen mehr zu zahlen. Der Unterschied in der Refinanzierung wird mit der Pflegeberufereform nicht aufgehoben.

Es gibt generalistische Ausbildungs-Modellprojekte an Schulen, die durchaus positiv gewertet werden. Warum hat dieser Umstand so wenig Aussage- bzw. Strahlkraft?

Ich rate dringend dazu, sich diese Modellprojekte genau anzuschauen. Denn wenn man näher hinblickt, stellt sich schnell heraus, dass es sich größtenteils um integrative Modelle handelt. Auf die erste Phase des gemeinsamen Lernens folgt immer eine Spezialisierungsphase in der einen oder anderen Richtung, mit getrennten und speziellen Abschlüssen. So war das übrigens auch bei den Modellversuchen, die als Beleg für den jetzigen Gesetzesentwurf herangezogen werden. Diese sind aber nie evaluiert worden. Nur ein einziger von acht Modellversuchen mit nur 24 Schülern (von rund 300 insgesamt) hat dabei eine weitestgehend generalistische Ausbildung umgesetzt - alle anderen hatten überwiegend ein integratives Konzept, bei denen am Ende ein Abschluss als Kranken- oder Altenpfleger stand.

Aktuell haben selbst die Koalitionspartner unterschiedliche, scheinbar nicht kompatible Meinungen zum Pflegeberufgesetz. Den Vorschlag von Gernot Kiefer (Spitzenverband der Kassen), die unterschiedlichen Systeme modellhaft in einigen Bundesländern einzuführen, lehnt die SPD ab. Der Vorschlag klingt doch vernünftig!?

Um Legendenbildungen zu vermeiden, Kiefer schlägt das Nebeneinander der verschiedenen Berufsabschlüsse vor, keine Modelle in einigen Bundesländern. Die Altenpflege ist wie gesagt schon heute attraktiv. Sie braucht die Wahlmöglichkeit potenziell interessierter Auszubildender und einen Test, wie Herr Kiefer ihn vorschlägt, nicht zu scheuen. Im Gegensatz zu den fehlenden Belegen der Befürworter der Generalistik, insbesondere bezüglich der Steigerung der Attraktivität oder der besseren Kompetenz, sprechen die Fakten aber bereits heute eindeutig für die Altenpflegeausbildung, womit diese bereits den von Herrn Kiefer geforderten Beweis geliefert hat. <<

forsa-Pflegestudie im Auftrag der DAK-Gesundheit

Pflege mit schlechtem Image

Das derzeitige Image der Pflege scheint ausbaufähig, betrachtet man die Ergebnisse der im Auftrag der DAK-Gesundheit durchgeführten forsa-Umfrage vom November letzten Jahres. Die Situation des Pflegepersonals wird von der großen Mehrheit als negativ wahrgenommen. Die Situation der Pflegebedürftigen kommt bei der Bewertung nicht viel besser weg. Licht am Ende des Tunnels scheint nur über eine Attraktivitätssteigerung möglich, in der die Pflegereform eine große Rolle spielen kann.

Studieninfo

Für die DAK-Gesundheit führte das forsa-Institut die repräsentative Umfrage „Meinungen zum Thema Pflege“ vom 28. bis 30. November 2016 durch. Im Rahmen dessen wurden 1.017 Menschen befragt. Neben der Situation für die Pflege in Deutschland war die Einschätzung der Situation für Pflegebedürftige sowie die Einschätzung der Situation für das Pflegepersonal Gegenstand der Umfrage. Hier kommen die an 100% fehlenden Angaben durch „keine Angaben“ zustande. Das Resultat ist hier ein negatives Bild der Pflege und der Situation der Pflegebedürftigen, die in der Bewertung der Situation der Pflegekräfte gipfelt. Deren Status quo wird lediglich von 8% als „gut“ bewertet. Im Folgenden befragt nach Verbesserungs- oder Fördermöglichkeiten des Berufsfeldes sind sich 89% sicher, dass primär an der Ausbildung und Bezahlung des Pflegepersonals gefeilt werden muss. Außerdem sehen die Studienteilnehmer die Optimierung der Betreuungsqualität in Pflegeheimen (74%) wie auch die Verbesserung der politischen Rahmenbedingungen (55%) als notwendig an. Ehrenamtliche Unterstützung für die häusliche Pflege zu leisten, können sich 22% der Befragten vorstellen. Die strukturellen Verbesserungen der Situation von Pflegepersonal und Pflegebedürftigen kann durch die Pflegereform gelingen, über die sich 11% der Befragten gut informiert sehen.

Quellenangabe

forsa, Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH
Link: www.dak.de/dak/bundesthemen/Studie_Jeder_Fuenfte_offen_fuer_ehrenamtliche_Pflege-1863448.html

>> Pflegekräfte kommen bei der Einschätzung ihrer derzeitigen beruflichen Situation schlecht weg. Lediglich 8 Prozent der Umfrageteilnehmer halten diese für „gut“. Dabei fällt auf, dass gerade im Osten mit 3% das Meinungsbild am negativsten ist, im Vergleich zur Mitte Deutschlands, wo dieser Wert bei 16% liegt. Insgesamt 54% halten die Situation des Pflegepersonals für „eher schlecht“, 33% schätzen die Situation als „schlecht“ ein. Nur 4% nehmen Abstand von einer Bewertung, weil sie sich kein Urteil zutrauen.

Etwas besser sieht es für die Situation der Pflegebedürftigen selbst in Deutschland aus: Diese schätzen 27% aller Befragten als „gut“ ein. 54% halten die Situation für „eher schlecht“, 12% für „schlecht“. Trotz dieser mäßigen Umfragewerte für die Situation des Pflegepersonals und der Pflegebedürftigen selbst, wird die gegenwärtige Situation der Pflege in Deutschland von 33% als „gut“ eingeschätzt. 47% stufen die Situation allerdings als „eher schlecht“ und 12% als „schlecht“ ein. 8% geben an, das nicht beurteilen zu können. Dabei liegt die Region Nord mit 26% Zustimmung für das Prädikat „gut“ ganz hinten, während Bayern hier mit einem Wert von 41% Spitzenreiter ist.

Rund 60% der Deutschen sind den repräsentativen Umfrageergebnissen zufolge also nicht zufrieden mit der Pflege in Deutschland. „Was müsste denn in der Pflege verbessert werden oder gefördert werden?“, wurden die Studienteilnehmer

gefragt. Mehrfachnennungen waren hier möglich. Mit Abstand am häufigsten (89%) werden die Ausbildung und Bezahlung des Pflegepersonals genannt. 74% legen den Fokus auf die Qualität und die Betreuung in Pflegeheimen und jeweils etwas mehr als die Hälfte will die politischen Rahmenbedingungen (55%) bzw. die spezielle Betreuung Demenzkranker (52%) verbessert wissen.

Für eine Optimierung der Instruktur in der Pflege sprechen sich 48% aus, während 30% dies über die Qualität der Pflegeberatung sagen. Nur 22% meinen, dass das ehrenamtliche Engagement zur Unterstützung in der häuslichen Pflege verbessert oder gefördert werden müsste.

Wer zu Hause einen Angehörigen pflegt braucht viel Unterstützung. Neben körperlicher und emotionaler Belastung muss auch der „Papierkrieg“ bewältigt werden. Das kostet Zeit. Auf die Frage, womit pflegende Angehörige am besten unterstützt werden, liegen mit 83% die „gesetzlichen Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“ vorne. Auf Platz 2 landen hier „Pflegekurse“ (58%), denen mit 43% Prozent „Ehrenamtliche, die bei der Pflege unterstützen“ folgen. „Online-Angebote und Apps finden in diesem Kontext nur 5% der Befragten hilfreich. Auch hier waren wieder Mehrfachnennungen

möglich. Besonders in Bayern und Baden-Württemberg wird die ehrenamtliche Unterstützung der pflegenden Angehörigen goutiert, während im Osten Deutschlands nur 28% diese Maßnahme als vorstellbare Möglichkeit angeben. Doch bleibt die Frage nach Bereitschaft ehrenamtlich im Bereich der Pflege tätig zu werden. Das beantworten insgesamt 22% aller Befragten mit „ja“. 8% sind bereits ehrenamtlich in der Pflege unterwegs, aber der Großteil (62%) kann sich ein solches Engagement nicht vorstellen.

„Ehrenamtliche sind eine wichtige Säule der Pflege. Sie geben Betroffenen ein großes Stück Lebensqualität“, sagt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. Gefragt nach den Hürden, eine ehrenamtliche Tätigkeit in der Pflege zu übernehmen, geben jeweils 40% an, sich aufgrund von Berührungängsten mit Krankheit und Alter bzw. wegen Zeitmangels kein solches Engagement vorstellen zu können. Die Studienergebnisse lassen darauf schließen, dass zur Verbesserung der Situation der professionell Pflegenden und auch der Pflegebedürftigen selbst eine Pflegereform her muss, die zwar auf den Weg gebracht, derzeit jedoch festzustecken scheint. Denn nur mit guten und motivierten Pflegekräften könnten die Herausforderungen gemeistert werden, meint Storm. <<



Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Postleitzahl beeinflusst Art der Pflege

>> Wie Menschen in Deutschland gepflegt werden, hängt vom Wohnort der Pflegebedürftigen ab. Das geht aus dem neuen Pflegebericht der Barmer hervor, der heute in Berlin vorgestellt wurde. Demnach sind die massiven regionalen Unterschiede in der Pflege die Konsequenz des Angebots vor Ort. Je mehr Pflegedienste oder Pflegeheime es gibt, desto mehr Betroffene werden von ihnen betreut.

„Die Menschen bekommen offenbar nicht immer die Pflege, die sie brauchen, sondern die, die vor Ort verfügbar ist“, betonte Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer. Damit Betroffene die Pflege erhalten, die für



Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer

sie individuell am sinnvollsten sei, forderte Straub ein Mehr an transparenter und unkompliziert abrufbarer Informationsangebote sowie flächendeckend greifende Unterstützungsleistungen insbesondere durch die Pflegekassen. Die so genannten Pflegestützpunkte könnten offenbar diese Art der Hilfen nicht bieten. Straub: „Das Konzept der Pflegestützpunkte ist gescheitert. Sie gehen klar am Bedarf der Betroffenen vorbei.“ Nötig seien stattdessen noch mehr niedrigschwellige mobile und häusliche Angebote und Unterstützungsleistungen für alle Versicherten. So hätten sich insbesondere Familiengesundheitspfleger bewährt.

