

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege

A portrait of Stefanie Drese, a woman with short dark hair, wearing a red top and a pearl necklace, smiling slightly. The background is a plain, light-colored wall.

Interview mit Stefanie Drese, Ministerin für Soziales, Integration und Gleichstellung in Mecklenburg-Vorpommern, SPD: „Den demografischen Wandel besser als Chance begreifen.“

„Gutes Leben mit Demenz“

Bedingungen guten Lebens für Menschen mit Demenz zu schaffen, identifiziert der DAK-Pflegerreport als gesamtgesellschaftliche, kulturelle Herausforderung.

„Neustart für die Pflege“

spectrumK hatte Wissenschaftler, Politiker, Pflegefachkräfte und die Industrie zur Diskussion über Perspektiven für die Pflege nach Berlin eingeladen.

Selbständige Pflege

Die Rahmenbedingungen für Substitution und Delegation muss sich die Branche selber geben. Die Vorstellungen gehen dabei jedoch weit auseinander.



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.

Intelligenter Mix

>> **MoPf-Titelinterview mit Stefanie Drese, Ministerin für Soziales, Integration und Gleichstellung in Mecklenburg-Vorpommern** > S. 6 ff.

„Pflege ist ein zentrales Zukunftsthema und übrigens auch ein riesiger Zukunftsmarkt. Dafür brauchen wir klare Regelungen. Oberstes Ziel muss dabei der Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie der ambulant bzw. teilstationär betreuten Pflegebedürftigen sein.“ „Wir benötigen einen intelligenten Mix aus professioneller, familiärer und ehrenamtlicher Pflege.“ So **Stefanie Drese (SPD)**, die für Pflege zuständige Ministerin aus Mecklenburg-Vorpommern. Hier sind Probleme des demografischen Wandels heute schon besonders dringend. Darum ist es besonders interessant zu hören, welche Lösungen hier gefunden und umgesetzt werden.

Positionspapier von spectrumK und dem Deutschem Städte- und Gemeindebund > S. 12 ff.

Wie muss die Politik mit den Herausforderungen durch die steigende Zahl der Pflegebedürftigen umgehen? Dafür macht das Positionspapier „Pflege in der alternden Gesellschaft“ sechs Vorschläge, das von **spectrumK** und dem **Deutschen Städte- und Gemeindebund** initiiert wurde.

Pflegereports 2017 der DAK-Gesundheit und der Barmer > S. 14 ff.

Im DAK-Pflegereport plädiert **Professor Thomas Klie** für einen kulturellen Wandel, damit die wachsende Zahl der demenziell Erkrankten finanziell und gesellschaftlich besser „getragen“ werden. Die Verantwortung zwischen den Erkrankten sowie deren Angehörigen und der Solidargemeinschaft muss zunehmend besser geteilt werden. Und doch sind die Angehörigen essenziell für die Betreuung der Demenzkranken.

Der Barmer-Pflegereport 2017 fokussiert auf die knapp 400.000 Pflegebedürftigen unter 60 Jahren, die „Stiefkinder“ der Pflegeversicherung. > S. 16

Interview mit Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse > S. 17

Einen „Masterplan Pflegeberufe“ mit gezielten Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und der Unterstützung pflegender Angehöriger durch Smart-Home-Lösungen erläutert **Thomas Ballast**, der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse.

Substitution ärztlicher Tätigkeiten > S. 19 ff.

Beim Deutschen Kongress für Versorgungsforschung im Oktober in Berlin gab es wieder eine intensive Diskussion um die Substitution ärztlicher Tätigkeiten. Die verschiedenen Stakeholder boten mit ihren unterschiedlichen Blickwinkeln ein Spektrum verschiedener Positionen zu diesem Thema, das durch den Ärztemangel zunehmend dringender wird.

Bitte beachten Sie dazu auch das Interview mit **Professor Sabine Bartholomeyczik**, Universität Witten/Herdecke, und das Statement von **Dr. Theodor Windhorst**, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe > S. 22 f.

Wissenschaftlicher Beitrag > S. 24 ff.

Schulz u.a. präsentieren die Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Menschen im Maßregelvollzug mit der Diagnose einer Schizophrenie, die an einer Adherence Therapie teilgenommen haben. Dabei ergab sich ein vertieftes Verständnis für die Art der Wirksamkeit der Therapie im forensischen Setting und der dabei wichtigen partnerschaftlichen Entscheidungsfindung.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre, frohe Festtage, einen guten Rutsch und ein gesundes, erfolgreiches und glückliches Neues Jahr 2018.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski
Herausgeber „Monitor Pflege“

INHALT

Intelligenter Mix

Editorial MoPF-Herausgeber Prof.Dr. Reinhold Roski

Eine Frage des Respekts

Editorial MoPF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Gestaltungswille und Engagement

Interview mit Ministerin Stefanie Drese (SPD), Mecklenburg-Vorpommern

Ruf nach „Neustart für die Pflege“

Die Berliner Pflegekonferenz (BPK) 2017 – Eine Nachlese

Ausgezeichnete Projekte

Die Gewinner des Marie Simon Pflegepreises und des Otto Heinemann Preises

Initiative ist gefragt

Das Positionspapier „Pflege in der alternden Gesellschaft“ von spectrumK und dem DStGB

Aktive Prozesse gestalten

Fachforen informierten die Teilnehmer der BPK mit Expertenwissen

Kulturelle Herausforderung „Demenz“

Pflegereport 2017 und Pflgetag der DAK-Gesundheit

Oft an den Bedürfnissen vorbei

Der Barmer-Pflegereport 2017 fokussiert junge Pflegebedürftige

Pflege braucht Perspektiven

Thomas Ballast (TK) im Interview zum „Masterplan Pflegeberufe“

Zusammenbringen, was zusammen gehört

Vorstellung des Projektes InTherAkt – Bessere Kommunikation via eAkte.

Von Delegation und Substitution

Diskussion über Substitution auf dem DNVF-Kongress

Patient im Mittelpunkt

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik und Dr. Theodor Windhorst zu Substitution und Delegation

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. habil. Michael Schulz et al.

Wahrnehmung der Effekte der Adherence-Therapie bei psychoseerkrankten Menschen in der forensischen Psychiatrie. Ergebnisse einer qualitativen Studie.

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
 Kölnstr. 119, 53111 Bonn
 www.erelegation.org
 mail@erelegation.org
 Verlagsleitung: Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
 Anke Heiser (verantwortlich für
 den Anzeigenteil)
 Kölnstr. 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)

Kölnstr. 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
 Kölnstr. 119, 53111 Bonn
 Tel +49 228 7638280-0
 Fax +49 228 7638280-1

Abonnement
 Monitor Pflege erscheint viermal
 jährlich. 4 Ausgaben kosten 90
 Euro zzgl. Versandkostenanteil
 in Höhe von 6,14 Euro pro Jahr
 in Deutschland (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
 Kössinger AG
 Fruehaufstraße 21
 84069 Schierling
 Tel.: +49-(0)9451-499124
 E-Mail: info@koessinger.de

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

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

Herausgeber

2

Prof. Dr. Reinhold Roski

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



4

6

Herausgeber-Beirat

9

Akteure

11

Franz Wagner*

Präsident



12

Yves Rawiel

Geschäftsführung



13

Lutz Bandte

Geschäftsführung



16

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szezan

AOK-Bundesverband



17

18

Universitäten/Hochschulen/Institute

19

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten/Herdecke



22

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

IGV Research



24

*repräsentiert im Beirat ebenfalls den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband e.V., Berlin



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

Eine Frage des Respekts

>> „Es ist möglich, Bedingungen guten Lebens zu schaffen, es ist vor allem eine Pflicht für uns.“ Das schreibt Professor Klie, Rechts- und Verwaltungswissenschaftler sowie Gerontologe von der Evangelischen Hochschule Freiburg, der Autor des DAK Pflegereports 2017. Er macht damit deutlich, dass bei dem von ihm behandelten Thema „Gutes Leben mit Demenz“ weniger die Krankheit selbst oder die somatische Pflege im Fokus steht, sondern die Frage nach Bedingungen guten Lebens, sowohl der Betroffenen selbst, als auch der sorgenden An- und Zugehörigen. Gut so! Das braucht es sicher.

Doch wer denkt hier an die professionell Pflegenden?

Das sind bei Demenz natürlich zuerst die An- und Zugehörigen, doch bei zunehmender Progression eben professionell Pflegende. Diese arbeiten am besten in entsprechend qualifizierten Heimen oder aber in einer Betreuungs-Einrichtung der ambulanten Wohngruppe, die 22 % der im DAK-Report befragten pflegenden Angehörigen für die „optimale Art der Unterbringung und Betreuung“ halten.

Doch gibt es laut Report von diesen Einrichtungen viel zu wenige, da diese Form der Betreuung nur in wenigen Regionen verfügbar ist“, wie Studienautor Klie zu Protokoll gibt. Richtiger- und auch konsequenterweise schlägt deshalb der Vorstandsvorsitzende der DAK-Gesundheit, Andreas Storm, die Gründung von Pflegekompetenzzentren vor, die beispielsweise aus der Umwidmung nicht mehr benötigter Krankenhäuser entstehen und in denen dann von der Beratung bis hin zu spezialisierten Wohngruppen wichtige Angebote gebündelt werden könnten.

Das ist mal eine Idee, die gleich zwei Fliegen mit einer Klappe schlägt und den so sicher wie das Amen in der Kirche auf uns zukommenden Demografie-Tsunami begegnen könnte. Denn nicht mehr benötigte Krankenhäuser gibt es zuhauf, auch wenn sich Regionalpolitiker mit der Erkenntnis noch recht schwer tun, dass ihr ach so geliebtes Krankenhaus um die Ecke nicht mehr so richtig up-to-date und auch nicht mehr so richtig gebraucht wird.

Auch das hat mit Respekt zu tun: Respekt gegenüber jenen, die in solchen Einrichtungen arbeiten, die aber selbst genau wissen, dass weder Fall- noch Belegungszahlen das eigene Tun rechtfertigen. Wenn Klie davon spricht, dass Demenz auch heute noch als Tabuthema zu klassifizieren ist, gilt selbiges auch für die Krankenhausplanung und dem fehlenden Respekt den hier Tätigen gegenüber. <<

Ihr

Peter Stegmaier,
Chefredakteur „Monitor Pflege“

Beenden Sie das Katz- und Mausspiel

Bild. Clipdealer.de



Sie wollen Aufmerksamkeit?

Mehr Aufmerksamkeit für Ihre Pressemeldungen. Mehr Beachtung für Ihre Veranstaltung. Ein Podium für Ihre kostenlosen Stellenanzeigen und -gesuche?

Die bekommen Sie

Willkommen bei Health Reminder, dem aktuellen News-, Termin- und Stellenportal für das deutsche Gesundheitswesen und die Pflege!



Schnell und effizient verschaffen Sie sich hier einen Überblick über alle relevanten News, Termine und Stel-

lenangebote. Völlig kostenlos veröffentlichen Sie hier Ihre Pressemeldungen, kündigen Ihre Veranstaltung an, werben um neue Mitarbeiter oder suchen einen neuen Arbeitsplatz.

Sie wollen noch mehr Aufmerksamkeit?