Der aktuelle Pflegebericht weist zudem große regionale Unterschiede in der Pflege aus. So spielt die Pflege in Heimen die größte Rolle in Schleswig-Holstein. Hier werden 40,5 Prozent der Pflegebedürftigen stationär gepflegt. Dementsprechend ist die Kapazität an Plätzen in Pflegeheimen mit 49,2 pro 100 Pflegebedürftigen die höchste im

Bundesgebiet. Zum Vergleich: In Brandenburg sind lediglich 26,9 Plätze pro 100 Pflegebedürftige verfügbar. Dagegen werden in diesem Bundesland die meisten Menschen durch ambulante Pflegedienste oder allein durch die Familie versorgt. Bei dem Anteil der Pflegedienste wird Brandenburg (28,5%) nur von Hamburg (29,2%), Sachsen (29,0%) und

Bremen (28,7%) geringfügig übertroffen. Beeinflusst wird die Form der Pflege außerdem von der Einkommenshöhe der Pflegebedürftigen und davon, wie gut familiäre Netzwerke eine Pflege zu Hause bewältigen können oder überhaupt wollen. Bei geringem Einkommen reduzieren die

privaten Zuzahlungen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Pflegebedürftiger im Heim gepflegt wird.

Studienautor Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen) bezifferte die Kosten des Pflegestärkungsgesetzes II mit rund 7,2 Milliarden Euro allein für das Jahr 2017. Diese entstehen vor allem durch Mehrausgaben für Pflegegeld, Pflegesachleistungen und die vollstationäre Pflege. „Auch wenn die volkswirtschaftliche Entwicklung nur schwer abgeschätzt werden kann, so dürfte sich insgesamt in der Pflegeversicherung im Jahr 2017 ein Defizit ergeben, das deren Mittelbestand um mehr als drei Milliarden Euro reduziert“, so Rothgang. Während die beiden bereits eingeführten Pflegestärkungsgesetze die Pflegeversicherung weiterentwickeln, werde das aktuell im Gesetzgebungsprozess befindliche PSG III vor allem „Nacharbeiten“ beinhalten. So sei es laut Rothgang notwendig, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Sozialhilfe anzuwenden. <<

„Über den Willen von Pflegebedürftigen hinweg gehandelt“

>> Mitarbeiterinnen in Pflegeheimen und ambulanten Diensten berichten über unangemessenes Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen. Rund ein Drittel (34 Prozent) erlebt, dass die Rechte Pflegebedürftiger regelmäßig missachtet werden. Dies geht aus einer repräsentativen Befragung der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hervor.

Am häufigsten wird den Angaben zufolge über den Willen von Pflegebedürftigen hinweg gehandelt (58 Prozent), notwendige Hilfe nicht (49 Prozent) oder nicht rechtzeitig gegeben (46 Prozent). Zudem beobachteten die Befragten, dass Pflegebedürftige respektlos angesprochen, beschämt (je 36 Prozent) oder deren Privatsphäre missachtet wurde (39 Prozent).

„Das Recht auf gute Pflege ist in der Praxis längst nicht überall durchgesetzt. Vor allem die wichtigen Themen Patientensicherheit und Gewaltprävention gehen häufig in den öffentlichen Debatten zu Pflegereformen unter. Dabei sind Missachtung, Vernachlässigung und Beschämung gerade für so verletzbare Menschen wie Pflegebedürftige oft besonders fatal“, sagt Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP. „Die Politik muss daher sicherstellen, dass nun tatsächlich ein neues Bewertungssystem für die Pflege entsteht, das für Bürger wirklich transparent macht, wo Profis gut pflegen und wo nicht“, so Suhr weiter.

Damit die Rechte Pflegebedürftiger besser gewahrt werden, müsste es nach Auffassung der Befragten vor allem mehr und besser ausgebildetes Personal geben (96 Prozent bzw. 76 Prozent). Parallel hat das ZQP auch die allgemeine Bevölkerung zu ihren Erfahrungen befragt. Hier gab etwa jeder vierte Befragte an (28 Prozent), Vorfälle

von Missachtung gegenüber pflegebedürftigen Menschen erlebt zu haben. Verbesserungsbedarf wird dabei vor allem in den Arbeitsbedingungen von Pflegenden gesehen (90 Prozent). Zudem sollte es aus Bevölkerungssicht mehr Bürger geben, die sich für die

Methodik

Die Umfrage wurde als computergestützte telefonische Befragung (Computer Assisted Telephone Interview) durchgeführt.

Stichproben: 1.008 Pflegedienste und -einrichtungen nahmen an der Befragung teil, davon 502 stationäre und 506 ambulante Einrichtungen. Am häufigsten wurde dabei mit Pflegedienstleitungen (398 Befragte) oder geschäftsführendem Personal (391 Befragte) gesprochen. In einer zweiten Befragung wurden 1.001 Personen ab 18 Jahren aus ganz Deutschland mit Kontakt zu Pflegebedürftigen interviewt.

Einhaltung von Rechten Pflegebedürftiger einsetzen (81 Prozent). Damit es gar nicht erst zu Missachtungen oder Vernachlässigungen kommt, ist es wichtig, früh gegenzusteuern. „Wir benötigen gute Pflegekompetenz bei allen, die an der Pflege mitwirken und Angebote, die frühzeitig beim Erkennen und beim Umgang mit kritischen Pflegesituationen unterstützen“, sagt Suhr. Vor diesem Hintergrund hat das ZQP ein Internetportal zur Gewaltprävention (www.pflege-gewalt.de) entwickelt, das kostenlos fundierte Informationen, praktische Tipps sowie Kontaktdaten zu bundesweiten Krisentelefonen für alle Beteiligten in der Pflege bietet.

Laut ZQP-Untersuchung ist fast jeder zweite Pflegeanbieter der Auffassung, dass die Verbreitung der Pflege-Charta dazu beitragen würde, die Umsetzung der Rechte Pflegebedürftiger in Deutschland zu verbessern. <<

Erste Welle des Innovationsfonds: Geförderte Projekte in der Pflege

Nur vier Projekte befassen sich mit Pflege

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erhielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind, zu fördern. Auf Basis von zwei Ausschreibungen Mitte 2016 wurden bisher 29 Projekte im Bereich Versorgungsformen (225 Millionen Euro) und 62 im Bereich der Versorgungsforschung (75 Millionen Euro) gefördert. Nur vier davon beschäftigen sich mit Pflege, die wir hier in Kurzform darstellen.

Netzwerk LebenPlus

Akronym: NWLP

Antragsteller: Techniker Krankenkasse

Konsortialpartner: BARMER GEK, DAK-Gesundheit, DRV Knappschaft-Bahn-See, Albertinen-Krankenhaus, Cibek technology + trading GmbH, Universität Bielefeld, Universität Hamburg, Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.

Ziel: Mit dem Versorgungsmodell Netzwerk LebenPlus (NWLP) soll durch Vernetzung sowie gezielte Beratung und Begleitung die ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit unterstützt und vollstationäre Pflege möglichst verzögert werden. Methodisches Vorgehen: Die Ansprache der Versicherten erfolgt über die teilnehmenden Krankenkassen, die Einschreibung und ein umfassendes geriatrisches und soziales Assessment durch die koordinierende Stelle. Auf der Basis ihrer Bedürfnisse erhalten die Teilnehmer einen individuellen Unterstützungsplan, dessen Umsetzung vom Fallmanager begleitet wird. Weiterhin erhalten die Teilnehmer eine Kommunikationsplattform, welche sie im Alltag unterstützt bis hin zu Funktionen der Haussteuerung (Strom, Licht etc.) und einer intelligenten Sensortechnik zur Notfallerkennung.

Umsetzungspotenzial: Das Projekt setzt Impulse für eine quartiersbezogene Versorgung. Zur Umsetzung sind wenige Anpassungen im SGB V notwendig.

Aufgabenteilung von Pflege und Hausärzten

Akronym: AHeaD

Antragsteller: Universitätsmedizin Greifswald

Konsortialpartner: Universitätsmedizin Rostock, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen Rostock/Greifswald, Hochschule Neubrandenburg, Universitätsmedizin Greifswald

Ziel ist es, die künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung hinsichtlich folgender Aspekte zu spezifizieren: (1) Definition von Tätigkeiten in Kooperation, Delegation, Substitution, (2) Qualifikationsbedarf von Pflegefachpersonen, (3) Akzeptanz, (4) Arzt-Patienten Beziehung (4) Kostenanalyse und Implementierung.

Methode: Die AHeaD Studie ist eine Mixed Methods Beobachtungsstudie mit einem sequentiellen Vertiefungsdesign: (1) Tätigkeitsanalyse der Dementia Care Manager (DCM) der DelpHi-MV Studie (Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen für Mecklenburg-Vorpommern) incl. Identifikation von Aufgaben in Kooperation, Delegation, Substitution, (2) quantitative Befragung zur Arbeitsteilung, Qualifikationsbedarf, Akzeptanz, Arzt-Patienten Beziehung und Implementierung, (3) qualitative Fokusgruppeninterviews zur Spezifikation der Chancen und Grenzen der Arbeitsteilung sowie der Implementierung in die Regelversorgung. Insgesamt sechs DCMs, 95 Hausärzte, 336 Menschen mit Demenz und 195 Angehörige der bereits durchgeführten DelpHi-MV Studie sind Basis der Analyse. Zur Untersuchung möglicher Bewertungsunterschiede zu nicht-DelpHi-MV Hausärzten (N=95) und Pflegefachpersonen (N=98), die die Regelversorgung repräsentieren, werden diese aus Mecklenburg-Vorpommern neu rekrutiert.

Verwertungspotenzial: Die Studienergebnisse werden für die Entwicklung eines Versorgungskonzepts gemäß §63 Abs. 3c SGB V genutzt.

Erweiterte koord. ärztliche Pflegeheimversorgung

Akronym: CoCare

Antragsteller: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Konsortialpartner: Universität Freiburg, nubedian GmbH, AOK Baden-Württemberg, vdek, IKK classic, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, BKK Landesverband Süd, SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Ziel des Projekts ist die Verbesserung der koordinierten ärztlichen Pflegeheimversorgung sowie die Optimierung der Schnittstelle Pflege – Ärzte. Es werden die Effekte der koordinierten ärztlichen Versorgung anhand von zwei Interventionsgruppen (komplexes Modell und reduziertes Modell) mit der herkömmlichen Pflegeheimversorgung (Kontrollgruppe) verglichen, realisierbare Verbesserungen der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz sowie Kosteneinsparungseffekte aufgezeigt. Im Fokus steht vor allem die Reduktion vermeidbarer Krankenhauseinweisungen und Krankentransporte sowie die qualitative und quantitative Verbesserung der medizinischen Versorgung der Pflegeheimbewohner. Inhalte der neuen Versorgungsform sind unter anderem gemeinsame haus- und fachärztliche Visiten (Ärzte und Pflegeheimkoordinatoren), die Bildung von Ärzteteams, eine gemeinsame elektronische Patientenakte, gemeinsame Schulungen, strukturierte und interdisziplinäre Behandlungspfade, erweiterte Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung, Medikations- und Katheter-Management.

Das Potenzial, die neue Versorgungsform nach Ende der Förderung in eine reguläre Versorgungsform zu überführen, wird aufgrund der praxisnahen Gestaltung des Interventionskonzepts, der aufgrund des Evaluationsdesigns zu erwartenden hohen Generalisierbarkeit der Ergebnisse und der zu erwartenden hohen Einsparungen in anderen Versorgungsbereichen als hoch eingeschätzt.

Verbesserung ärztlich-pfleger. Zusammenarbeit

Akronym: interprof ACT

Antragsteller: Universitätsmedizin Göttingen

Konsortialpartner: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universität Lübeck, Universität Göttingen

Ziel: Reduzierung des Anteil der Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenpflege, die innerhalb von 12 Monaten in ein Krankenhaus aufgenommen werden von erwarteten 50% in der Kontrollgruppe auf 35% durch die interprof-ACT-Intervention zur Verbesserung der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit. Erwartet wird zudem eine höhere Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner.

Methode: Cluster-randomisierte Interventionsstudie, Fragebogenvalidierung
Verwertungspotenzial: Interprof ACT zielt langfristig auf stabile, definierte interprofessionelle Kooperationsstrukturen und -prozesse zur Stärkung der medizinischen Versorgung der Bewohner ab. Interprofessionelle Vernetzung zwischen Pflege und Allgemeinmedizin fördert integrative, fächerübergreifende Versorgungsansätze, stärkt die Kontinuität und bildet die Basis zur Überführung in die Regelversorgung. Die Ergebnisse werden auf fachbezogenen, nationalen und internationalen Kongressen präsentiert und diskutiert und gehen in Aus- und Fortbildungen von Hausärzten/ Pflegefachwissenschaftlern und Pflegeheimmitarbeitern ein.

„Die generalistische Pflegeausbildung in Modulen“

Hrsg.: Cornelis Kühn-Hempe, Volker Thiel
Titel: Die generalistische Pflegeausbildung in Modulen

Verlag: Mabuse-Verlag, 2013
 239 Seiten
 ISBN: 978-3-86321-150-9
 Preis: 39,95 Euro



>> Vor dem Hintergrund der anstehenden Pflegeausbildungsreform ist dieser Titel ein wertvolles Kompendium, in das Thema generalistische Pflegeausbildung einzutauchen. Dabei haben Cornelia Kühn-Hempe, ausgebildete Krankenschwester und Diplom-Berufspädagogin, M.A., sowie Volker Thiel, Gesundheits- und Krankenpfleger und Diplom-Pflegewissenschaftler (FH), M.A., den Fokus auf berufspädagogische Überlegungen gerichtet.

Die Autoren halten eine Zusammenführung des in den letzten Jahren erprobten Modularisierungskonzeptes in der Pflegebildung mit der generalistischen Pflegeausbildung für sinnvoll. Nicht zu vernachlässigen sei dabei eine Harmonisierung im europäischen Kontext, der eine Orientierung am europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) notwendig mache. Denn die Vergleichbarkeit der Lernergebnisse stellt den Autoren zufolge eine Herausforderung dar.

So wird denn auch eine Synopse der Pflegeausbildungen in Deutschland, Österreich, Großbritannien und den Niederlanden vorgenommen, die deutliche Unterschiede zutage treten lässt. Vor allem die Qualifizierungsniveaus differenzieren enorm. Betrachtet man den Status quo in Deutschland so machen Kühn-Hempe und Thiel einen Mangel an der transparenten Zuordnung von Qualifikationsvarianten im Bildungssystem und Positionen im Beschäftigungssystem aus.

Erfolgreiche Modellprojekte zur Generalisierung im sekundären und tertiären Bereich tragen zu der Autoren-Empfehlung eines einheitlichen Berufsabschlusses bei, dessen zentraler Erfolgsfaktor in einem gemeinsamen Curriculum verortet wird. Kern des konzeptionellen Teils ist schließlich eine modulare Curriculumstruktur, die Handlungskompetenzen definiert und mit ausführlichen Kommentaren versehen ist. Die Autoren präsentieren die Konzeption einer modularisierten generalistischen beruflichen Pflegeausbildung, die als Grundlage für die schulinterne Curriculumentwicklung dienen will. <<

>> Innerhalb von zwei Jahren ist die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland um 8,9 Prozent gestiegen. Insgesamt gab es im Dezember 2015 knapp 2,9 Millionen Pflegebedürftige in der Bundesrepublik. Diese Zahlen veröffentlichte das Statistische Bundesamt am 16. Januar in der „Pflegestatistik 2015“. Fast drei Viertel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Im Jahr 2015 kümmerten sich Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste um 73 Prozent der Betroffenen.

Die Hilfe und Pflege in den eigenen vier Wänden, Einbau von Notruf- und anderer Technikerunterstützung sowie Barrierefreiheit, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Wohnung, wer-

„Der Gründungsprozess der Landespflegekammer RLP“

Hrsg.: Edith Kellnhäuser
Titel: Der Gründungsprozess der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

Verlag: Schlütersche, 2016
 72 Seiten
 ISBN: 978-3-89993-380-2
 Preis: 19,95 Euro



>> Rheinland-Pfalz hat Pionierarbeit geleistet. Die Errichtung der ersten Pflegekammer kann Beispiel für weitere Länder sein und so hat Edith Kellnhäuser, gelernte Krankenschwester und von 1992 bis 1999 als Professorin für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule Mainz tätig, als Mitglied des Gründungsausschusses sowie der Vertreterversammlung einen „Leitfaden“ verfasst.

Dabei macht die Autorin vor dem Hintergrund der großen Bedeutung der pflegerischen Versorgung für die Bevölkerung den Stellenwert des Selbstverwaltungsorgans Pflegekammer deutlich. Nicht

mehr berufsfremde Politiker entscheiden nunmehr über den Berufsstand Pflege, sondern die pflegerischen Berufsexperten sind daran beteiligt. Damit sollen nun u.a. Lizenzierung sowie Registrierung zukünftig von der Kammer übernommen werden. Ausgehend von der Gründung eines Fördervereins über die Novellierung des Heilberufgesetzes bis hin zur ersten Vertreterversammlung, mit der die Pflegekammer eröffnet wurde, sind alle Etappen aufgezeichnet. Dabei benennt Kellnhäuser auch Hürden, wie die Klage des Arbeitgeberverbandes, oder internen Gegenwind. Wie man damit umgehen kann, ist hier zu lesen. <<

Veranstaltung: „AAL, Smart Home & Mobility“

den für die Mehrheit der Seniorinnen und Senioren, aber auch Best Ager immer wichtiger. Vor diesem Hintergrund veranstaltet inspirato Konferenzen in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitstelematik – Forum für eHealth und Ambient Assisted Living (DGG) e.V. die Konferenz „AAL, Smart Home & Mobility“.

Die eintägige Fachveranstaltung beschäftigt sich am 16. März 2017 in Köln mit den aktuellsten

Trends und Technologien für mehr Sicherheit und Komfort im Alter und stellt diese interaktiven und facettenreichen Themen wie demografischer Wandel und Digitalisierung als Treiber, intelligentes und altersgerechtes Wohnen zu Hause oder assistierte Pflege von morgen.

Nähere Infos zur Konferenz unter: www.inspirato.de/aal-2017. <<



Jacqueline Rixe M.Sc.

Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr

Prof. Dr. rer. medic. Michael Schulz

Konsequenzen der Akademisierung in der Pflege

„Pflege braucht Akademisierung“ hieß der Titel eines Artikels in der Ausgabe 4/2015 dieser Fachzeitschrift. Dort wurde der Status quo der pflegerischen Akademisierung in Deutschland durch Pflegeexpertinnen und -experten (Prof. C. Kurscheid, Prof. F. Weidner und Prof. D. Schaeffer) eingeschätzt und ein Überblick über die aktuelle Akademisierungslandschaft gegeben. Ebenso wurde in diesem Artikel deutlich formuliert, dass neben Bachelorstudiengängen auch Masterstudiengänge der Advanced Nursing Practice angeboten werden müssen, um auf internationaler Ebene anschlussfähig zu werden. Auch der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) fordert in einem Positionspapier hochschulische Bachelorprogramme und Masterstudiengänge, weil eine professionelle Pflege „ohne Wissenschaft und Forschung nicht mehr denkbar“ ist (DBfK, 2015, S. 1). Während im internationalen Vergleich aus (berufs-) politischer Perspektive die Anschlussfähigkeit sicherlich eine positive Konsequenz der Akademisierung darstellt, sollte auch die Sicht der Pflegenden in der Pflegepraxis, die nicht nur mit Wohlwollen einhergeht, berücksichtigt werden.

>> Um die aktuellen Entwicklungen in Richtung Akademisierung in der Pflege verstehen zu können, lohnt es sich, im internationalen Vergleich auch einen Blick auf den geschichtlichen Verlauf der Pflegequalifikation in Deutschland zu werfen. Betrachtet man die Entwicklung der pflegerischen Profession in Deutschland und vergleicht diese mit anderen Ländern, kommt man zu dem Ergebnis, dass Deutschland nicht nur in der Gegenwart, sondern auch schon in der Vergangenheit einen Sonderweg eingeschlagen hat (nachzulesen z.B. bei Hofmann, 2012, Moses, 2015 und Steppe, 2000). Dieser begann Anfang des 19. Jahrhunderts mit der Verberuflichung der Pflege, die eng an christliche Werte, Aufopferung und Selbstlosigkeit gebunden war. Die vermutlich daraus resultierende berufliche Bescheidenheit hat sich im weiteren geschichtlichen Verlauf nicht nur maßgeblich auf das berufliche Selbstverständnis, sondern auch auf die weitere Professionalisierung ausgewirkt. Erst am Anfang des 20. Jahrhunderts wurde von Agnes Karll die Emanzipation in der Pflege erstmals explizit gefördert und die erste Berufsorganisation der freien Schwestern gegründet. Die Kriegszeit führte jedoch zu einer Zersplitterung der Berufsverbände, die die Pflegepraxis und die Professionalisierung bis zum heutigen Zeitpunkt nachhaltig prägt. In anderen europäischen Staaten, der USA und Australien hingegen wurde die Professionalisierung durch einfluss-

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird die Akademisierung der Pflege im Hinblick auf ihre Geschichte, ihre Entwicklung und ihre Konsequenzen beleuchtet. Hierbei wird nicht nur die Anschlussfähigkeit als positive und politisch gewollte Konsequenz beschrieben, sondern auch die Folgen für die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit diskutiert. So ist der aus der Akademisierung resultierende Skill- und Grade-Mix nicht ausschließlich mit Wohlwollen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbunden, sondern geht auch mit gefühlter Entwertung, Unsicherheit, Angst und Neid einher. Im Sinne einer weitsichtigen Organisationsentwicklung kommt der Ebene des Pflegemanagements die besondere Verantwortung zu, den Skill- und Grade-Mix zu lenken, Konkurrenzgefühlen entgegen zu wirken und Unterschiedlichkeiten zu fördern. Nur eine umsichtige Begleitung der Qualifikationsmischung kann bewirken, dass vorhandenes Potential bestmöglich zum Patientennutzen genutzt und dadurch die Versorgung der Patientinnen und Patienten optimiert wird.