Dann überzeugen Sie sich von den kostengünstigen Services: vom Aussand Ihrer Pressemitteilung an mehrere tausend interessierte Pressevertreter über die Dokumentation Ihrer Veranstaltung bis hin zur redaktionellen Begleitung durch journalistisch aufbereitete Themenhefte. Ihr Mehr an Aufmerksamkeit liegt nur einen Klick entfernt: www.healthreminder.de



health reminder
Das Terminportal für das deutsche Gesundheitswesen

Interview mit der Ministerin für Soziales, Integration und Gleichstellung in Mecklenburg-Vorpommern, Stefanie Drese (SPD)

Gestaltungswille und Engagement

Mecklenburg-Vorpommern steht vor großen Herausforderungen: Mit seiner alternden Bevölkerungsstruktur und zugleich sinkenden Einwohnerzahlen müssen strukturelle Veränderungen geschaffen werden, die eine – auch bezahlbare – Perspektive für alternde, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige bietet. Dass das Land die Zukunft gestalten und nicht nur auf die Rahmenbedingungen reagieren will, machte die Ministerin für Soziales, Integration und Gleichstellung in Mecklenburg-Vorpommern, Stefanie Drese, auf der Berliner Pflegekonferenz 2017 deutlich. „Wir benötigen einen intelligenten Mix aus professioneller, familiärer und ehrenamtlicher Pflege für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Deshalb wollen wir, begleitet von integrierten Pflegesozialplanungen in allen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns, diese Netzwerke sinnvoll weiterentwickeln und etablieren.“ Drese betont, dass der demografische Wandel nicht nur als Belastung, sondern auch als Chance begriffen werden kann.

>> Frau Drese, die Sondierer des potenziellen Jamaika-Bündnisses auf Bundesebene hatten zu Beginn der Gespräche festgehalten: „Uns eint der Wille, die Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege spürbar zu verbessern.“ Im Gegensatz zu anderen Bereichen schienen sich die Beteiligten einig über die Richtung in der Pflege zu sein. Welche Rahmenbedingungen muss eine Regierung für die Pflege schaffen?

Völlig unabhängig von der Zusammensetzung der neuen Bundesregierung muss das Thema Pflege in den Mittelpunkt der Politik rücken. Wir werden immer älter, damit steigt der Bedarf an Pflegeleistungen. Darauf müssen wir uns frühzeitig einstellen und gesamtgesellschaftliche Antworten finden. Vordringlich sind die Deckung des Bedarfs an Pflegekräften, integrierte Pflegesozialplanungen vor Ort, für die Pflegebedürftigen finanzierbare ambulante, teilstationär und stationäre Angebote, aber auch die Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Enge Familienmitglieder sind nämlich der größte „Pflegedienst“ in unserem Land. Sie gilt es zu stärken, etwa durch gezielte Hilfen und gute und unabhängige Beratungsangebote.

Pflegestärkungsgesetze, ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, Pflegeberufereform etc.: Es gab in der letzten Legislaturperiode viele Änderungen in Bezug auf die Pflege. Welche beschlossene Maßnahme hat Ihrer Meinung nach eine besonders richtungsweisende Bedeutung für die Pflege? Welche geht Ihrer Meinung nach nicht weit genug?



Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie die Umstellung von bisher drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade sind aus meiner Sicht große Fortschritte. Danach erhalten ab 2017 alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung,

unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. Das ist ganz wichtig z.B. für Demenzerkrankte. Im Grundsatz geht es darum zu erkennen, wann insbesondere ältere Menschen alltägliche Verrichtungen nicht mehr vollständig alleine bewältigen können und der pflegerische Zeitaufwand für die Anerkennung einer Pflegestufe bzw. jetzt Pflegegrad ausreicht.

Und ich halte die bundesweite Abschaffung des Schulgelds bei der Pflegeausbildung ab 2020 für eine wesentliche Voraussetzung, um den zukünftigen Fachkräftebedarf decken zu können.

Stichwort Fachkräftemangel: Gesundheitspolitische Akteure und Stakeholder rund um die Pflege sind auf der Suche nach einem Rezept, wie das Berufsbild der Pflegefachkraft attraktiver zu gestalten ist und somit mehr Personal bindet. Welche Lösung halten Sie hier für sinnvoll?

Wir brauchen mehr gesellschaftliche Wertschätzung für die Pflegekräfte. Die wichtige Arbeit verdient ein besseres Image. Ich habe mal gelesen, die Pflegebranche muss als Arbeitgeber „sexy“ werden. Das ist sicherlich zugespitzt ausgedrückt, aber der Kern der Aussage ist richtig. Natürlich brauchen wir darüber hinaus in der Pflege auch höhere Löhne, flexible,

familienfreundliche Arbeitszeitmodelle, gute Rahmenbedingungen, ein vernünftiges Arbeitsklima – also insgesamt ein Bündel an Maßnahmen, um den Beruf attraktiver zu machen. Mein Eindruck ist, manche Arbeitgeber haben das verstanden, bei anderen ist noch viel Luft nach oben.

Können Pflegekammern hier eine Rolle spielen, die Attraktivität des Berufsbildes zu steigern? In Mecklenburg-Vorpommern wurde 2015 eine Befragung unter Pflegenden durchgeführt, die 73 Prozent Zustimmung für die Errichtung einer Pflegekammer feststellte. Planen Sie aufgrund dieses Ergebnisses hier Konkretes?

Wir werden die Notwendigkeiten und Voraussetzungen zur Einrichtung einer Pflegekammer bei uns im Land unter Einbeziehung aller Akteure prüfen. Umfragen sind dazu ein wichtiger, aber kein allein entscheidender Beitrag. Für mich steht im Vordergrund, ob Pflegekammern unter dem Strich den Beschäftigten in der Pflege etwas bringen oder nicht. Wir wollen keinen großen Verwaltungsapparat aufbauen, der dann nicht wirklich effektiv arbeitet. Das Thema Pflegekammer wird ja bundesweit durchaus kontrovers diskutiert. Wir verfolgen in MV deshalb auch mit Interesse die Arbeit der bisher existierenden Pflegekammern, wie z.B. in Rheinland-Pfalz.

Als Flächenland mit alternder Bevölkerung und sinkender Einwohnerzahl steht Mecklenburg-Vorpommern in besonderem Maße vor der Herausforderung altersgerechte Lebensräume und Pflegestrukturen zu schaffen. Wie gehen Sie dieses Projekt an?

Wir sind im Nordosten besonders vom demografischen Wandel betroffen. Der Anteil Pflegebedürftiger in MV ist überdurchschnittlich hoch. Deshalb haben wir uns frühzeitig auf den Weg gemacht, Lösungen zu entwickeln. So haben wir die Kommunen dabei unterstützt, gemeinsam mit anderen Beteiligten Pflegesozialplanungen zu entwickeln. Da geht es um Vernetzung, Pflegestützpunkte als Anlaufstellen, Beratung, Beteiligung, Kooperationen. Und wir haben im Jahr 2012 im Landtag eine Enquete-Kommission zum demografischen Wandel ins Leben gerufen. Von deren Ergebnissen nach vier Jahren intensiver und fundierter Arbeit profitieren wir jetzt. So sind wir z.B. dabei die Pflegesozialplanungen zu seniorenpolitischen Gesamtkonzepten weiterzuentwickeln, also weit über Pflegeaspekte hinaus. Ganz wichtig ist zudem, dass man den demografischen Wandel nicht negativ besetzt, sondern auch als Chance begreift etwa zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts vor Ort. Wir haben unglaublich viele Seniorinnen und Senioren, die sich aktiv einbringen wollen, sich gegenseitig helfen, über einen großen Erfahrungsschatz verfügen, den wir nutzen sollten. Und ältere Menschen verfügen über etwas ganz Wichtiges für unsere Gesellschaft: Zeit, die viele für andere Menschen aufbringen möchten.

Welche dieser Ansätze haben Potenzial Blaupause für andere Bundesländer zu sein?

Ich bin überzeugt, wir haben in MV im Pflegebereich einiges

zu bieten und wir sind gut vorbereitet. Unsere erfolgreiche Pflegeversorgung basiert auf einem System, das einen ausgewogenen Mix aus professionellen, familiären und ehrenamtlichen Struktur- und Hilfeangeboten beinhaltet. Um die Herausforderungen des demografischen Wandels auch zukünftig zu bewältigen, haben wir uns in Mecklenburg-Vorpommern klar darauf verständigt, dieses System zu stärken und zu optimieren. Wir verfolgen konsequent den Ansatz „ambulant vor stationär“, damit pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können. Darauf richten wir unsere Pflegestrukturen aus.

Wie gestaltet sich das konkret in der Praxis?

Wir haben bereits Ende 2015 unsere landesrechtlichen Regelungen erweitert und es damit ermöglicht, dass Betreuungs- und Entlastungsangebote für alle Pflegebedürftigen und deren pflegende Angehörige zugänglich und abrechenbar wurden. Wir beabsichtigen nun, diese Regelungen um Regelungen zur Nachbarschaftshilfe zu ergänzen. Ehrenamtliche Nachbarschaftshelferinnen und Nachbarschaftshelfer sollen ausgewählte niedrigschwellige Leistungen zur Unterstützung im Alltag (z.B. im Haushalt, Begleitung zu Arzt- und Behördenbesuchen, Einkaufs- und Haushaltswirtschaftshilfen, Kommunikation) für Pflegebedürftige im Rahmen einer Einzelbetreuung erbringen dürfen. Durch sehr niedrigschwellige Zugangsvoraussetzungen soll das ehrenamtliche Engagement im Bereich Pflege weiter befördert werden.

Auch unsere Struktur von Pflegestützpunkten im gesamten Land, die wir in den kommenden Jahren konsequent ausbauen wollen, kann ich anderen Bundesländern sehr empfehlen. Die fachlich kompetenten und geschulten Pflege- und Sozialberater in den Pflegestützpunkten beraten kostenlos und neutral rund um das Thema Pflege, begleiten Pflegebedürftige und Angehörige auf Wunsch vom ersten Kontakt bis zur Umsetzung der Lösung der individuellen Probleme, koordinieren alle für die Versorgung und Betreuung wesentlichen pflegerischen und sozialen Unterstützungsangebote. Künftig soll als zusätzliches Angebot die Wohnberatung etabliert werden.

Der DAK-Pflegereport offenbart, dass Beratungs- und Unterstützungsangebote bei Demenz-Patienten und deren betreuenden Angehörigen oft nicht ankommen bzw. nur in marginalem Umfang wahr- und angenommen werden. Welche strukturellen Veränderungen können hier Verbesserungen erzielen?

38 von 100 Pflegebedürftigen waren zum Ende des Jahres 2015 in Mecklenburg-Vorpommern vor allem infolge demenzbedingter Fähigkeitsstörungen bei der Bewältigung des täglichen Lebens auf eine dauerhafte Betreuung angewiesen.