Schlüsselwörter

Pflege, Gesundheitsversorgung, Akademisierung

reiche Berufsverbände und Hochschulbildung nachhaltig gestärkt.

Der deutsche Sonderweg in der Gegenwart

Aktuell unterscheidet sich die deutsche Pflegeausbildung deutlich von Ausbildungen anderer Länder (detailliert nachzulesen bei Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF, 2014 und Hofmann, 2012). So gibt es nur in Deutschland getrennte Ausbildungsgänge für Kinder-, allgemeine Kranken- und Altenpflege, die durch unterschiedliche Curricula, Gesetze und Finanzierungssysteme bestimmt werden. Dadurch entstehen nicht nur unterschiedliche Vertiefungsrichtungen wie in Großbritannien, sondern drei unterschiedliche Berufe. Mit nur zehn Schuljahren liegt die deutsche Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zwei Jahre unter dem europäischen Durchschnitt. Aber nicht nur im Vergleich mit anderen Ländern hat die pflegerische Ausbildung einen Sonderweg eingeschlagen. Auch im direkten Vergleich mit bestehenden Systemen in der deutschen Ausbildungslandschaft kommt der Pflegeausbildung eine Sonderposition zu. So ist sie aufgrund ihrer gesetzlich geregelten Organisation weder als duale Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz noch als eindeutige Berufsfachausbildung zu betrachten (Moses, 2015).

Der deutsche Sonderweg in der Zukunft: Generalistik und Spezialisierung

Die aktuelle, noch bestehende Dreiteilung der pflegerischen Berufe wird voraussichtlich in den nächsten Jahren durch die generalistische Ausbildung abgelöst werden, in der eine gemeinsame theoretische Ausbildung erfolgt und eine Schwerpunktsetzung z.B. auf Kinder und Jugendliche in der praktischen Ausbildungshase vorgenommen werden kann. Dies wird von Pflegeexpertinnen und -experten jedoch nicht nur begrüßt, sondern auch kritisch gesehen (BMBF, 2014). Die logische Konsequenz der Generalistik ist die weiterführende Spezialisierung, um den spezifischen Anforderungen im Praxisfeld besser gerecht werden zu können. Diese könnte durch Einarbeitungskon-

zepte, Fortbildungen und weiterführende Akademisierung erfolgen. So kann beispielsweise an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld seit 2011 durch ein Bachelorstudium Psychiatrische Pflege, seit Oktober 2016 darüber hinaus auch durch ein Masterstudium (Community Mental Health) eine Spezialisierung vorgenommen werden.

Die Akademisierung in der Pflege

Geschichte der Akademisierung in der Pflege und Status quo

Rückblickend lässt sich feststellen, dass die Robert Bosch Stiftung in der Vergangenheit mehrere Grundsteine für die Professionalisierung und Akademisierung in der Pflege gelegt hat (z.B. Denkschrift „Pflege braucht Eliten“, 1992). Zeitlich zur Denkschrift nur leicht verzögert (1993), wurde der Akademisierungsmotor auch durch die Madrider Resolution, die durch die International Council of Nurses beschlossen und u.a. durch die DBfK unterstützt wurde, angekurbelt. Die Resolution rief zu einem Ausbau der Forschungsaktivität in der Pflege auf. Als Folge wurden bis 1996 insgesamt 35 Studiengänge für Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepädagogik aufgebaut und in einem längeren Prozess in die damals bestehende Hochschullandschaft integriert (Moses, 2015). Im weiteren Verlauf wurden durch europarechtliche Bestimmungen -insbesondere die Bologna-Reform (1999) und den Kopenhagen-Prozess (2002)- gestufte Studiengänge entwickelt. In diesem Zuge wurde berufspolitisch auch der Auf- und Ausbau von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen gefordert. Studiengänge, die Pflegeausbildung und Pflegestudium integrieren oder kombinieren, ermöglichen aktuell gleichzeitig den Erwerb eines Berufsabschlusses nach den Ausbildungsgesetzen der Pflegeberufe und einen berufsbezogenen Bachelor-Abschluss (Deutscher Pflegerat (DPR) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), 2015). Auch weiterhin wird die Akademisierung der Pflegeausbildung als zwingend erforderlich erachtet (DBfK, 2015). Vom Wissenschaftsrat (WR) wurde 2012 empfohlen, „das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege- und der Therapieberufe sowie der Geburtshilfe tätige Personal künftig an Hochschulen auszubilden“ (WR, 2012: 78). Der weitere Ausbau einer grundständigen Akademisierung könnte den Professionalisierungsprozess in der Pflege mittelfristig deutlich vorantreiben.

Gründe für die Akademisierung

Neben der oben aufgeführten politisch geforderten Angleichung des europäischen Hochschulraums wird der Akademisierungsprozess auch inhaltlich begründet. Laut Krankenpflegegesetz § 4 ist es schon lange obligat, sich durch Fortbildungen auch nach der Ausbildung auf dem neuesten Stand der Entwicklungen und Erkenntnisse zu halten. Seit der zunehmenden Professionalisierung der Pflege in den letzten 20 Jahren beinhaltet dieser aktuelle Stand nun auch vermehrt Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung. Diese sollen in Form einer evidenzbasierten Pflegepraxis in der Arbeit mit dem Patienten eingesetzt werden und die Versorgungsqualität optimieren (DBfK, 2014). Eine akademische Ausbildung stellt dafür bei zunehmender Pflegebedürftigkeit und Komplexität von Versorgungssituationen eine elementare Voraussetzung dar. Der Zusammenhang

zwischen Versorgungsqualität und hochschulischer Qualifizierung wird auch durch Studien belegt (z.B. Aiken et al., 2014). Als ein Ergebnis wird durch die Studie belegt, dass sich die hochschulische Qualifikation von Pflegenden positiv auf die Sterberate in Kliniken auswirkt. Dies unterstreicht die Wichtigkeit der Empfehlung des Wissenschaftsrats, die Akademisierung der Pflege auf bis zu 20 Prozent anzustreben.

Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen

Während in den ersten Jahren der pflegerischen Akademisierung die Studiengänge Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Pflegewissenschaft als Karrieremöglichkeit aus der direkten Versorgung hinaus führten, verfolgen die neueren Pflegestudiengänge durchaus das Ziel, die Qualifikation z.B. durch eine „bettseitige Fallsteuerung“ (DPR & DGP, 2015: 3) nicht „vom Bett weg“ (Gerst, 2013), sondern versorgungsnah einzusetzen. Das Bett als Indikator ist metaphorisch zu verstehen, da dieses Bild die Patientennähe symbolisiert. Dies entspricht auch der Empfehlung des Deutschen Pflegerats (DPR) und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP). So wurde empfohlen, welche Arbeitsfelder akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen in ambulanten oder stationären Settings im Unterschied zu berufsfachschulisch qualifizierten besetzen und welche konkreten Aufgaben für Bachelor-Absolventinnen und -Absolventen übernehmen sollen. Im Wesentlichen lassen sich diese inhaltlich in die Bereiche Begutachtung, Beratung, Entwicklung, Steuerung und Implementierung evidenzbasierter Interventionen einbetten. Ziel dabei ist, die Versorgungsqualität zu verbessern. Um innerbetriebliche Transferstrukturen zur Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu ermöglichen, wird dem Management in der Empfehlung eine besondere Verantwortung zur Organisationsentwicklung zugesprochen. Darüber hinaus wird in einer Stellungnahme der DGP und des DPR zur hochschulischen Pflegebildung beschrieben, dass sich die Abgrenzung zwischen Bachelor- und Masterniveau „an der Komplexität, dem Grad der Verantwortungsübernahme bzw. der Selbständigkeit im Entscheidungs- und Handlungsspielraum sowie der Kenntnis der wissenschaftlichen Methoden“ (DGP & DGP, 2014: 4) orientiert.

Konsequenzen der Akademisierung in der Pflege

Die Akademisierung in der Pflege wird nicht nur zukünftig die Versorgungslandschaft prägen, sondern hat bereits in der Gegenwart Veränderungen hervorgerufen. So sind kritisches Denken, klinische Entscheidungsfindung und Fallverantwortung als Resultat der Akademisierung punktuell schon zu beobachten. Darüber hinaus sind für die Verlagerung von Erstausbildungen in den tertiären Bildungssektor und die weitere Professionalisierung der Pflege bereits Grundsteine gelegt, auf denen schon heute aufgebaut wird. Dies ist zwangsläufig auch für das Miteinander in Versorgungsteams mit Konsequenzen verbunden.

„Wir sind (nicht mehr) alle gleich“ oder die Diversität in der Pflege

Zwar sollen im Sinne der Diversitätsbewegung vorhandene Potentiale bzw. Humanressourcen in Betrieben individuell gefördert

werden, die Förderung von Unterschiedlichkeit ist jedoch auch mit Unsicherheit und Ängsten verbunden (BMBF, 2014). Laut DPR & DFG (2015) kann die Implementierung von Bachelor-Absolventinnen und -Absolventen in Pflege-Teams Widerstände hervorrufen, mit Konkurrenzempfinden und Neid der Kolleginnen und Kollegen einhergehen. Ebenso ist vorstellbar, dass die akademisierten Pflegefachpersonen Schwierigkeiten haben, ihre Rolle zu finden und sich als Reaktion auf die potentiellen Widerstände ausgegrenzt fühlen. Diese realen oder potentiellen Entwertungen können als Gefahr für das Scheitern der Akademisierung gesehen oder als normaler und zu gestaltender Wandlungsprozess verstanden werden. Um diese Begleiterscheinungen in konstruktive Bahnen zu lenken, bedarf es Steuerung und Lenkung durch die Führungsebene im Sinne eines Diversity-Managements. Hier ist es von besonderer Bedeutung, ob das Pflege-Management die akademisierten Fachexperten als Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Institution und des Faches oder als Bedrohung der eigenen Macht sieht. Dieses verfolgt neben dem Fokus auf die Unterschiedlichkeiten und die Individualität einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch die Stärkung der Gemeinsamkeiten, um einen Zusammenhalt im Team zu ermöglichen (Mallich & Gutiérrez-Lobos, 2011). Eine Strategie für das synergetische Miteinander könnte es darstellen, zunächst alle Erwartungen und Befürchtungen klar zu formulieren, offen zu diskutieren und Absprachen miteinander zu treffen. Der Einsatz von akademisierten Pflegekräften muss laut DPR & DFG (2015) von einem „Wandel der Einstellungen“ begleitet werden, der es zulässt, „die zunehmende wissenschaftliche Basierung von Pflege als Ressource für alle Qualitätsdimensionen im Unternehmen“ zu verstehen (ebd.: 12).

„Wir lernen (nicht mehr) alle das Gleiche“ der Grade-Mix in der Pflege

Wie oben beschrieben führen grundständige Studiengänge nicht mehr wie anfangs das Studium der Pflegeforschung, -pädagogik und -management aus der Patientenversorgung heraus, sondern die Qualifikation bleibt der Patientenversorgung erhalten. Dies bringt eine neue Herausforderung mit sich, der Teams mittlerweile gegenüberstehen: der Grade-Mix. Dieser führt nicht automatisch zu synergetischen Effekten, sondern sorgt auch für „Kompetenzgerangel und Qualifikationswirrwarr“ (DPR & DFG, 2015: 12), teilweise mangelt

es an Verständnis für den höheren Qualifikationsbedarf. Das BMBF (2014) spricht sogar davon, dass sich Studierende im Praxisfeld überfordert, abgewertet und diskriminiert fühlen. Auch hier empfiehlt es sich, Vorteile und Vorbehalte der Akademisierung offen anzusprechen und miteinander zu diskutieren. So hat sich durch die Akademisierung beispielsweise die interdisziplinäre Kommunikation und somit auch die multiprofessionelle Zusammenarbeit verbessert (BMBF, 2014), von der alle Beteiligten profitieren können. Auch lässt die Mischung Karrieremodelle im direkten Patientenkontakt zu, die den Pflegeberuf hoffentlich auch für junge Pflegenden wieder attraktiver gestaltet und das Abwandern verhindert (DBfK, 2013). Ein Resultat der Qualifikationsmischung, die von weniger qualifizierten Pflegekräften auch kritisch betrachtet wird, besteht darin, dass nicht mehr alle Pflegenden das Gleiche verdienen (werden). Unter Berücksichtigung der Qualifikation ist eine leistungsbezogene Vergütung für die akademischen Pflegekräfte tariflich zwar weiterhin schwierig, aber zukünftig mehr als nur wünschens- und erstrebenswert (Mallich & Gutiérrez-Lobos, 2011). Allerdings bietet eine ungleiche Vergütung weiteres Potential für Neid und Konkurrenz in den Pflegeteams. Auch hier ist insbesondere die Leitungsebene gefragt, nicht nur die höher qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wertzuschätzen, sondern auch die Qualifikation der nicht akademisch ausgebildeten Pflegenden anzuerkennen. Durch eine enge Begleitung bei der Teamfindung kann die Leitungsebene es schaffen, vorhandenes Potential optimal zu nutzen und den Grade-Mix in der Versorgung zielgerichtet einzusetzen.

„Wir tun (nicht mehr) alle das Gleiche“ oder der Skill-Mix in der Pflege

Aktuell ist nicht nur eine Erweiterung der pflegerischen Handlungsfelder im Rahmen einer horizontalen Differenzierung zu beobachten, sondern durch die Akademisierung und Spezialisierung auch eine vertikale Differenzierung, in der Tätigkeiten neu zugeordnet werden (DBfK, 2013). So entstehen neue Handlungsfelder, die laut BMBF (2014) noch stärker ausdifferenziert werden sollten und Pflegenden größere Handlungsautonomie zusprechen. Die Akademisierung in der Pflege spiegelt sich somit nicht nur in der Qualifikation, sondern auch im Tun bzw. den vorhandenen Fertigkeiten (Schulz et al., 2008). Dieser Skill-Mix kann wie der Grade-Mix zu

Literatur

- Aiken, L.H. et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383, 1824-1830.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. In: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.395816.de/12-13-3.pdf (zugegriffen am 12.02.2016)
- DBfK (2015). Positionspapier. Weiterentwicklung primärqualifizierender Pflegestudiengänge in Deutschland. In: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ADS-DBfK-position_weiterentwicklung_pflgestudiengaenge_2015.pdf (abgerufen am 12.02.2016)
- DBfK (2013). *Advanced Nursing practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung* (3., überarbeitete Auflage). Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. – Bundesverband.
- Deutscher Pflegerat (DPR) und Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) (2015). Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. In: <http://www.deutscher-pflegerat.de/pflegerberuf/fachinformationen.php> (abgerufen am 12.02.2016)
- Gerst, T. (2013) Akademisierung von Gesundheitsberufen: Keine Akademisierung weg vom Bett. In: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/147285/Akademisierung-der-Gesundheitsfachberufe-Keine-Qualifizierung-vom-Bett-weg> (abgerufen am 18.02.2016)
- Hofmann, I. (2012). Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und heutige Konfliktsituationen. *Bundesgesundheitsblatt*, 55: 1161-1167.
- Mallich, K., & Gutiérrez-Lobos, K. (2011). Mehr Chancen durch Vielfalt!: Diversity in der Personalentwicklung. *Facultas*.
- Moses, S. (2015). Die Akademisierung der Pflege in Deutschland. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Schulz, M., Dorgerloh, S., & Löhr, M. (2008). Implementierung einer wirksamen Pflegepraxis-. *Pflege & Gesellschaft*, 13(2), 119-130.
- Steppe, H. (2000). Das Selbstverständnis der Krankenpflege in ihrer historischen Entwicklung. *Pflege*, 13: 77-83.
- Wissenschaftsrat (WR) (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. In: http://www.wissenschaftsrat.de/presse/veranstaltungen/gesundheitsberufe_der_zukunft_perspektiven_der_akademisierung.html (abgerufen am 28.02.2016)

Herausforderungen in der Zusammenarbeit führen und bedarf ebenso einer Begleitung durch die Führungsebene wie der Grade-Mix. DPR & DGP (2015) empfehlen, die Kompetenzen und Aufgaben im Sinne des Skill-Mix klar zu definieren, aus der Pflegedirektion hinaus die Aufgabenverteilung in der Berufsgruppe der Pflegenden festzulegen und diese transparent zu gestalten. Zwar kann diese Klarheit auch Neid hervorrufen, unklare Erwartungen an die studierten Pflegenden können jedoch durch die klare Aufgabenverteilung angepasst werden, wodurch Konfliktpotential reduziert wird. Ein weiterer Vorteil kann durch die Überprüfung von bisherigen Routinetätigkeiten durch die Bachelorabsolventinnen und Bachelorabsolventen entstehen. Da durch die Überprüfung unbegründete, nicht-reflektierte Aufgaben wegfallen können, wirkt sich dies auch positiv auf alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus. Darüber hinaus zeigt die Praxis, dass auch ohne „offiziellen Skill-Mix“ durch akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen nicht alle Pflegenden das Gleiche getan haben oder tun und sie ihren Verantwortungsbereich sehr unterschiedlich füllen.

Resümee

Auf dem Weg in die weitere Professionalisierung führt die Akademisierung der Pflege nicht mehr aus der Versorgung hinaus, sondern neuerdings z.B. durch grundständige Pflegestudiengänge in die Versorgungsoptimierung hinein. Diese Übergangszeit gestaltet sich für alle Beteiligten als schwierig, weil es neue Herausforderungen im Miteinander zu meistern gilt. Der aktuell entstehende Skill- und Grade-Mix bietet viel Potential, kann aber auch Frustration, Machtkämpfe, Spannungen und Konflikte verursachen. Die Herstellung und

Consequences of academicization in nursing

This article focuses on historical aspects of the nursing academization-process in Germany. The political will to transfer parts of the nursing profession into academic structures has an impact on interdisciplinary work, e.g. with physicians. But apart from positive consequences these changes can also lead to emotions of uncertainty, envy and anxiety. In view of those cultural changes nursing management is asked to take a leading role in driving that organisational change to prevent aberrations and deal with competition feelings. Only a good change management will lead to a useful skill and grade mix which enables optimization of care.

Keywords

nursing academization-process, change management

Förderung von Diversität, ohne Begleitung und Unterstützung des Managements, kann zu Entwertungen innerhalb und außerhalb der Berufsgruppe führen. Um das Miteinander konstruktiv zu gestalten und vorhandenes Potential in der Patientenversorgung optimal zu nutzen, bedarf es einer gezielten Projekt- bzw. Prozess-Begleitung durch die Führungsebene. Inhalte des Diversity-Managements und des Projekt-Managements sind hierfür klar indiziert. <<

Autorenerklärung

Jacqueline Rixe, Michael Löhr und Michael Schulz sind an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld tätig. Der Beitrag entstand im Rahmen ihrer Tätigkeit dort. Michael Löhr und Michael Schulz erhielten Vortragshonorare des Unternehmens Janssen Cilag.

Jacqueline Rixe M.Sc.

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld und Leiterin der AG Pflegeforschung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Ev. Krankenhauses Bielefeld (EvKB). Nach dem Bachelorstudium Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie hat sie an der Universität Halle-Wittenberg das Masterstudium in Gesundheits- und Pflegewissenschaften absolviert. Kontakt: Jacqueline.Rixe@fhdd.de



Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr

ist Lehrstuhlinhaber für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Versorgungsforschung und Interventionsforschung. Er ist Autor zahlreicher Publikationen.

Kontakt: michael.loehr@fhdd.de



Prof. Dr. rer. medic. habil. Michael Schulz

ist Lehrstuhlinhaber für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Interventionsforschung und Recovery. Er ist Autor zahlreicher Publikationen.

Kontakt: michael.schulz@fhdd.de



Ralph Läger, MBA¹
Dr. med. Jürgen Fröhlich
Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

Pflege als Element der Integrierten Versorgung

Entwicklungsvorschläge des BMC e. V.

Kaum ein Thema bewegt die gesundheitspolitische Szene derzeit so sehr wie der Innovationsfonds. Auch die Integrierte Versorgung (IV) erhält in diesem Zuge nach Jahren der Stagnation wieder mehr Aufwind, denn die Rechtsgrundlage für die geförderten Projekte werden Selektivverträge nach § 140a SGB V sein. Doch wo verortet sich eigentlich der große Bereich der Pflege in diesem Szenario? Einerseits bezieht sich der Innovationsfonds als Teil des Versorgungstärkungsgesetzes auf den Geltungsbereich des SGB V. Andererseits wurde auf mehreren Veranstaltungen betont, dass der Innovationsfonds über den Horizont des Fünften Sozialgesetzbuches hinausblicken müsse, wenn er wirklich innovativ sein will. Zu dieser Ansicht bekannte sich nicht zuletzt der unparteiische G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken, der auch dem Innovationsausschuss vorsitzt.²

>> Betrachtet man die Herausforderungen, vor denen das Gesundheitssystem derzeit steht – demografischer Wandel, Zunahme multimorbider Krankheitsbilder, Sicherstellungsprobleme in ländlichen Regionen – sind Innovationen, die eine bessere Verzahnung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen ausklammern, kaum mehr vorstellbar. Gleichwohl ist zu konstatieren: Bereits seit 2007 ist es für Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b SGB XI möglich, sich an integrierten Versorgungsverträgen nach § 140b SGB V a. F. (jetzt § 140a SGB V) zu beteiligen. Diese Möglichkeiten wurden jedoch nur in verschwindend geringem Maße genutzt. Es stellt sich also die Frage, wo die Ursachen dafür liegen, dass der gesetzliche Rahmen nicht ausgeschöpft wurde. – Und im zweiten Schritt: Welche Anpassungen sind nötig, damit Pflegeeinrichtungen sich zukünftig stärker als Partner für Selektivverträge ins

1. Stellvertretend auch für die weiteren Mitglieder der Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“ des BMC 2010-2015: Dr. Christoph Bischoff-Everding, Antje Frischmann, Christine Giewald, Gunhild Leppin, Thomas Nöllen, PD Dr. Dr. Mathias Rauchhaus, Ulf Werner, Prof. Dr. Thomas Zahn.
2: Hecken äußerte diese Ansicht u. a. beim BMC-Diskussionsforum „Wo stehen wir mit dem Innovationsfonds?“ am 14.03.2016 in der Konrad-Adenauer-Stiftung in Berlin.