Mir ist die Gruppe der demenziell erkrankten Menschen besonders wichtig. Jeder Mensch, der an Demenz erkrankt, ist und bleibt eine eigenständige Persönlichkeit, die von ganz individuellen Lebensumständen und Lebensgeschichten geprägt ist. Deshalb ist es wichtig, dass wir die vorhandenen Versorgungsstrukturen für demenzkranke Menschen ausbauen und Unterstützungs- und Bera-

tungsangebote, auch für die pflegenden Angehörigen, verbessern. Auf Landesebene unterstützen wir insbesondere die ehrenamtliche Tätigkeit bei der Betreuung von pflegebedürftigen Demenzerkrankten, u.a. durch Schulungen und Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich Engagierten. Gemeinsam mit den Pflegekassen fördern wir darüber hinaus Modellprojekte zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen und -konzepte. Hier möchte ich den Aufbau des Zentrums Demenz oder des Helferkreises Schwerin nennen, die nach der Modellphase als dauerhaftes niedrigschwelliges Betreuungsangebot für Demenzerkrankte weitergeführt werden konnten. In einem anderen noch laufenden Modellprojekt werden der Aufbau und die Begleitung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten in Anbindung bzw. Trägerschaft an die im Land befindlichen Mehrgenerationenhäuser erprobt. Und da ein Großteil der Betroffenen zu Hause betreut wird, müssen wir auch ein besonderes Augenmerk auf deren Situation und Umfeld legen. Daher braucht es ein Netzwerk aus unterschiedlichsten Angeboten, das den Betroffenen und deren Angehörigen beratend und helfend zur Seite steht.

Wie sieht dabei die strukturelle Vorgehensweise aus?

Zur Bewältigung dieser Aufgabe fördert unser Land das Modellprojekt „Aufbau eines Kompetenzzentrums Demenz für Mecklenburg-Vorpommern“ in Trägerschaft des Landesverbandes der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft. Dieses Kompetenzzentrum soll in den nächsten Jahren die Versorgungs- und Beratungsstrukturen des Landes feststellen, analysieren und qualitätsgerecht erhalten. Quantitative und qualitative Lücken in der Versorgung sollen so geschlossen werden.

Der FDP-Vorsitzende Christian Lindner will den Solidaritätszuschlag abgeschafft wissen. Der Professor für Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik und Sozialwissenschaften an der Hochschule Koblenz, Stefan Sell, wirft den Gedanken an eine partielle Verwendung dieser Steuereinnahmen für einen „nationalen Pflege-Plan“ in den Raum, in dem die Anhebung der Vergütung der Altenpflegekräfte ein wichtiger Baustein wäre. Sell bezieht sich dabei auf den Ökonom und Steuerexperten Stefan Bach, der einen Umbau des Steuersystems andenkend. Ein mögliches Mittel, steigende Personalkosten zu decken?

Kurz und knapp: Von einer Abschaffung des Soli halte ich wenig. Wir brauchen dringender denn je eine gezielte Unterstützung strukturschwacher, meist ländlicher Regionen – ganz egal ob in West, Ost, Nord oder Süd. Und wenn der Soli entfällt, habe ich die große Befürchtung, dass dann dafür nicht mehr ausreichend Mittel zur Verfügung stehen. Der Idee eines „nationalen Pflege-Plans“ stehe ich sehr aufgeschlossen gegenüber. Ich unterstütze gern gut konzipierte Initiativen, die zu einer materiellen und immateriellen Aufwertung der Pflege beitragen.

Der Pflege-TÜV befindet sich derzeit im Bearbeitungsmodus. Bedarf es dieses Instrumentes, um Qualität zu messen oder sollte das

Geld in andere Bereiche der Pflege investiert werden, da jede gute Einrichtung sich durch Transparenz auszeichnet?

Qualitätssicherung und Transparenz haben für mich oberste Priorität und sollen den Verbraucherschutz stärken. Unser Pflege-TÜV heißt dabei Einrichtungenqualitätsgesetz (EQG MV). Darin ist verankert, Prüfergebnisse öffentlich bekannt zu machen. Momentan sind wir bei der Evaluation und danach bei der Novellierung des Gesetzes. Dabei geht es u.a. um die Frage, ob ambulant betreute Pflegedienste und ambulant betreute Wohngemeinschaften in den Anwendungsbereich des EQG M-V aufgenommen werden sollen. Und es geht um erweiterte Prüfrechte, um „schwarze Schafe“ aus dem Verkehr ziehen zu können. Das liegt auch im Interesse der vielen gut arbeitenden Pflegeeinrichtungen und -dienste in Mecklenburg-Vorpommern.

Wie kann die Pflege zukunftsfest gemacht werden? Gehört ein Wettbewerb von privaten und freigemeinnützigen Pflegeheimbetreibern hier dazu?

Pflege ist ein zentrales Zukunftsthema und übrigens auch ein riesiger Zukunftsmarkt. Dafür brauchen wir klare Regelungen. Oberstes Ziel muss dabei der Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie der ambulant bzw. teilstationär betreuten Pflegebedürftigen sein. Wichtige Aufgabe von Politik ist es, zukünftig mit allen Pflegeakteuren noch stärker als bisher für ein bedarfsgerechtes Angebot an Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie an betreutem Wohnen und alternativen Wohnformen zu sorgen. Und wir müssen auch die pflegenden Angehörigen, die oft aufopferungsvoll über ihre Leistungsgrenzen gehen, besser unterstützen. Dazu gehören etwa weitere praktikable gesetzliche Regelungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.

Frau Drese, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MoPf-Redakteurin Kerstin Müller.

Stefanie Drese

ist 1976 in Rostock geboren und hat von 1995 bis 2000 das Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Rostock absolviert. Seit 2003 ist sie als Rechtsanwältin mit dem Schwerpunkt „Strafrecht“ in Bad Doberan tätig. In diesem Jahr trat Drese auch in die SPD ein und bekleidete in der Kommunalpolitik mehrere Ämter, bis sie 2011 zur stellvertretenden SPD-Fraktionsvorsitzenden des Landtags Mecklenburg-Vorpommerns gewählt wurde. Nach den Landtagswahlen im Oktober 2016 übernahm sie das Amt der Ministerin für Soziales, Integration und Gleichstellung in Mecklenburg-Vorpommern.

Die Berliner Pflegekonferenz 2017 – Eine Nachlese

Ruf nach „Neustart für die Pflege“

Der historisch bedeutsame Tag des 9. November und das stimmungsvolle alte Hafengebäude bildeten den Rahmen für die Veranstaltung der 4. Berliner Pflegekonferenz 2017 im Westhafen Event & Convention Center (WECC). Herzlich und mit einer gespannten Erwartungshaltung wurde spectrumK-Geschäftsführer Yves Rawiel durch das Publikum und Moderatorin Amelie Fried auf der Bühne begrüßt. Rawiel gab mit einem Ausblick auf das facettenreiche Programm der zwei Veranstaltungstage sowie der Begrüßung der BeNeLux-Staaten und Mecklenburg-Vorpommern als Partnerländer den Startschuss für die Konferenz, die sich als interdisziplinäres Dialogforum präsentierte.

>> Yves Rawiel schaute zuerst noch einmal kurz in das Jahr 1989 zurück, bevor sich der Blick nach vorne richtete; auf eine vielleicht auch als historisch zu bezeichnende Entwicklung, die in der Pflege ihren Weg begonnen, jedoch noch lange nicht abgeschlossen hat. Dafür hatten sich Menschen aus ganz Deutschland nach Berlin bewegt, um, inspiriert von Fach-Diskussionen und Best Practice-Beispielen, selbst etwas in der Pflege zu bewegen und diese für die Zukunft besser aufzustellen. Dazu gehörten, betonte Rawiel, selbstverständlich auch die pflegenden Angehörigen.

Der Vereinsamung vorbeugen

Diese spielten auch bei der Frage nach der Schaffung altersgerechter Lebensräume und Pflegestrukturen eine Rolle, so Rawiel und lenkte das Scheinwerferlicht damit auf das gemeinsame Positionspapier von spectrumK und dem Deutschen Städte- und Gemeindebund (DStGb) „Pflege in der alternden Gesellschaft“, das auf der Berliner Pflegekonferenz vorgestellt wurde und die Rolle der Kommune fokussiert. Dieses Thema war auch Dr. Henning Scherf ein großes Anliegen und als Repräsentant dieser alternden Gesellschaft machte sich der Bürgermeister der Hansestadt Bremen a.D., der mittlerweile 79-jährig selbst in einer Pflegewohngemeinschaft lebt, für ein nachbarschaftliches, generationenübergreifendes Wohnkonzept stark. Als „grausam“ bezeichnete er die Einsamkeit, in der alleinstehende, ältere Menschen oft zurückblieben und nicht selten verwahrlosten. Die hier potenziell unterstützenden Quartiersmanager wären zunehmend von Stellenkürzungen betroffen. Das dürfe sich Deutschland nicht leisten, war er sich sicher. „Das Thema ist dramatisch. Die Lage ist extrem“, waren seine ernst artikulierten Worte, die sich auch auf den Pflegenotstand bezogen. Er legte hierbei besonderes Gewicht auf das Bildungsniveau der Pflegefachkräfte, das für ihn bei den komplexen Anforderungen in der Pflege von großer Bedeutung ist. Auch die Stärkung des ambulanten Sektors war ihm ein großes Anliegen, da sich dies positiv auf die Gesunderhaltung auswirke, wie er am Beispiel der Niederlande und den skandinavischen Ländern deutlich machte.

Dilek Kolat

Aus dem Roten Rathaus kam die „erste Pflegesenatorin“, Dilek Kolat (Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin), die mit dem bundesweiten Novum einer eigenständigen Einheit Pflege im Senat aufwarten kann.

Was die Strukturen und die Finanzierung von auch ihrerseits priorisierten ambulanten Angebo-

ten anbelangt, forderte Kolat von Gesellschaft, Politik aber auch den Arbeitgebern parallele Strukturen, ähnlich der Familienpolitik, die im Falle der Geburt eine Kindes umfangreiche Unterstützung möglich macht.

Um dem Berufsbild mehr Attraktivität zu verleihen, fehle es der Branche an Strukturen, die man in anderen Branchen durch Vereinbarungen zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern herbeigeführt habe. „Arbeitgeber sind kaum in Verbänden organisiert, die tariflich sind“, monierte Kolat und auch gewerkschaftlich organisierte Beschäftigte gebe es kaum. „Das macht auch diese Branche so schwach“, stellte sie fest und forderte mit einem 12-Punkte-Plan einen „Neustart für die Pflege“.

Ein Blick nach Europa

Ideen für neue Konzepte stellten Prof. Dr. Betty Meyboom-de Jong von der Medizinischen Hochschule Groningen und Dr. Gea Sijpkens, Geschäftsführerin von Humanitas Deventer, aus den Niederlanden vor. Das „Dutch National Care for Elderly Programm“, welches von 2008 bis 2016 in den Niederlanden ausgerollt wurde und als Forschungsprojekt angelegt war, brachte 8 geriatrische Netzwerke – angedockt an den Universitäten des Landes, mehr als 650 Organisationen, 218 innovative Projekte, 45 Doktorarbeiten und

400 Veröffentlichungen hervor. Auch die Praxis wurde hier nicht vernachlässigt, wie Meyboom-de Jong an Projekt-Beispielen deutlich machte und an die Sijpkens mit ihrer Vorstellung des Programms „Ageing and engaging“ anknüpfte. Hier leben Studenten in einem Altenheim mit älteren Menschen in einer Wohngemeinschaft und „injizierten“ diesen durch diese Gemeinschaft geradezu Leben.

Vor einem „Zuviel“ an medizinischen Injektionen warnte indes Palliativarzt und Autor Dr. Oliver Thöns, der vor Übertherapie warnte und dazu aufrief, sich frühzeitig um Vorsorgevollmacht wie Patientenverfügung zu kümmern, damit ein würdevolles Sterben möglich sei.

Mit dem Programm „Call & Check“ präsentierte Joe Dickinsson dann abschließend ein spannendes Projekt von der Insel Jersey, das bestehende Ressourcen von Postangestellten nutzt. Diese stellen den eingeschriebenen Teilnehmern bei ihren täglichen Haus-zu-Haus-Besuchen fünf wesentliche Fragen wie: Haben Sie Ihr Medikament genommen? Oder: Denken Sie an Ihre Termine? Inspiriert von diesen Eindrücken aus Politik und Wissenschaft starteten dann die Fachforen, die von Social Investment, über Leuchttumprojekte bis hin zu der Frage nach der Übertragung von Innovationen in die Praxis vieles zu bieten hatten, was die Pflege derzeit bewegt. <<

Eindrücke der Location, Referenten und Teilnehmer der Berliner Pflegekonferenz 2017

Impressionen der BPK 2017



Georg Sigl-Lehner, Präsident der Vereinigung der Pflegenden in Bayern, skizzierte den Bayerischen Weg einer „Pflegekammer“.



Dr. Henning Scherf, Bremens Bürgermeister a.D., lebt in einer alternativen Wohngruppe und machte sich für ein nachbarschaftliches, generationenübergreifendes Wohnkonzept stark.



Wo er auftauchte, konnte er sich der Aufmerksamkeit aller sicher sein: Roboter „Pepper“ von der Firma Embrace lud zum Spielen ein, schätzte das Alter seines Gegenübers oder animierte zur Bewegung.



Christine Weiß, Institut für Innovation und Technik (iit) in der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH, informierte über Möglichkeiten, wie innovative Pflegetechnologien in die Praxis gelangen können.



Das Land Mecklenburg-Vorpommern war Partnerland der Berliner Pflegekonferenz 2017 und so hielt Stefanie Drese, Ministerin für Soziales, Integration und Gleichstellung in Mecklenburg-Vorpommern, den Eröffnungsvortrag zur Abendveranstaltung.

Fotos: Berliner Pflegekonferenz/allefarten-foto.com

Die Verleihung des Marie Simon Pflegepreises und des Otto Heinemann Preises auf der BPK 2017

Ausgezeichnete Projekte

Jährlicher Höhepunkt der Berliner Pflegekonferenz sind die Verleihung des Marie Simon Pflegepreises und des Otto Heinemann Preises. Besonders innovative Pflegeprojekte werden von spectrumK in Kooperation mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund (DStGB) im Namen der Krankenpflegerin Marie Simon vergeben. Den Sieg konnte in diesem Jahr die Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein/Selbsthilfe Demenz davontragen, die den Ansatz der „Green Care Farms“ in Deutschland vorantreibt und dabei Demenzkranken Erfahrungen auf dem Bauernhof ermöglicht. Den Otto Heinemann Preis durften dieses Jahr die Handwerkskammer Karlsruhe (bis 1.000 Mitarbeiter), die SHG-Kliniken Völklingen (1.001 bis 5.000 Mitarbeiter) und das Einzelhandelsunternehmen Globus (ab 5.001 Mitarbeiter) mit nach Hause nehmen.

>> In seiner Laudatio lobte Antonios Antoniadis, Minister für Familie, Gesundheit und Soziales der Region Ostbelgien, die Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein/Selbsthilfe Demenz, die in Kooperation mit der Landwirtschaftskammer Schleswig-Holstein Bauernhöfe zu Orten für Menschen mit Demenz umgestaltet. Mit Blick auf das historische Datum des 9. November bezog sich Antoniadis auch auf den Tag des Mauerfalls: „Mit Ihrem innovativen Projekt schafft die Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e. V. ein ausgezeichnetes niederschwelliges Betreuungsangebot für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Dadurch trägt die Initiative entscheidend dazu bei, dass beim Umgang mit Demenz weitere Tabus gebrochen werden und, in Anbetracht des heutigen Tages, buchstäblich noch bestehende Mauern in den Köpfen zu Fall gebracht werden.“

Die Idee des Bauernhofes ist

nach Angabe der Initiatoren, Höfe zu gewinnen, die Menschen mit Demenz Orte in Gemeinschaft mit Mensch und Tier zum Entdecken, Austauschen, Anpacken und Entspannen bieten. Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und der Rückmeldung im Umgang mit Mensch und Tier werde so möglich. Darüber hinaus werde durch die Bauernhöfe als Ort für Menschen mit Demenz eine Versorgungslücke auf dem Land geschlossen, so der Veranstalter, der das Projekt als herausragend bezeichnete.

„Wir sind dankbar für diese bundesweite Anerkennung unseres Projektes, wissen aber, dass wir auch nach fast drei Jahren immer noch am Anfang des Weges stehen“, sagte Preisträgerin Anke Wilken vom Kompetenzzentrum Demenz und freut sich über weitere Freiwilige.



Jürgen Hohnl, Geschäftsführer IKK e. V., Yves Rawiel, Geschäftsführer spectrumK, Oliver Steffen, Ramona Kiefer, Martina Koch und Rudolf Altmeyer von den SHG-Kliniken Völklingen, Daniel Fuchs, BKK Dachverband e.V. und Hans Peter Wollseifer, Präsident des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks (v.l.n.r.) bei der Vergabe des Otto Heinemann Preises.

Fotos: Berliner Pflegekonferenz/allefarben-foto.com

Wenn sich ein Unternehmen in besonderer Weise darum bemüht, dass seine Mitarbeiter sich auch um zu pflegende Angehörige kümmern können, besteht die Aussicht, von spectrumK in Kooperation mit den Spitzenverbänden der Innungs- und Betriebskrankenkassen, mit dem Otto Heinemann Preis ausgezeichnet

zu werden. „Viele Mitarbeiter müssen nicht nur die Betreuung ihrer Kinder mit dem Beruf vereinbaren, sondern auch den Spagat zwischen der Pflege von Angehörigen und dem Beruf hinbekommen. Um Mitarbeiter dabei zu unterstützen, ist Ideenreichtum und unternehmerische Weitsicht gefragt“, stellte Laudator Hans Peter Wollseifer, Präsident des Zentralverbandes des Deutschen

Handwerks, fest. Die Jury befand bei ihrer Auswahl, dass die Preisträger dem Gedanken der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in besonderer Weise entsprechen. Das siegreiche Unternehmen der SHG-Kliniken Völklingen beispielsweise überzeugte mit dem Angebot des „Internen Pflegenetzwerkes“. „Wir denken die frühe Phase der Betreuungs- und Unterstützungsverantwortung bereits mit. Und zwar nicht erst ab Rollstuhl oder Pflegebett“, sagt Martina Koch von der Servicestelle Familie & Beruf. Ein Engagement, von dem die Kliniken überzeugt sind, dass es auch ihren Patienten zu Gute kommt. „Zufriedene Mitarbeiter sind eine der Voraussetzungen für zufriedene Patienten und deren Sicherheit“, begründete Verwaltungsdirektor Rudolf Altmeyer den besonderen Einsatz der Kliniken. <<



Die Sieger und Nominierten des Marie Simon Pflegepreises 2017

Das Positionspapier von spectrumK und dem Deutschen Städte- und Gemeindebund

Initiative ist gefragt

Die Politik muss sich der Herausforderung der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren deutlich entschlossener stellen als sie es bisher getan hat, sind sich die Initiatoren des Positionspapiers „Pflege in der alternden Gesellschaft“, spectrumK sowie der Deutsche Städte- und Gemeindebund (DStGB), sicher. Neue Konzepte und eine bessere Finanzausstattung der Kommunen sowie der Pflegekassen seien für diese essenziell. Fragen nach der personellen Ausstattung in der stationären Pflege sowie der ambulanten Unterstützungs- und Betreuungsangebote in den Kommunen stehen im Fokus der sechs ausformulierten Positionen der Akteure.

>> „Der Gesetzgeber hat mit den Pflegestärkungsgesetzen I bis III den richtigen Weg eingeschlagen, um die Pflege mit Blick auf die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen sturmfest zu machen. Doch die Liste der Aufgaben ist noch lang. Ein Ausruhen auf dem Status quo darf es jetzt nicht geben“, kommentiert Yves Rawiel, Geschäftsführer von spectrumK und Initiator der Berliner Pflegekonferenz, die Reformbemühungen der Politik. Hier sei nun Initiative gefragt, so Rawiel. Für ihn sind der einfache Zugang zu Angeboten und Informationen, die sich an Pflegebedürftige und Pflegepersonen richten, obligatorisch, würden jedoch derzeit durch komplexe

und schwer nachvollziehbare gesetzliche Rahmenbedingungen erschwert. Gute Beratungsangebote führten zu einer besseren Versorgung von Pflegebedürftigen und stützten den Grundsatz „ambulant vor stationär“, denn es gelte das Wohnen in den eigenen 4 Wänden so lange wie möglich aufrecht zu erhalten.

Darüber hinaus bestehe Handlungsbedarf bei der Einrichtung von

Der Gesetzgeber hat mit den Pflegestärkungsgesetzen I bis III den richtigen Weg eingeschlagen. Doch mit Blick auf die wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen in unserer Gesellschaft gibt es in der kommenden Legislaturperiode noch viele Aufgaben, die dringend in Angriff genommen werden müssen. Mit dem Positionspapier „Pflege in der alternden Gesellschaft“ haben wir gemeinsam mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund das Thema Pflege zur Chefsache gemacht und möchten der neuen Bundesregierung Impulse geben.

Außerdem liegt mir sehr am Herzen, dass die Chancen, die das Pflegestärkungsgesetz III zur Verbesserung der Information Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen bietet, von den Beteiligten Akteuren gemeinsam genutzt werden. Die Vernetzung etablierter und gut funktionierender Beratungsangebote sollte Vorrang haben, um Hilfesuchenden eine umfassende Beratung an einem Ort zu ermöglichen.

Eine menschenwürdige Pflege in einer alternden Gesellschaft muss das gemeinsame Ziel aller beteiligten Akteure sein.

Yves Rawiel, Geschäftsführer spectrumK



Pflege in der alternden Gesellschaft“, ein Themenfeld, welches in der Öffentlichkeit gemeinhin nicht als besonders attraktiv wahrgenommen wird. Da denkt man zuallererst an alte, einsame Menschen die vielfach in verlassenem Dörfern vor dem Fernseher auf den Abend oder sogar auf den Tod warten. Das wäre zwar ein Horrorszenerario, sollte uns aber aufrütteln, Strategien zu entwickeln, wie man in den Städten und Gemeinden alt werden kann und wie wir dem Wunsch vieler, so lange wie möglich selbstständig wohnen zu bleiben und dies wenn möglich in seiner bekannten Umgebung, entsprechen können.

Pflege muss dabei für uns alle mehr sein, als nur die Leistungen der Pflegeversicherung. Es muss zukünftig darum gehen, dass ältere Menschen am sozialen Leben in den Städten und Gemeinden teilhaben können, dass Sie nicht abgeschnitten und isoliert sind von wirtschaft-

lichen und kulturellen Angeboten. Kommunen und Pflegeversicherung können die Probleme der alternden Gesellschaft nur gemeinsam lösen. Das Grundgesetz fordert gleichwertige Lebensbedingungen im ganzen Land. Diesen Auftrag müssen wir erfüllen. Dazu gehört eine flächendeckende ärztliche Versorgung, Mobilitätsangebote und Möglichkeiten der kulturellen Teilhabe in Stadt und auf dem Land für alle, also auch für ältere Menschen.