Zusammenfassung

Obwohl bereits seit 2007 die rechtliche Grundlage besteht, dass Pflegeeinrichtungen sich an Integrierten Versorgungsverträgen beteiligen können, wird diese Möglichkeit bisher kaum genutzt. Wo liegen die Ursachen dafür und welche Anpassungen sind nötig, damit Pflegeeinrichtungen sich stärker in IV-Verträge einbringen bzw. als Partner für IV-Verträge wahrgenommen werden? Diesen Fragen ist die Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“ im Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) in einem mehrmonatigen Diskussionsprozess nachgegangen. Zudem entwickelte sie Reformvorschläge für die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte und die Verzahnung von Beratungsleistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Schlüsselwörter

Schlüsselwörter: Integrierte Versorgung, Pflegestärkungsgesetz II, Pflegestützpunkte, Pflegeberatung

Gespräch bringen und eine angemessene Wahrnehmung erfahren?

Diesen Fragen ist die interdisziplinäre Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“ im Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) nachgegangen. Sie hat limitierende Faktoren für die Integrierte Versorgung in der Pflege analysiert und Reformvorschläge für das Pflegestärkungsgesetz II erarbeitet.

Limitierende Faktoren für die IV in der Pflege

Eine Kernproblematik bei der verstärkten Einbeziehung der Pflege in die Integrierte Versorgung besteht darin, dass aufgrund von mangelnder Größe und ungenügender Marktdurchdringung keine wirklich vergleichbaren oder vernetzten pflegerischen Strukturen existieren, sofern es keine Bündelung über die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer gibt. Durch die Zersplitterung des Pflegesektors wären zu viele Verträge nötig, um eine nennenswerte Patientenzahl im Rahmen der Integrierten Versorgung zu erreichen, da die Einrichtungen zumeist nur ca. 40 bis 60 Patienten betreuen. Zusätzlich konzentrieren viele Krankenkassen mit kleinen Versicherungszahlen regional nicht genügend Fälle für eine wirksame und effiziente Form der Integrierten Versorgung. Da in den meisten Pflegeheimen Bewohner mit verschiedenen Kassenzugehörigkeiten leben, ist es schwierig, in einem Heim einen einheitlichen Integrierten Versorgungsvertrag zur Anwendung zu bringen.

Das Phänomen der „Trittbrettfahrerkassen“ erschwert die Situation zusätzlich. Damit ein Heim einen Prozess der Integrierten Versorgung überhaupt wirtschaftlich betreiben könnte, müsste in aller Regel ein Großteil der Einrichtung dem entsprechenden Prozess unterworfen werden. Damit kämen bestimmte Krankenkassen vertragsfrei und zusatzkostenfrei an die verbesserten Leistungen. Dies fördert nicht die Motivation der Heime für Aufwendungen im Rahmen der Integrierten Versorgung.

Ein weiteres Hindernis besteht darin, dass mit der Umsetzung Integrierter Versorgungsverträge für die Pflegedienste zusätzliche organisatorische und bürokratische Aufwendungen einhergehen. Die dafür notwendigen Ressourcen werden oft von Kranken- und Pflegekassen nicht in dem notwendigen Umfang in der Vertragsgestaltung zur Verfügung gestellt.

Die Vorgabe in § 92b Abs. 2 Satz 3 SGB XI, wonach in den Pflege-

vergütungen keine Aufwendungen berücksichtigt werden dürfen, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen, erschwert die Abstimmung der Vergütung für einen Integrierten Versorgungsvertrag unter Einbeziehung der Pflege.

Prinzipiell wird die Integrierte Versorgung als Wettbewerbsinstrument für die Kassen verstanden. Die vertiefte Auseinandersetzung mit der Frage, wie sich IV besser im Pflegebereich etablieren ließe, führte jedoch u. a. zu der Erkenntnis, dass ein Wettbewerb der Pflegekassen nicht zielführend ist. Abgesehen von den bereits genannten Argumenten sind Pflegebedürftige aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung auch vielfach nicht in der Lage, die unterschiedlichen Angebote der Krankenkassen zu vergleichen und ggf. einen Kassenwechsel vorzunehmen. Wettbewerb sollte unter den Leistungserbringern oder zwischen Regionen stattfinden. Dazu wurden den Akteuren aber bisher zu wenige Möglichkeiten gegeben. Aus Sicht der Projektgruppe wäre es sinnvoll, einen fokussierten Suchprozess für integrative Lösungen in der Pflege über die Sektorengrenzen hinaus zu initiieren. Dazu müssten Rahmenbedingungen geschaffen und zweckgebundene Mittel zur Verfügung gestellt werden. Das Konzept des GKV-Innovationsfonds könnte diesbezüglich eine gute Struktur auch für den Pflegebereich darstellen, deshalb sollten auch die Pflegeeinrichtungen in den Innovationsfonds mit einbezogen werden.

Gleichzeitig bleibt aktuell die Notwendigkeit bestehen, soziale, pflegerische und medizinische Angebote besser zu verzahnen und zu koordinieren. In der ersten Förderbekanntmachung des Innovationsfonds finden sich diesbezüglich bereits zwei geförderte Projekte für Pflegebedürftige, was optimistisch stimmt für die weiteren Förderperioden. Auch spielen für die Verzahnung die Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI (§ 92c SGB XI a. F.) eine wichtige Rolle.

Lotsenfunktion der Pflegestützpunkte stärken

Zahlreiche Evaluationen auf Landesebene zeigen, dass die Pflegestützpunkte (PSP) einen wichtigen Beitrag zur Schließung von Versorgungs- und Beratungslücken leisten (vgl. u. a. Michell-Auli et al. 2010, GKV-SV 2011, MASGF Brandenburg 2011, ZeS 2012). Allerdings wird darin auch konstatiert, dass das Potenzial für eine umfassende Information und die bessere Steuerung von Patienten und Angehörigen vielfach noch nicht ausgeschöpft ist.

Eine wesentliche Erschwernis besteht im Neutralitätsgebot der Pflegekassen, denen es als Körperschaften des öffentlichen Rechts und Träger der Pflegestützpunkte nicht gestattet ist, Leistungen regionaler Versorgungsketten zu vermitteln. Eine Herausforderung liegt zudem in der häufig ausbaufähigen Zusammenarbeit mit den örtlichen Trägern der Sozialhilfe. Die zunehmende Anzahl von Pflegeanbietern erfordert immer mehr Koordinationsaufwand. Die fehlenden Rahmenbedingungen zur Koordination von medizinischen und pflegerischen Leistungen erschweren die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Leistungserbringern und den Pflegestützpunkten.

Weiterhin ist festzuhalten, dass die großen Qualitätsunterschiede zwischen den Pflegestützpunkten auf das Fehlen eines standardisierten Qualitätsmanagements hinsichtlich der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zurückzuführen sind.

In der Gesamtheit hat die umfangreiche Statusanalyse ergeben, dass sowohl die Inanspruchnahme des Leistungsangebotes von Pflegestützpunkten als auch die Qualität der Leistung verbessert werden könnten. Die daraus resultierenden Reformvorschläge wurden von der Projektgruppe in Form eines Empfehlungspapiers dokumentiert und an das Bundesgesundheitsministerium adressiert. Zu berücksichtigen ist gleichwohl, dass die Pflegestützpunkte im Zuständigkeitsbereich der Länder liegen und die vorgeschlagenen Maßnahmen somit auch auf Landesebene eingeleitet werden müssten.

Reformvorschläge der BMC-Projektgruppe „Pflege und IV“

Integrierte Versorgung in der Pflege ist aus Sicht der BMC-Projektgruppe nur unter bestimmten Rahmenbedingungen in umfangreicherem Maße möglich. Dazu zählen zunächst:

- Pflegestrukturen, die nach einheitlichen Standards arbeiten, und
- definierte Qualitätsvorgaben an die Leistungserbringer hinsichtlich Kooperationsleistungen mit den Pflegestützpunkten.

Diese Voraussetzungen sind bestenfalls über einen längeren Zeithorizont realisierbar. Als zeitnah umsetzbare Maßnahmen hat die Projektgruppe insgesamt drei Vorschläge bearbeitet:

1. **Vorschlag zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI a. F.; seit 01.01.2016: § 7c SGB XI)**
2. **Vorschlag für die Einführung von Qualitätskriterien in den Pflegestützpunkten**
3. **Vorschlag für eine verbesserte Inanspruchnahme der Leistungen nach § 45 SGB XI**

1. Vorschlag zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI)

Mit der Einführung von Pflegestützpunkten nach § 7c SGB XI (§ 92c SGB XI a. F.) durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (in Kraft seit 01.01.2008) wurde – wie bereits erwähnt – ein wichtiges Instrument zur Schließung von Versorgungs- und Beratungslücken im Bereich der Pflege geschaffen. Basierend auf der Auswertung zahlreicher Evaluationsberichte über die Pflegestützpunkte ergeben sich aber noch folgende Bedarfe:

- Stärkung der Verbindlichkeit und Möglichkeiten zur Umsetzung der in § 7c Abs. 2 SGB XI aufgeführten Aufgaben (Beratung, Koordination, Vernetzung)
- Sicherung und Schutz des Begriffes „Pflegestützpunkt“, ggf. Erweiterung auf „Koordinierungsstelle Pflege und Senioren“
- Minimierung von Informations- und Abstimmungsverlusten bei der Zusammenarbeit mit den lokalen Trägern der Sozialhilfe (Kommunen)
- Behebung von Informations- und Abstimmungsverlusten bei der Zusammenarbeit mit den lokalen medizinischen Leistungserbringern (Ärztennetze und KVen)
- Optimierung der Strukturen, die in Lokalisation und Umfang noch besser auf die Bedürfnisse der Zielgruppen auszurichten sind, um ein flächendeckendes und wohnortnahes Angebot zu gewährleisten
- Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements bzw. ei-

ner Qualitätssicherung bei der Aufgabenerfüllung (Beratung, Koordination, Vernetzung)

- Qualitätsvorgaben für Leistungserbringer für die Kooperation mit Pflegestützpunkten, z. B. einheitliche Standards für Dokumentation, Häufigkeit und Inhalt strukturierten Austauschs über die gemeinsamen Klienten und verbindliches Rückmeldesystem

Pflegestützpunkte sind wichtige Einrichtungen, um Pflegebedürftige und Angehörige über ihnen zustehende Leistungen, spezielle Pflegeangebote, soziale Dienste etc. zu informieren. Das gesetzlich vorgesehene Leistungsspektrum nach § 7c SGB XI ist umfassend, jedoch wird es bisher nicht flächendeckend umgesetzt. Erforderlich ist eine größere Standardisierung hinsichtlich Beratungsangebot, Qualifizierung des Personals, Qualitätssicherung und Lokalisation, damit die Pflegestützpunkte ihrer Koordinationsfunktion besser gerecht werden können. Diskutiert wurde zudem, wie die Einbindung der Kommunen sowie von ärztlichen Leistungserbringern gewährleistet werden kann.

Die Projektgruppe hat hierzu konkrete Änderungsvorschläge für den Text des § 7c SGB XI (bzw. § 92c SGB XI a. F.) vorgelegt. Außerdem wurden Qualitätskriterien für Pflegestützpunkte erarbeitet, die einerseits ein hohes Maß an Standardisierung sicherstellen und andererseits ausreichend Raum für regionalspezifische Anforderungen lassen.

Pflegestützpunkte sollten als rechtlich selbstständige Einrichtungen agieren, an denen neben den Pflege- und Krankenkassen auch die Träger der Sozialhilfe zu beteiligen sind. Die dadurch mögliche Konsolidierung der personellen und finanziellen Ressourcen sowie der Informationen zu regionalen Pflegeangeboten würde eine deutlich Steigerung der Effizienz der Pflegestützpunkte und eine Stärkung der Pflege vor Ort ermöglichen. Nicht zuletzt wäre dabei auch ein Wettbewerb der Regionen um die beste Versorgung von Senioren nach dem japanischen Modell möglich. Mit der Möglichkeit, auch regionale medizinische Leistungserbringer an diesen Gesellschaften zu beteiligen, würden zusätzlich die Voraussetzungen geschaffen, um den Informationsaustausch zwischen Pflege und Medizin in den Regionen zu optimieren. Die Übernahme der Gründungsaufwände für neue Pflegestützpunkte durch den Pflegestrukturfonds nach dem bereits 2008 praktizierten Modell des § 92 Abs. 5 SGB XI a. F. würde Kommunen und Kassen anreizen, bestehende Strukturen auszubauen und derzeit noch fehlende regionale Strukturen in Regionen mit hohem Pflegebedarf zu schaffen.

Bei der Umstellung der Trägerschaft ist sicherzustellen, dass keine Nachteile für die Beteiligten im Vergleich zur heutigen Finanzierung entstehen, die derzeit vor allem in Form der Bereitstellung von Personal besteht. Die Projektgruppe hat hierzu konkrete Änderungsvorschläge für den Text des § 92c SGB XI a. F. vorgelegt.

Mit der Gesetzesänderung werden folgende Wirkungen erzielt:

- Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte zu Koordinierungsstellen der regionalen pflegerischen, medizinischen und sozialen Versorgung im Sinne des § 7c Abs. 2 SGB XI (§ 92c Abs. 2 SGB XI a. F.)
- Früherkennung von Pflegerisiken
- Weitere Förderung von niedrigschwelligen Maßnahmen
- Längeres Verbleiben der Versicherten in der eigenen Häuslichkeit.

Dies wird dem Grundsatz ambulant vor stationär gerecht.

2. Vorschlag für die Einführung von Qualitätskriterien bei Pflegestützpunkten

Die BMC-Projektgruppe schlägt die Einführung eines standardisierten Qualitätsmanagements vor, um eine höhere Verbindlichkeit der in § 7c Abs. 2 SGB XI aufgeführten Aufgaben (Beratung, Koordination, Vernetzung) zu gewährleisten. Verbindlichkeit könnte durch die Einführung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards entstehen, die die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Pflegestützpunkte definieren. Diese können Kriterien umfassen, die die Kooperationsstrukturen, das Dokumentations- und Kommunikationssystem, die Lokalisation (räumliche Nähe), die Mitarbeiterqualifikation, das Qualitätsmanagementsystem, den Vernetzungsgrad mit anderen Akteuren, die Instrumente zur Kontaktfrequenzmessung, Gesprächsführung, -dokumentation und -evaluation sowie die Nutzerzufriedenheit bewerten. Auf Basis eines solchen standardisierten Qualitätsmanagements können Maßnahmen zur Erzielung eines einheitlich hohen Leistungsniveaus umgesetzt werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Begriff „Pflegestützpunkt“ rechtlich geschützt ist.

Anhand der Tabelle 1 ist zu erkennen, wie die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der PSP definiert werden könnten.

Um die Pflegestützpunkte zu stärken, sollten primär nicht deren Aufgaben nach § 7c Abs. 2 SGB XI (Beratung, Koordination und

Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der PSP		
Struktur-Kriterien	Prozess-Kriterien	Ergebnis-Kriterien
Nachweis eines Qualitätsmanagementsystems	Organisationsorientierte Standards	Nutzerzufriedenheitsmessung
Räumliche Nähe zu den Klienten und Anzahl von Mitarbeitern pro Pflegestützpunkt	Regelmäßige Vernetzungstreffen mit Leistungserbringern oder ihren Verbänden	Beschwerde-management
Einheitliches und modernes Dokumentations- und Kommunikationssystem	Regelmäßiger Austausch der Pflegestützpunkte einer Region oder eines Bundeslands – auf verschiedenen Ebenen, u.a. Mitarbeiter-Ebene	
Qualifikation und Kompetenzen der Mitarbeiter	Patientenorientierte Standards	
Barrierefreiheit	Koordination – Definition des Umfangs (Abstimmung der Versorgungsplanung mit allen Beteiligten, Monitoring)	
Erreichbarkeit	Instrumente zur Gesprächsführung, -dokumentation und -evaluation	

Tab. 1: Vorschlag der BMC-Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“: Qualitätskriterien für Pflegestützpunkte.

Vernetzung) erweitert werden, sondern vielmehr die Qualität der Aufgabenerfüllung durch verbindliche Prozesse und Mindeststrukturanforderungen optimiert werden. Insbesondere die Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben werden nicht optimal wahrgenommen, wie mehrere Evaluationen auf Länderebene zeigen (vgl. MASGF Brandenburg 2011, ZeS 2012). Die in Tabelle 1 genannten Kriterien sind nicht als umfassende Aufzählung zu verstehen und könnten durch weitere Punkte ergänzt werden. Die Konkretisierung sollte jedoch nach Möglichkeit nach bundesweit einheitlichen Kriterien und Methoden erfolgen mit ausreichender regionaler Ausgestaltungsfreiheit, um lokale Besonderheiten zu berücksichtigen. Die Einführung sollte in angemessenen Stufen erfolgen mit dem Ziel, z. B. in fünf Jahren ein Zertifizierungssystem mit externer Auditierung zu implementieren.

3. Vorschlag für eine verbesserte Inanspruchnahme der Leistungen nach § 45 SGB XI

Der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit stellt die Betroffenen und ihre Angehörigen vor eine große Herausforderung. Viele von ihnen wissen zunächst nicht, an wen sie sich wenden können, welche Unterstützungsangebote es gibt und welche Leistungen ihnen zustehen. Dies betrifft auch die Leistungen nach § 45 SGB XI (Pflegekurse und individuelle Schulungen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen). Die Erfahrungen vieler Pflegeleistungsanbieter zeigen, dass diejenigen, die die Kurse und individuellen Schulungen in Anspruch nehmen, diese als sehr hilfreich und entlastend wahrnehmen. Dadurch verbessert sich einerseits die Qualität der Angehörigenpflege, andererseits verbessern sie das Selbstmanagement der Angehörigen, die ansonsten vielfach mit Überforderung und Überlastung zu kämpfen haben. Vor diesem Hintergrund ist es wünschenswert, Angehörige besser über die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Pflegekurse und individuellen Schulungen nach § 45 SGB XI zu informieren. Dies ließe sich im ersten Schritt durch eine Verzahnung der §§ 36, 37 Abs. 3 und 38 SGB XI mit § 45 SGB XI erreichen. Ziel wäre, dass im Zuge der Pflegeberatung verpflichtend auf die Pflegekurse nach § 45 SGB XI hingewiesen wird und die Angehörigen zur Inanspruchnahme der Leistungen motiviert werden. Entsprechende Formulierungsvorschläge wurden dem Ministerium vorgelegt.

Die Leistungen nach § 45 SGB XI sollten dafür mit den

- Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste (§ 36 SGB XI)
- den Kombinationsleistungen (Pflegesachleistungen in Kombination mit Pflegegeld; § 38 SGB XI) und
- dem Beratungsbesuch für Pflegegeldbezieher (§ 37 Abs. 3 SGB XI) verknüpft werden.

Dazu hat die BMC-Projektgruppe folgenden Vorschlag unterbreitet:

• § 36 Abs. 5 (neu) SGB XI

Pflegebedürftige, die häusliche Pflege erhalten, und deren Angehörigen sind im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe nach Absatz 1 auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.

• § 38 Satz 6 (neu) SGB XI

Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen nach Satz 1 in Anspruch nehmen, sind auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.

Folgende Eckpunkte sollten bei einer Verschränkung von § 37 Abs. 3 SGB XI und § 45 SGB XI berücksichtigt werden:

In § 37 SGB XI sollte ein neuer Absatz 3a eingefügt werden. In diesem Absatz sollte festgelegt werden, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI Anspruch auf Leistungen analog von § 45 SGB XI haben. Dabei müssen die Leistungen selbstverständlich nicht zusammen erbracht werden. Wichtig ist, dass im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI die Leistungen nach § 45 SGB XI angesprochen und ausdrücklich angeboten werden.

Die Vergütung für die Pflegepflichteneinsätze in § 37 Abs. 3 SGB XI muss angepasst werden. Derzeit sind im Gesetz für diese Einsätze eine Vergütung von 22 Euro (für Pflegebedürftige in den Pflegestufen I und II) bzw. 32 Euro (für Pflegebedürftige in der Pflegestufe III) vorgesehen. Diese Vergütung ist in keiner Weise angemessen und gefährdet die notwendige Beratung. Nach einem durch den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) beauftragten Gutachten von Prof. Dr. Stefan Görres et al. (2011) ist für eine entsprechende Beratung ein Zeitumfang von einer Stunde anzusetzen. Dementsprechend sollte im Gesetz der Zeitumfang festgelegt werden. Dieser sollte für Pflegebedürftige der Stufen I und II mindestens eine Stunde, für Pflegebedürftige der Stufe III mindestens anderthalb Stunden betragen. Auf dieser Grundlage können Pflegekassen und die Verbände der Pflegedienste die Vergütung in der Form verhandeln, wie es auch für die Sachleistungen üblich ist.