Den Städten und Gemeinden muss dazu dringend mehr Planungsspielraum und Finanzkraft eingeräumt werden. Nur so können sie die zukünftigen Aufgaben der sozialen Daseinsvorsorge erfüllen.

Dr. Gerd Landsberg, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Städte- und Gemeindebundes

Versorgungsangeboten für Betroffene, vor allem in strukturschwachen und ländlichen Gebieten. „So wie wir in Deutschland mit einem Kraftakt auf dem Weg sind, ein kinderfreundliches Land zu werden, müssen wir uns gleichzeitig viel ambitionierter auf den Weg machen, auch ein altersgerechtes Land zu werden. Das wird nicht

ohne eine entsprechende Prioritätensetzung in der Bundespolitik funktionieren“, ist sich Dr. Gerd Landsberg, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Städte- und Gemeindebundes (DStGB) und Kooperationspartner der Berliner Pflegekonferenz, sicher. Neben einer adäquaten Finanzausstattung brauche man auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen, um die Chancen der Digitalisierung in Pflege und Medizin nutzen zu können. Zwar sei mit den Pflegestärkungsgesetzen auch die Kommune gestärkt worden, doch hier seien dringend weitere Anstrengungen notwendig. Das Positionspapier, das auf der Website des DStGB zum Download bereitsteht, soll dabei Impulsgeber sein. <<

Fachforen informierten die Teilnehmer der BPK durch Expertenwissen

Aktive Prozesse gestalten

Inspiriert von den Impulsen im Plenum strömten die Teilnehmer zu den Vorträgen der Fachforen. Hier standen Innovationstransfers in die Pflegepraxis, das Modell der Pflegekammer oder Social Investment auf dem Programm. „Milliarden drängen hier auf diesen Markt“, beschrieb Professor Harald Schmitz, Vorstandsvorsitzender der Bank für Sozialwirtschaft die Attraktivität des deutschen stabilen, fragmentierten und progressiven Healthcemarktes. Dabei spielten auch zunehmend digitale Lösungen eine Rolle. Ein Thema, das die Pflege gerade erst für sich entdeckt, welches aber großes Potenzial zur Unterstützung von Pflegefachkräften, wie auch pflegender Angehöriger birgt.

>> „Was kann Social Investment zur Verbesserung der Pflege leisten? Dieser Frage ging das Moderatoren-Team Dr. Norbert Hebestreit, leitender Pflegewissenschaftler am Universitätsklinikum Jena und Professor Reinhold Rowski, Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin und Herausgeber von „Monitor Pflege“, nach. 5,5 Milliarden Euro Kreditvolumen hat die Bank für Sozialwirtschaft derzeit an Unternehmen aus dem Gesundheitsbereich ausgegeben, informierte Professor Harald Schmitz, Vorstandsvorsitzender des Geldinstitutes. Von diesem Betrag befänden sich 45% in der Altenhilfe und das vornehmlich im stationären Bereich. Der Trend werde jedoch eindeutig in Richtung des ambulanten Sektors. Als wesentliche Einflussfaktoren auf den Markt im Pflegesektor identifizierte Schmitz beispielsweise einen erheblichen Sanierungsbedarf im stationären Bereich, den er mit 19 Milliarden Euro bezifferte.

Der Markt wächst

Der stetig wachsende, stabile – vor allem deutsche – Healthcemarkt biete Investoren eine vielversprechende Investitionsbasis, ließ Schmitz das Auditorium wissen. Dabei spielten auch zunehmend Investoren mit strategischen Interessen eine Rolle. Wie „MyTaxi“ und „Uber“ hätten diese Unternehmen – im Gegensatz zu reinen Finanzinvestoren – je-

doch durchaus die Absicht, auch die Steuerung zu übernehmen, was Chance oder Risiko bedeuten könne. Immobilien, Personal, digitale Innovationen – diese Kategorien identifizierte Schmitz als die Bereiche im Gesundheitsmarkt, in die derzeit vornehmlich investiert werde.

Apropos digitale Innovationen: In welches der zahlreichen Start-ups sich eine Investition lohnt, eruiert Oliver Koch-Pahl für seine Kunden, die Venture-Capital-Geber und Investoren sind. Arbeits- und Funktionsmechanismen der „super agilen Einheit „Start-up““ müsse man als Unternehmen verstehen, wenn man mit einem solchen jungen, dynamischen und disruptiv agierendem Start-up zusammenarbeiten wolle, erklärte der Managing Partner bei manager4rent. Die Pflege könne hier ihr fachliches Know-how in die Waagschale werfen; bei optimalem Matching könne daraus dann ein erfolgreiches Produkt entstehen. Dafür sei jedoch ein ständiger Austausch essenziell.

Und wie misst man das „Social“ beim Investment? Wenn die schwarze Null nicht steht, sei auch hier Schluss, konstatierte Koch-Pahl.

Mit einem erfolgreichen Beispiel konnte Antonia Albert als Gründerin und Geschäftsführerin von Care Companion aufwarten. Als Voraussetzung für ein erfolgreiches Projekt nannte Sie drei

Kategorien:

- eine gute Idee, die zum einerseits ein möglichst großes Problem behandelt, das viele Menschen betrifft, und zweitens etwas erneuern oder einen Prozess verbessern will,
- das richtige Team, in dem jeder dem Projekt den höchsten Stellenwert beimisst,
- die Finanzierung.

Albert und ihr Bruder haben 2015 das Projekt „Careship“, das aus der Erfahrung der Pflegebedürftigkeit der eigenen Großmutter resultiert, gegründet.

Mit ihrem Start-up informiert das Team Senioren und ihre Angehörigen über Leistungsansprüche und bringt sie mit persönlichen Betreuern und Pflegern zusammen. Pro gebuchter Stunde bekommt Careship dann eine Provision von 20 Prozent.

Zu Beginn nahm das junge Unternehmen am Axel Springer Accelerator teil, der 25.000 Euro und die dreimonatige Arbeit mit Mentoren beinhaltete. Derzeit übernimmt ein US-amerikanischer Investor die Finanzierung, „weil einfach der Zugang zum Kapital in den USA leichter ist“, sagt Albert. Die Investitions- und auch die Risikobereitschaft sei hier eine ganz andere. Gesellschaftlichen Mehrwert mit einer zeitgemäßen Versorgung will das Start-up schaffen und befindet sich nach eigenen Angaben damit auf Expansionskurs.

„Das Ergebnis zählt“

Ob man diesen auch bei der Installation von Pflegekammern ausmachen kann, darüber konnten sich die Besucher des Fachforums „Was bringt die Pflegekammer?“ ein Bild machen. Während Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer, ein positives Fazit der Verkammerung dieser Berufsgruppe zog, kam Kai Boeddinghaus, Bundesgeschäftsführer des Bundesverbandes für freie Kammern (bfffk) zu einem anderen Ergebnis. Ein größeres Mitspracherecht der Pflegekräfte konnte der Referent bei der Institution Pflegekammer nicht ausmachen. Zudem bemängelte er eine nicht ernsthaft geführte Auseinandersetzung mit Problemen bestehender Organisationen wie dem TÜV, der IHK Berlin oder dem Bayerischen Bauernverband, die erhebliche Mängel am Kammer-System offenbare würde. Auch der Zwangsbeitrag wurde heftigst von Boeddinghaus kritisiert. Georg Sigl-Lehner, Präsident der Vereinigung der Pflegenden in Bayern, wollte indes keine emotionale Besetzung des Themas, sondern stellte unter dem Motto „Zwei Wege – ein gemeinsames Ziel“, die Interessen der beruflich Pflegenden in den Mittelpunkt, die es zu verbessern gelte. „Am Ende zählt das Ergebnis“, stellte Sigl-Lehner fest. <<

DAK-Pflegereport 2017

Kulturelle Herausforderung „Demenz“

„Gutes Leben mit Demenz“, lautet der Untertitel des Pflegereports 2017 der DAK-Gesundheit. „Eigentlich eine Provokation“, wie Professor Thomas Klie am 26. Oktober in Berlin bei der Vorstellung des Pflegereports feststellte; aber eben doch die Pflicht der Gesellschaft, Rahmenbedingungen zu schaffen, die gute Lebensbedingungen für an Demenz-Erkrankte und deren Angehörige ermöglichen. Bei derzeit rund 1,6 Millionen demenziell Erkrankten in Deutschland und möglichen 3 Millionen im Jahr 2050 eine essenzielle Frage, mit der sich die Solidargemeinschaft beschäftigen müsse. Um die Betroffenen zu tragen – finanziell wie gesellschaftlich – bedürfe es eines kulturellen Wandels, so Klie, denn „Gutes Leben mit Demenz“ könne nur erreicht werden, wenn die Verantwortung zunehmend geteilt werde.

>> „Es ist möglich, Bedingungen guten Lebens zu schaffen, es ist vor allem eine Pflicht für uns“, so der Appell des Studienautors Professor Klie, Rechts- und Verwaltungswissenschaftler sowie Gerontologe von der Evangelischen Hochschule Freiburg, bei der Vorstellung des DAK-Pflegereports 2017. Seine Einführung machte bereits deutlich, dass beim Thema „Gutes Leben mit Demenz“ ethische Gesichtspunkte viel Raum einnehmen.

So stand denn auch bei der Untersuchung weniger die Krankheit und die somatische Pflege im Fokus, sondern eher die Frage nach Bedingungen guten Lebens, sowohl der Betroffenen selbst, als auch der sorgenden An- und Zugehörigen, wie im Report zu lesen ist. Mit einem methodischen Dreischritt wurden quantitative wie qualitative Erhebungen durchgeführt. Die Bevölkerungs-

umfrage, an der zwischen dem 1. und dem 15. Juni 2017 1.437 Personen ab 16 Jahren teilnahmen, führte das Institut für Demoskopie Allensbach durch. Ein Ergebnis der Umfrage zeigt beispielsweise, dass beim gesellschaftlichen Umgang mit Demenz vorrangig Defizite bestehen. So sprechen sich 78% der Deutschen für mehr Unterstützung für Menschen mit Demenz sowie ihrer Angehörigen aus. Nur 17% halten den gesellschaftlichen Respekt, der Demenzkranken entgegengebracht wird, für ausreichend. Für den Respekt den Angehörigen gegenüber liegt hier ein Wert von 16% vor. Abhilfe kann nach Meinung der Unzufriedenen dabei durch stärkere finanzielle Unterstützung durch die Pflegekasse wie auch durch größeres Engagement von professionellen Pflegediensten geschaffen werden.

Darüber hinaus vertreten 62%

der Bürger die Meinung, dass Menschen mit Demenz so lange wie möglich selbstständig wichtige Entscheidungen treffen sollten. Bei der Subgruppe der pflegenden Angehörigen, die mit 322 Teilnehmern innerhalb der Stichprobe zu beziffern ist, sind davon 70% überzeugt.

Von der Betreuungs-Einrichtung der ambulanten Wohngruppe, die 22% der pflegenden Angehörigen als optimale Art der Unterbringung und Betreuung halten, gibt es laut Report viel zu wenige. „Gerade diese Form der Betreuung ist nur in wenigen Regionen verfügbar“, so Klie. Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, schlug im Zuge dessen die Gründung von Pflegekompetenzzentren vor, die beispielsweise aus der Umwidmung nicht mehr benötigter Krankenhäuser entstehen könnten. Dies könne ein Ort sein, an dem von der Beratung bis hin zu spezialisierten Wohngruppen wichtige Angebote gebündelt werden.