Einordnung von § 45 SGB XI zu §§ 7, 7a und 37 Abs. 3 SGB XI

Von der Beratung durch die Pflegekassen ist die Beratung zur Pflege durch die Leistungserbringer, d. h. durch die ambulanten Pflegedienste, zu unterscheiden. Auch sie haben den gesetzlichen Auftrag, neben der Qualitätssicherung bei Geldleistungsempfängern, den Betroffenen bzw. dessen Angehörige über die pflegerischen Angebote und eventuell benötigte Hilfsmittel oder Maßnahmen (z. B. Wohnraumanpassungen) zu beraten. Im Gegensatz zum Beratungsauftrag der Pflegekassen ist die Aufklärung und Anleitung durch die Pflegedienste jedoch nicht in einem, sondern in verschiedenen Paragraphen geregelt.

Nach § 37 Abs. 3 SGB XI haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, Anspruch auf eine (Pflege-)Beratung in der Häuslichkeit. Die Beratung dient der Sicherstellung der Qualität der häuslichen Pflege und der pflegfachlichen Unterstützung. Neben diesem Beratungsanspruch erfolgt nach § 45 SGB XI die Anleitung und Schulung der pflegenden Angehörigen in Form von individuellen Schulungen (in der Häuslichkeit bzw. als Überleitungspflege) oder in Pflegekursen.

Zusammenführung der Beratungs-/Schulungsleistungen nach §§ 37 Abs. 3 und 45 SGB XI

Die Pflegeberatung – z. B. durch Pflegestützpunkte – nach §§ 7, 7a SGB XI ist auf die leistungsrechtliche Beratung und Aufklärung der Versicherten ausgerichtet. Ziel ist die Erstellung eines Versorgungsplans, um im Falle einer Pflegebedürftigkeit geeignete Maßnahmen zu einzuleiten und die Leistungsansprüche des Versicherten umzusetzen.

Dagegen zielen die Leistungen

- nach § 37 Abs. 3 SGB XI auf die Erhebung, Anpassung und Überprüfung der Pflegesituation und der jeweiligen Rahmenbedingungen (z. B. Wohnraumanpassung);
- nach § 45 SGB XI auf die Anleitung und Schulung zur Durchführung der Pflege.

Diese Leistungen dienen der praktischen Beratung des Pflegebedürftigen und der Angehörigen vor Ort und der Qualitätssicherung. Da sich der Pflegezustand im Laufe der Pflegebedürftigkeit verändert, geht es um eine auf den Verlauf ausgerichtete Pflegeberatung sowie um die Anpassung und Überprüfung der jeweiligen Pflegesituation der von Angehörigen gepflegten Pflegebedürftigen. Das Ineinandergreifen der Beratungen für die Pflegebedürftigen (§ 37 Abs. 3 SGB XI) und der Schulung und Anleitung der Angehörigen bzw. an der Pflege Interessierten (§ 45 SGB XI) ist dabei zum einen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung unerlässlich. Ohne die Beratung und Anleitung sowie Schulung können die pflegenden Angehörigen nicht nachhaltig bei der Pflege unterstützt werden. Zum anderen ist die Zusammenführung für eine ganzheitliche und umfassende Versorgung und Beratung unabdingbar.

Die Schulungsleistungen nach § 45 SGB XI für pflegende Angehörige sollten daher mit der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI zusammengelegt werden. Beide Leistungen, d. h. die Beratung der Pflegebedürftigen und die Schulung/Anleitung der Angehörigen, können so abgestimmt und aus einer Hand erfolgen. Die Leistungsinhalte sowie die unbürokratischen Möglichkeiten zur Inanspruchnahme des § 45 SGB XI müssen dabei erhalten bleiben. Nur so kann gewährleistet werden, dass keine zusätzlichen Hürden zum Leistungszugang entstehen.

Abgrenzung zu §§ 7, 7a SGB XI

Auf der einen Seite besteht ein Anspruch der Versicherten auf „Pflegeberatung“ durch die Kostenträger (Pflegekassen) und auf der anderen Seite ein Leistungsanspruch auf die Beratung der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und weiteren an der Pflege interessierten Personen durch die Leistungserbringer (ambulante Pflegedienste).

Die neue zusammengeführte Beratungs- und Schulungsleistung wäre bedarfsgerecht auszugestalten und auch für Pflegebedürftige, die Sachleistungen in Anspruch nehmen, zu öffnen. Beratungsleistungen sind gegenwärtig keine Leistung nach dem Sachleistungskatalog.

Die Beratung über die sozialrechtlichen Ansprüche durch die Pflegekassen bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ist dabei von der prozesshaften pflegfachlichen und pflegepraktischen Begleitung, Beratung und Anleitung/Schulung durch die ambulanten Pflegedienste abzugrenzen. Die beiden unterschiedlich ausgerichteten Ansprüche der „Pflegeberatung“ ergänzen sich jedoch in ihrer Gesamtheit und bilden für die Betroffenen zusammen ein umfassendes Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebot (vgl. Abb. 1).

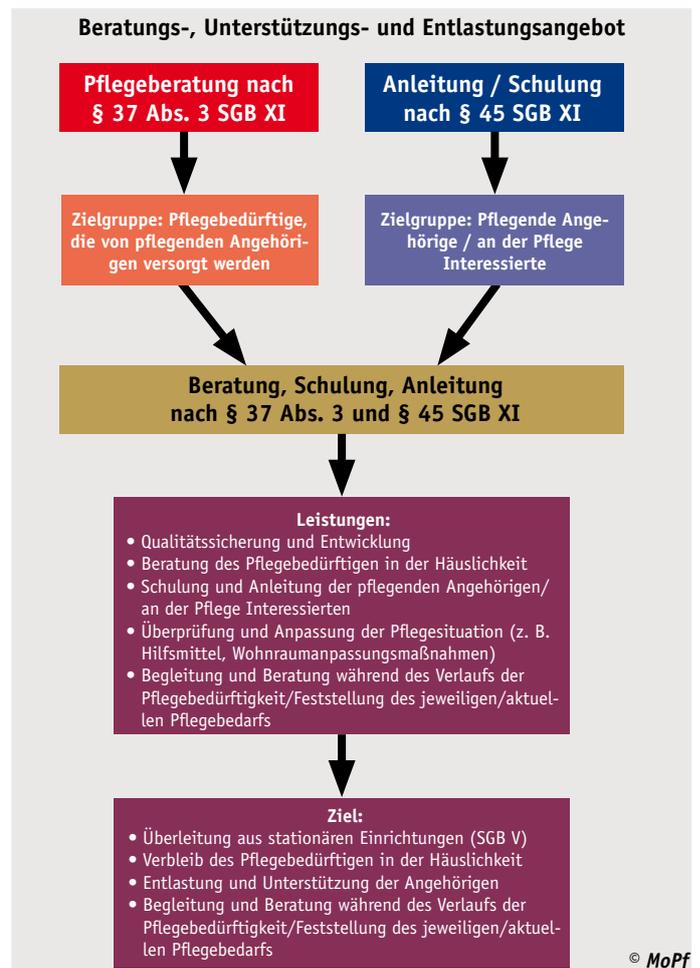


Abb. 1: Ein umfassendes Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebot. Quelle: BMC.

Literatur

- GKV-Spitzenverband (2011) Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und ergänzende Anmerkungen des GKV-Spitzenverbands zum Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest.
- Görres, S.; Zimmermann, M.; Schmitt, S. (2011) Grundlagen zur Bemessung des Erstgesprächs/Erstbesuchs in der ambulanten Pflege. Expertise des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen. Beauftragt vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste.
- Joost, A.; Metzenrath, A. (2011) Handlungsempfehlungen für den Aufbau und Betrieb von Pflegestützpunkten. . Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur. Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- Joost, A.; Metzenrath, A. (2012) Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen. Erstellt im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur. Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- Pflegestützpunkte im Landkreis Karlsruhe und Evaluierung in Baden-Württemberg. Kleine Anfrage des Abgeordneten Werner Raab, CDU, und Antwort des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren. Juni 2015.
- Michell-Auli, P.; Strunk-Richter, G.; Tebest, R. (2010) Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Kurzfassung der Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“.
- MASGF (2011) Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg. Bericht des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.
- ZeS (2012) Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen. Abschlussbericht des Zentrums für Sozialpolitik, Universität Bremen.

Schlussbemerkung

Das Pflegestärkungsgesetz II wurde August 2015 verabschiedet und das Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) trat zum 01.01.2017 in Kraft. Einige der hier vorgeschlagenen Änderungen wurden im PSG III umgesetzt, insbesondere die Stärkung des Qualitätsmanagement und die Verzahnung des Beratungs- und Schulungsangebotes. Die BMC-Projektgruppe führt ihre Arbeit fort, aktuell mit dem Schwerpunkt Kommunalisierung in der Pflege. <<

Autorenerklärung

Ralph Lägel, Jürgen Fröhlich und Thomas P. Zahn sind Mitglieder der Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“ des Bundesverbandes Managed Care e.V. In dieser Projektgruppe haben Sie an der Erarbeitung dieses Beitrages mitgewirkt. Interessenkonflikte bestehen nicht.

Nursing as an element of integrated care

Although since 2007 there is a legal basis for nursing facilities to participate in integrated care agreements, this possibility has hardly been used so far. What are the reasons for this development and what adjustments are needed to ensure that care institutions are involved more in IV contracts and are perceived as partners for IV contracts? The project group „Nursing and Integrated Care“ within the Federal Association of Managed Care e.V. (BMC) has discussed these questions. The group developed reform proposals for the further development of care support points and the interlinking of counseling services for people in need of care and their relatives.

Keywords

integrated care, nursing, nursing strengthening law II, care support points, care advice

Ralph Lägel, MBA

ist Vorstandsmitglied im Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) und leitete von März 2010 bis März 2016 die BMC-Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“. Er ist zudem Senior Manager Healthcare Strategies Global Innovative Pharma Business Germany, Pfizer Pharma GmbH.

Kontakt: laegel@bmcev.de



Dr. Jürgen Fröhlich

ist seit 2013 Fachbereichsleiter Versorgungskonzepte bei rehaVital Gesundheitsservice GmbH, zuvor war er Bereichsleiter Integrierte Versorgung bei der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Nach Forschungstätigkeiten in den USA und klinischer Tätigkeit im Bereich der Inneren Medizin war Herr Dr. Fröhlich zudem bis 2010 Leiter Strategisches und Internationales Marketing in der Medizin-Diagnostik. Kontakt: JFroehlich@rehavital.de



Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

hat medizinische Informatik, klinisches Management und Wirtschaftsinformatik in Deutschland und den USA studiert. Er promovierte im Fachgebiet Neuroinformatik. Seit 2013 leitet er als Geschäftsführer das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost. 2016 wurde er zum Professor für Wirtschaftsinformatik und Forschung an der bbw Hochschule berufen. Er ist weiterhin auch Geschäftsführer des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost. Kontakt: thomas.zahn@nordost.aok.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:

Widerrufgarantie: 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