Dass Demenz noch als Tabuthema zu klassifizieren ist, zeigt sich an dem Wert von 35% der Befragten, die das Symptom als solches wahrnehmen. Nur 20% der Umfrageteilnehmer geben an, gut über das Thema informiert zu sein. Selbst diejenigen, die als pflegende Angehörige direkten Kontakt mit von Demenz Betroffenen hatten, berichten nur zu 45% von einem guten Informationsstand. Aus dieser Gruppe wünschen sich 42% mehr Informationsangebote, die Gesamtbevölkerung verlangt mit 36% danach.

Knapp jeder Vierte hat laut Report schon Angehörige mit Demenz begleitet und wer dies intensiv getan hat, ist oft am Ende seiner Kräfte. 59% geben dies an. Eine qualitative Untersuchung des Freiburger Institutes AGP Sozialforschung der Evangelischen Hochschule Freiburg hat Interviews mit acht pflegenden Angehörigen geführt und kommt zu dem Ergebnis, dass professionelle Hilfsangebote kaum ankommen. Regionale Pflegeinfrastrukturen würden kaum wahrgenommen, dagegen dominierten private und gesellschaftliche Deutungen und Bilder von Demenz häusliche Pflegekulturen. Ein Auftrag, auch an die Kassen, hier bessere Strukturen zu schaffen, wie auch Andreas Storm selbstkritisch anmerkte. Bei der Frage nach Unterstützung steht für die Befragten jedoch die finanzielle an erster Stelle: 86% geben an, mehr monetäre Hilfe zu benötigen.

Als „erschreckend deutlich“ bezeichnet der Report außerdem das schlechte Image von stationären Pflegeeinrichtungen. Der Studienautor kommt zu dem Schluss, dass es nicht zuletzt Aufgabe der Politik sei, diesen Gesundheitsbereich sowohl inhaltlich wie auch qualitativ aufzuwerten. Klie betonte jedoch noch einmal ausdrücklich, dass Demenz als kulturelle Herausforderung zu begreifen ist, die – dem Leitbild der geteilten Verantwortung entsprechend – im gesamtgesellschaftlichen Kontext aufgehen muss. <<

Schätzungen zufolge könnten 2050 allein in Deutschland drei Millionen Menschen mit Demenz leben. Um die Herausforderung gesamtgesellschaftlich meistern zu können, müssen wir lernen, die Krankheit als Lebensform anzuerkennen. Nur mit einem neuen Verständnis können wir Menschen mit Demenz ein Leben mit Sinn, Würde, Beteiligung und menschlicher Nähe – kurz: ein gutes Leben ermöglichen.



Pflegekompetenzzentren lösen die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf. Das ist der Weg, um eine der größten Fragen unserer Gesellschaft zu beantworten: Wie organisieren wir ein gutes Leben für Pflegebedürftige? Ein Schwerpunkt sollte die angemessene Betreuung von Menschen mit Demenz sein.

Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Podiumsdiskussion auf dem DAK-Pflegetag 2017 in Berlin

Die vulnerable Seite unserer Existenz

Nur knapp 30% der zu Hause betreuten Demenz-Patienten nehmen den Ergebnissen des Pflege-Reportes 2017 der DAK-Gesundheit zufolge professionelle Hilfe in Anspruch, 70% der Angehörigen bleiben allein mit der Versorgung und Sorge. Dass die Angehörigen mehr Unterstützung benötigen, davon waren alle Teilnehmer der Podiumsdiskussion auf dem DAK-Pflegetag 2017 in Berlin überzeugt. Während für Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW, feststand, dass allein der Ruf nach mehr Pflegekräften nicht ausreicht und pflegende Angehörige essenziell für die Betreuung von Demenzkranken sind, präsentierte Journalistin Sophie Rosentreter mit dem Projekt „PflegeLeicht“ einen Kanal der Aufklärung über das Symptom Demenz, aber auch praktische Hilfestellungen für pflegende Angehörige bietet.

>> „Wir müssen diskutieren, was uns Pflege wert ist“, forderte DAK-Vorstandsvorsitzender Andreas Storm bei der Podiumsdiskussion des Pflagetages der DAK-Gesundheit, und wies im gleichen Atemzug auf die Versorgungsdefizite hin: Ein Jahr nach der Diagnose werden die meisten pflegebedürftigen Betroffenen den Report-Ergebnissen nach, stationär behandelt; jedoch nicht aufgrund ihrer Demenz, sondern aufgrund von Brüchen oder Dehydrierung. Einen enormen Kostensprung von 12.768 Euro auf 24.128 Euro, was einer Steigerung von 89% entspricht, müssen Kranken- und Pflegeversicherung demnach im Jahr nach der Diagnosestellung Demenz aufwenden. Vor allem der Anteil der Pflegeleistungen steige von rund 32% auf rund 42% der Gesamtkosten, so Storm. Eine Belastung für das Gesundheitssystem, dem nur mit besserer Versorgung und auch Diagnostik beizukommen sei: Denn fast zwei Drittel der Erstdiagnosen von Demenz würden nicht anhand adäquater Leitlinien gestellt. Auch Anreize für die Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes seien derzeit kaum auszumachen.

„Um das Problem beherrschbar zu machen, muss in den nächsten 5 bis 10 Jahren erheblich investiert werden“, war auch Karl-Josef Laumann, Gesundheits- und Sozialminister von Nordrhein-Westfalen, überzeugt. „Wir haben eine große Pflegereform durchgeführt,

durch die auch die Bedingungen für Demenzkranke erheblich verbessert wurden und trotzdem hat die Debatte eine weitere Dynamik bekommen.“ Man müsse sich die Demografie-Entwicklung vor Augen halten und vor diesem Hintergrund werde man das Problem nicht allein mit der Einstellung von mehr Hauptamtlichen lösen können. Ein Gesellschaftsmodell sei von Nöten, bei dem hauptamtlich Pflegenden und pflegende Angehörige die Betreuung gemeinsam übernehmen.



Professor Thomas Klie, Andreas Storm, Jörg Bodanowitz/DAK-Gesundheit (v.l.)

Er betonte, dass die Flexibilisierung der Arbeitszeit hier eine wichtige Rolle spielen könne.

Der Minister kritisierte, dass eigentlich die Behandlungspflege in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse gehöre und erhielt von Storm dahingehend Zustimmung, dass im Bereich der Pflege die Sektorengrenzen und teilweise auch die Grenzen zwischen den Sozialversicherungssystemen aufgebrochen werden müssten. Er brachte in diesem Kontext die Idee der „Pfle-

gekompetenzzentren“ ins Spiel, die an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich alles das zusätzlich bereitstellen könnten, was man brauche, damit die Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden könnten oder in Wohngruppen. Auch die ärztliche Versorgung müsse in Pflegeheime optimiert werden, damit die Hospitalsierungsrate sinke.

Dass die Journalistin und Unternehmerin Sophie Rosentreter mit der DAK-Gesundheit zusammenar-

forderte Rosentreter die Zuschauer in einem Video des Projektes „PflegeLeicht“ auf, bei dem sich DAK-Gesundheit und die Journalistin gemeinsam für pflegende Angehörige stark machen. Ein „Sichtbar werden“ für die Gesellschaft steht hier im Zentrum des Engagements. Die Filme können auf der DAK-Gesundheit-Website abgerufen werden.

„Die Humanität in der Gesellschaft erweist sich daran, ob wir Bedingungen guten Lebens schaffen können und es verlangt auch von uns, unsere inneren Ängste zu bearbeiten, die in der Demenz etwas Fremdes, etwas Bedrohliches empfinden“, konstatierte der Autor des Pflegereportes, Professor Thomas Klie. Die verständliche Angst zu überwinden, sei unabdingbar für eine Integration der an Demenz Erkrankten in die Gesellschaft.

Die Teilung der Verantwortung identifizierte der Professor als zentrale Aufgabe. Dabei müsse zwar die professionelle Pflege auch gestärkt werden, sie mache jedoch nur einen geringen Teil der Versorgung aus, die größte Herausforderung sei die Zeitgestaltung. Und dass man auf diesem Weg erst am Anfang ist, dafür stehe die Zahl von 1,8% der demenziell Erkrankten, die einen Platz in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft aktuell erhalten könnten, 20% der betreuenden Angehörigen wünschen sich jedoch einen solchen. Der Ausbau der Unterstützungsstrukturen müsse hier Priorität haben, schloss Klie. <<

Barmer-Pflegereport 2017

Oft an den Bedürfnissen vorbei

Der am 9. November in Berlin vorgestellte Barmer Pflegereport 2017 fokussiert junge Pflegebedürftige. Demnach gibt es laut einer repräsentativen Barmer-Umfrage bei Pflegebedürftigen unter 60 Jahren, beginnend mit dem frühen Kindesalter, etwa 4.000 teilstationäre und rund 3.400 Kurzzeitpflegeplätze zu wenig. Auch den Gesamteigenanteil für Heimbewohner beleuchtet der Report und zeigt eine deutliche Streuung desselben über das gesamte Bundesgebiet hinweg: Von 1.107 Euro in Sachsen-Anhalt bis hin zu 2.252 Euro in Nordrhein-Westfalen müssen die Betroffenen aufwenden.

>> Wer als junger Pflegebedürftiger seiner Behinderung angepasste Wohnangebote sucht, hat schlechte Karten: „Für junge Pflegebedürftige geht das Angebot an geeigneten Pflegeplätzen an deren Bedürfnissen vorbei, Wunsch und Wirklichkeit klaffen häufig auseinander. Die Situation der jungen Pflegebedürftigen muss dringend verbessert werden, und zwar kurzfristig. Hier sind Politik, Pflegekassen und Leistungserbringer gleichermaßen gefragt“, forderte Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer, vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse zum Barmer-Pflegereport 2017.

Strukturunterschiede

Denn die Bedürfnisse und Wünsche junger und älterer Pflegebedürftiger differieren zum Teil deutlich, so die Ergebnisse des Re-

ports. Bereits das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Pflegebedürftigen der unterschiedlichen Altersgruppen weist auf die unterschiedlichen Anforderungen hin: Im Jahr 2015 waren insgesamt 386.000 Pflegebedürftige unter 60 Jahren, (entspricht 13,5 Prozent der 2,86 Millionen Pflegebedürftigen mit den Pflegestufen I bis III). Diese waren vornehmlich männlich (211.000 zu 175.000 weiblichen). Die Gesamtheit aller Pflegebedürftigen, so die Barmer, ist dagegen mit 1,93 Millionen zum größeren Teil weiblich. 1,11 Millionen männlichen Pflegebedürftige standen diesen im Jahr 2015 gegenüber. Und die Zahl steigt weiter. Der Report prognostiziert bis 2050 einen Anstieg auf der Pflegebedürftigen auf 4,5 Millionen.

Die Untersuchung zeigt deutlich auf, dass jüngere Betroffene andere Krankheitsbilder aufweisen

wie z.B. Lähmungen (35 Prozent), Intelligenzminderungen (32 Prozent), 24 Prozent leiden an Epilepsie und zehn Prozent haben das Down-Syndrom. „Junge Pflegebedürftige haben ganz andere Bedarfe als ältere. Dem müssen Pflegeeinrichtungen künftig verstärkt Rechnung tragen“, sagte der Autor des Barmer-Pflegereports, Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen.

Selbstbestimmtes Wohnen ist für pflegebedürftige Kinder und junge Erwachsene schwer zu realisieren. 35 Prozent der Zehn- bis 29-Jährigen würden gerne in eine Wohngruppe ziehen, wie die Befragung von mehr als 1.700 Barmer-Versicherten ergab. Dieses Vorhaben scheitert jedoch an der mangelnden Zahl von Angeboten dieser Art, wie jeder zweite Befragte aus dieser Altersklasse angibt. „Machen wir es einmal plakativ: Ein 30-jähriger Pflegebedürftiger hat in einer Wohngruppe mit 80-Jährigen nichts verloren. Er will auch nicht permanent auf ein Handicap reduziert werden, sondern so aktiv es eben geht am Leben teilhaben“, so Straub. Politik, Bauwirtschaft und Interessenverbände seien hier gefordert, Lösungen zu kreieren.

Spezifische Betreuungsangebote schaffen

Teilstationäre sowie Kurzzeitpflege kann den Ergebnissen zufolge von den Betroffenen ebenfalls nicht wie gewünscht genutzt

werden. Grund hierfür sei mangelndes, zu wenig auf die Krankheitsbilder angepasstes Betreuungsangebot. Für 31 beziehungsweise 27 Prozent der betroffenen Befragten waren keine Angebote für die eigene Erkrankung vorhanden. Neun Prozent der jungen Pflegebedürftigen nutzen einmal im Jahr die Kurzzeitpflege, 19 Prozent würden diese Form der Betreuung jedoch gerne in Anspruch nehmen. „Die ergänzenden Pflegeleistungen, die die häusliche Pflege stärken sollen, würden insgesamt mehr genutzt werden, wenn die alters- und erkrankungsspezifischen Angebote gegeben wären“, sagte Rothgang.

Der Report zeigt auch die einmal mehr gestiegenen Pflegekosten auf. Dabei variieren die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE), die mit dem PSG II eingeführt worden sind, bei der vollstationären Pflege erheblich. Gerade bei diesem Vergleich identifiziert der Report, dass durch den EEE die höheren Pflegestufen entlastet und die niedrigeren Pflegestufen belastet werden. Die reformbedingten Mehrausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für vollstationäre Pflege belaufen sich seit 1. Januar 2017 insgesamt auf knapp zwei Milliarden Euro, wovon zwei Drittel den Pflegeheimen zukommen. Diese jedoch müssen wiederum zum Beispiel Ausgleichszahlungen für den Zwillingseffekt leisten oder in gesetzlich vorgeschriebene Personalschlüssel investieren. <<

Junge Pflegebedürftige können als „Stiefkinder“ der Pflegeversicherung bezeichnet werden. Dabei gibt es in Deutschland fast 400.000 Pflegebedürftige unter 60 Jahren, beginnend mit dem frühen Kindesalter. Jedoch fehlen laut dem Barmer-Pflegereport 2017 bundesweit etwa 4.000 teilstationäre und rund 3.400 Kurzzeitpflegeplätze. Zudem haben junge Pflegebedürftige meist andere Erkrankungen als ältere, andere Bedürfnisse und können häufig nicht wie gewünscht wohnen.

Mit dem Barmer-Pflegereport wollten wir eine Lücke in der Versorgungsforschung schließen und zeigen erstmals auf, warum das Angebot an Pflegeplätzen zu oft am Bedarf junger Pflegebedürftiger vorbeigeht. Deren Situation muss dringend verbessert werden, und zwar kurzfristig. Hier sind Politik, Pflegekassen und Leistungserbringer gefragt.



Prof. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer

Foto: Barmer

Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, zum „Masterplan Pflegeberufe“

Pflege braucht Perspektiven

Um einen Pflegenotstand in der Altenpflege und der Akutpflege abzuwenden, schlägt die Techniker Krankenkasse (TK) einen „Masterplan Pflegeberufe“ vor. Gezielte Maßnahmen sollen die Attraktivität des Berufsbildes steigern, damit vor allem die heute in der Pflege Tätigen länger im Beruf verweilen und dies vermehrt in Vollzeit tun. Darüber hinaus stehen auch die pflegenden Angehörigen im Zentrum des Plans, der vor allem Smart-Home-Lösungen nutzen will, um die Angehörigen merklich zu entlasten. Der stellvertretende Vorsitzende, Thomas Ballast, hat mit „Monitor Pflege“ über weitere Maßnahmen gesprochen.

>> Die Techniker Krankenkasse hat Anfang November einen „Masterplan Pflegeberufe“ ins Spiel gebracht. Welche Defizite im Berufsfeld der Pflege haben die TK veranlasst, einen solchen Plan zu entwickeln?

Für uns als TK zählt, dass unsere Versicherten – sowohl im Krankenhaus als auch im Bereich der Pflegeversicherung – gut versorgt sind. Doch schon heute stehen dem Arbeitsmarkt in beiden Bereichen zu wenig professionelle Kräfte zur Verfügung, obwohl wir mehr Pflegekräfte als jemals zuvor haben. Im Bereich der Altenpflege kommt eine demografische Situation hinzu, die perspektivisch mehr Pflege notwendig macht.

In der bisherigen Debatte lag der Fokus vor allem auf Berufseinstiegern. Und der Frage, wie es gelingen kann, mehr Pflegekräfte auszubilden – sowohl für die Kranken- als auch für die Altenpflege. Dieser Aspekt ist wichtig, wird allerdings erst auf lange Sicht Ergebnisse bringen. Schon heute ist aber die Verweildauer in Pflegeberufen im Schnitt recht kurz: Für Altenpfleger sind es gerade mal 8,4 Jahre. Viele kehren der Arbeit „am Bett“ also den Rücken, weil die Berufe nicht attraktiv genug sind. Hier müssen wir Potenziale heben.

Welche Kernziele sollen mithilfe des Masterplans erreicht werden?

Der Verbleib im Pflegeberuf muss grundsätzlich attraktiver werden – vor allem für diejenigen, die bereits ausgebildet sind. Fachkräfte sollen länger in ihrem Beruf arbeiten können, häufiger in Vollzeit tätig sein und nach einem Ausstieg wieder zurückkommen wollen. Das lässt sich nicht mit unkoordinierten Einzelmaßnahmen erreichen. In einen „Masterplan Pflegeberufe“, wie wir ihn fordern, müssen deshalb alle relevanten Akteure eingebunden werden: von den öffentlichen und privaten Kostenträgern bis hin zu Kommunen und Tarifpartnern.

In Bezug auf die Berufs-Rückkehrer fordern Sie „attraktive Angebote“. Wie können diese aussehen?

Pflegeberufe müssen finanziell und inhaltlich Perspektiven bieten, und das in den verschiedenen Lebensabschnitten. Dazu gehört auch die Entwicklung von Angeboten für Rückkehrer, die gemeinsam mit den relevanten Akteuren entstehen müssen. Denkbar sind beispielsweise familienkonforme Angebote wie die Unterstützung bei der Kinderbetreuung oder Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die Rückkehrer fachlich wieder fit machen. Hinzu kommen gezielte Präventionsangebote, wo wir als Krankenkasse ganz konkrete Expertise beisteuern können.

Die Entlastung pflegender Angehöriger steht auch auf der Agenda. Sie

räumen dabei den Smart-Home-Lösungen einen besonderen Stellenwert ein und fordern deren Aufnahme in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung. In welchem Maße sind technische Assistenzsysteme qualitativ und quantitativ vorhanden, dass eine Aufnahme in den Leistungskatalog gerechtfertigt ist?

Angehörige oder Nahestehende leisten immer noch den Löwenanteil in der Pflege – 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause betreut. Gleichzeitig wirken sich gesellschaftliche Veränderungen auch auf die Pflege aus. Es gibt immer mehr Ein-Personen-Haushalte, denn erwachsene Kinder und Enkel wohnen oft weit weg von Eltern und Großeltern. Gleichzeitig wird es immer einfacher trotz dieser Distanzen zu kommunizieren, Kontakt zu halten und zu unterstützen. Diesem Wandel muss sich auch die Pflegeversicherung stellen. Technisch ist die Unterstützung der Autonomie zu Hause ebenso wie die Vernetzung längst möglich.

Wir zeigen beispielsweise mit dem Projekt „NetzWerk GesundAktiv“ in Hamburg, wie das funktionieren kann. Dabei erhalten die Teilnehmer ein leicht bedienbares Tablet. Die installierte Technik ermöglicht Hilfe bei Stürzen, aber auch die Steuerung von Licht und Rollläden, um etwa ein sicheres Aufstehen zu ermöglichen.

Bereits heute unterstützt die Pflegeversicherung „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“. Die beschränken sich bislang allerdings auf analoge bauliche Eingriffe, wie den Umbau der Dusche. Auch Smart-Home-Lösungen können das Wohnumfeld verbessern und längere Selbständigkeit ermöglichen. Wenn die Politik diesen Anreiz setzt, würden entsprechende Angebote rasch anwachsen. Und: Wer dank Smart-Home länger zu Hause leben kann, erspart der Solidargemeinschaft Kosten für die Pflege im Heim.

Wie soll die Finanzierung der Maßnahmen erfolgen?

Die Pflege entwickelt sich mehr und mehr zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Deshalb müssen auch bei der Finanzierung alle Akteure an einen Tisch. Dazu gehören neben Kranken- bzw. Pflegekassen, auch der Bund, die Länder und Kommunen sowie die Tarifpartner. Die Bezahlung der Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen wird in der Regel unter den Tarifparteien vereinbart. Sie ist nicht Teil der Verhandlungen der Pflegesätze. Als Pflegekasse haben wir hier also keinen direkten Einfluss. Für uns ist dennoch wichtig, dass ein Mehr an Geld auch tatsächlich bei den Pflegenden ankommt.

Herr Ballast, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte MoPf-Redakteurin Kerstin Müller. <<



Foto: TK

Das Projekt InTherAkt arbeitet berufsgruppenübergreifend mit einer eAkte

Zusammenbringen, was zusammen gehört

„Therapieren heißt kooperieren“, dieser Untertitel, den das Projekt InTherAkt trägt, beschreibt den Kern der Projekt-Struktur sehr genau. 15 Hausärzte, 12 heimversorgende Apotheken und zehn Altenhilfeeinrichtungen aus Münster haben bei dem Anfang 2015 gestarteten Projekt mitgemacht, um die Arzneimittelversorgung alter Menschen zu verbessern und unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) zu reduzieren. Eine Optimierung der Kooperation und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen war dabei erklärtes Ziel. Ob und wie dieses Vorhaben gelungen ist, präsentierten die Akteure rund um Projektleiter Professor Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Leiter des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis, im Oktober auf dem Deutschen Schmerzkongress in Mannheim.

>> „Wir haben ein Online-Tool mit dem Ziel entwickelt, dass Ärzte, Apotheker und Pfleger über den elektronischen Weg kommunizieren“, erklärt Professor Jürgen Osterbrink die Idee für das Projekt InTherAkt. Denn systematische Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ist essenziell, will man die Arzneimittelversorgung der „hochvulnerablen Gruppe“ alter Menschen im Altenheim verbessern und damit auch Krankenhauseinweisungen aufgrund von Arzneimittelunverträglichkeiten reduzieren.

Da 30% aller Krankenhauseinweisungen bei alten Menschen auf Arzneimittelunverträglichkeiten zurückzuführen seien, habe eine ständige kritische Überprüfung der Medikation gerade bei älteren Menschen einen hohen Stellenwert, erklärte auch Professor Dr. Georg Hempel vom Institut für Pharmazeutische und Medizinische Chemie der Westfälischen Wilhelms-Universität

Münster und ebenfalls Projektinitiator. Die meist von Multi-Morbidität (40%) betroffenen Altenheimbewohner nehmen in Münster durchschnittlich 12 Medikamente pro Tag, führte Osterbrink weiter aus, wobei Arzneimittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz und Depression ganz vorne rangieren. Und es seien eben bei diesen Indikationen eingesetzte Wirkstoffe, die am häufigsten zu Krankenhauseinweisungen beitragen, wie seit 2007 bekannt sei.

Eine Untersuchung aus dem Jahr 2010, die in elf Einrichtungen in NRW mit 778 Heimbewohnern durchgeführt wurde, wies eine Rate an UAE von 10,3% auf. Davon wurden knapp 60% von Experten als potenziell vermeidbar eingestuft. Die Autoren dieser Studie berichteten zudem, dass die Kooperationsbereitschaft der Pflegenden hoch war, die Einbindung der Hausärzte sich jedoch schwierig gestaltete.

Zu Beginn des Projektes wurden Gruppeninterviews durchgeführt, die deutlich machten, dass auch in Münster Verbesserungsnotwendigkeiten in der Kooperation und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen bestanden. Unzureichendes Wissen zum Aufgabenbereich wie auch eine unzureichende Wahrnehmung der Kompetenz der anderen Berufsgruppen wurden als optimierungsbedürftig identifiziert.

Das Herz schlägt online

„Durch die systematische Intervention im Projekt InTherAkt konnte eine stärkere Zusammenarbeit der Berufsgruppen durch die Systematisierung der Kommunikation mittels der Nutzung der Online-Plattform erreicht werden“, berichtete Dr. med. Ralf Becker, der das Trio der Projektinitiatoren komplettiert. Auf der Online-Plattform, zu der jeder teilnehmende Arzt, Apotheker und jede Pflegefachkraft Zugriff hat, Eintragungen vornehmen sowie einsehen kann, wurden Informationen zu Diagnose und Medikation gespeichert. Mittels dieser Daten konnte daraufhin die Arzneimittelversorgung bei rund 90 Patienten überprüft und optimiert werden. Auch Fortbildungen der Akteure trugen ihren Teil zur verbesserten Kommunikation bei, indem das Verständnis und die Wertschätzung füreinander sehr gefördert werden

konnten. „Wir können nun mit Ärzten auf Augenhöhe agieren und unser Praxiswissen für mehr Arzneimittelsicherheit einsetzen“, zeigt sich Maria Kuhnert, Heimleitung im Altenwohnheim Maria-Hötte-Stift vom Projekt überzeugt. Auch die Ärzte selbst ziehen eine positive Bilanz des Projektes, wie Dr. Peter Münster, Facharzt für Allgemeinmedizin und Teilnehmer von InTherAkt, berichtete. „Durch InTherAkt haben wir jetzt gelernt, sämtliche Medikation, auch von Fremdverschreibern, mitzubetrachten. Wenn Sie alles vernünftig in einem System auf einer aktuellen Informationsbasis haben, können Sie bessere Entscheidungen treffen“, so Münster und ist überzeugt von dem institutionalisierten und strukturierten Austausch mittels InTherAkt. „Unseren Patienten geht's tatsächlich besser. Die, die wir eingeschrieben haben, haben wirklich einen merklichen Vorteil davon.“

Dieser Vorteil lässt sich auch quantifizieren, wie Professor Osterbrink verkündete. Demnach wurde in den zwei Jahren der Projektlaufzeit die Angemessenheit der Arzneimitteltherapie um 25% verbessert. Eine Übermedikation konnte generell vermieden und in Einzelfällen konnten bis zu fünf Medikamente gestrichen werden. Der Erfolg des Projektes manifestiert sich zudem in der Patentanmeldung der Online-Plattform, ein „wichtiger Meilenstein auf unserem Weg, dieses System für die Zukunft der Altenpflege weiter zu etablieren“, schloss Osterbrink. <<



Professor Dr. Georg Hempel, Professor Dr. Jürgen Osterbrink (Projektleiter) und Dr. Ralf Becker nach der Vorstellung des Projektes InTherAkt auf dem Schmerzkongress in Mannheim (v.l.n.r.)/Quelle: Medienhaus Münster

DNVF-Kongress 2017: Substitution ärztlicher Tätigkeiten

Von Delegation und Substitution

Auf dem 16. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vom 4. bis 6. Oktober 2017 in der Urania in Berlin stand eine Diskussion um die Substitution ärztlicher Tätigkeiten auf dem Programm. Während die Pflegewissenschaft diese in bestimmten Bereichen durchaus für möglich hält und vor dem Hintergrund des drohenden Ärztemangels vor allem in der Peripherie als sinnvoll erachtet, sieht die Ärzteschaft nur in der Delegation den einzig praktikablen und gangbaren Weg. Ein Kaleidoskop unterschiedlicher Positionen ließen die differierenden Blickwinkel der verschiedenen Stakeholder für die Zuhörer entstehen.

>> Es war an Professor Gabriele Meyer, Pflegewissenschaftlerin an der Martin-Luther-Uni Halle-Wittenberg (siehe Titelinterview „Monitor Pflege“ 04/2017), die Position der Pflege zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Fachkräfte vor dem Auditorium zu erläutern, nachdem Moderator Professor Edmund Neugebauer bereits einleitend auf die weitreichenden Entwicklungen im Ausland aufmerksam gemacht hatte. Meyer griff dies auf und mit ihrer ersten Feststellung ertete sie bereits Applaus: „Der ärztliche Tätigkeitskatalog ist nicht von Gott gegeben“, sagte sie und verwies darauf, dass die Arbeitsweise im Gesundheitswesen in anderen Ländern „seit circa einem Jahrhundert“ schon völlig anders aussehe. In den USA praktizierten sogenannte Nurse Practitioners (NP) in ganz relevantem Ausmaß. Diese übernahmen breite Aufgaben im Gesundheitswesen, in der primary care. „In einer Publikation im ‚BMJ Open‘ wurde kürzlich festgestellt, dass es 40,5 Nurse Practitioners (NP) pro 100.000 Einwohner in den USA gibt. NPs machten im Vergleich ca. ein Fünftel der tätigen Ärzte aus. Auch in den Niederlanden, Kanada, Australien, Neuseeland, Irland praktizieren NPs“, führte Meyer beispielhaft an, worauf Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erklärte: „Das ist

schlicht billiger.“ In den USA sei das eben die preiswerte Alternative zu Ärzten und in Australien sei es eine Ressourcenfrage. Dort gebe es einfach wenig Ärzte. Für Meyer war das eine Vorlage, denn in ihrem Heimatland Sachsen-Anhalt würden in naher Zukunft mehr als 50% der Hausärzte fehlen. „Wir könnten bald australische Verhältnisse haben und viele Dinge ließen sich einfach besser organisieren“, gab sie zu bedenken und wehrte sich gegen den tendenziellen Vorwurf von Emanzipationsbestrebungen und evozierten Verteilungskämpfen, die in der Diskussion bei dem ein oder anderen Teilnehmer anklangen.

Hierzulande verspüre man einen „rauen Wind“, wenn es um die Umverteilung von Aufgaben der Gesundheitsversorgung gehe, beschrieb Meyer und zitierte folgende Position, formuliert auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag: „... der Deutsche Ärztetag [lehnt] erneut die Substitution ärztlicher Leistungen und Aufgaben durch nichtärztliche Gesundheitsberufe ab“. Die Delegation hingegen sei, so die Ärzteschaft, ein sinnvolles Prinzip, allerdings müsse die Deutungshoheit bei der Ärzteschaft liegen. Diese Meinung vertrat auch Gassen, der die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt wissen wollte. Auch bei hoher Qualifikation nichtärztlicher Berufsgruppen werde, „aus vielen

Puzzlesteinen nur dann ein Gesamtbild, wenn es irgendjemand zusammensetzt und ich glaube, das bleibt letztendlich ärztliche Verantwortung“.

Wenig Ausgestaltung des bestehenden Rahmens

Meyer betonte, dass Substitution im SGB V vorgesehen und vom G-BA in einer Richtlinie konkretisiert worden sei. „Dies, weil sie im umschriebenen Ausmaß als gerechtfertigt, angemessen und zeitgemäß erachtet wurde“, wandte sie sich an die Kritiker.

Bereits das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 räume diese Möglichkeit als genehmigungspflichtige Modellprojekte ein und die Heilkundeübertragungsrichtlinie des G-BA auf Basis von § 63 Abs. 3c SGB V gebe den Rahmen vor. Übertragung sei hier sowohl diagnosebezogen als auch prozedurenbezogen möglich. Bisher sei in der knapp zehnjährigen Geschichte der Verordnung allerdings erst ein Modellprojekt initiiert worden – und das im letzten Jahr. Der Bachelor-Studiengang „Evidenzbasierte Pflege“ in Halle führt nach Meyers

Angaben zu zwei Abschlüssen: zu einem pflegewissenschaftlichen Bachelor und zu einem Berufsabschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in. Außerdem würden die Studierenden darauf vorbereitet, heilkundliche Tätigkeiten bei Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes und chronischen Wunden und Stoma zu übernehmen. Das relativ neue Berufsbild des Physician Assistant, dem von der Bundesärztekammer (BÄK) und der KBV „gepriesenen“ Beruf zur Entlastung der Ärzteschaft, sei dagegen ein Delegationsberuf. „Ist das eine Perspektive?“, fragte PD Dr. rer. med. habil. Neeltje van den Berg, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, mit einer Prise Ironie versehen und hatte das Auditorium auf ihrer Seite. Eine dreijährige Ausbildung zu absolvieren,



Professor Dr. Gabriele Meyer sprach sich für Substitution ärztlicher Tätigkeiten entsprechend qualifizierter Pflegekräfte aus.

deren ausgewiesenes Ziel es sei, den Arzt zu entlasten, klang für sie absurd. Auch für Meyer ist das mit dem Bachelor endende Studium, das bereits eine Fach-Qualifikation voraussetzt, keine Option.

Für Meyer stand indes außer Frage, dass die Qualität der Gesundheitsversorgungsangebote im Falle von Substitution durch speziell ausgebildete Pflegende zumindest gleich bleiben muss und sie verwies auf einige Studien, die positive Effekte auf die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten sowie ein reduziertes Risiko für Krankenhauseinweisung und Mortalität nahe legten und im Falle von Primärversorgung bei chronischen Erkrankungen zumindest gleichwertige Ergebnisse in der Versorgung aufwiesen.

Eine komplexe Intervention

„Substitution von ärztlichem Personal durch speziell trainierte Pflegende ist selbsterklärend eine komplexe Intervention, die mit kontextuellen Faktoren des Settings interagiert. In verschiedenen Settings vermag die Substitution unter bestimmten Bedingungen gut oder sogar besser funktionieren, in anderen vielleicht eher nicht“, war sich Meyer bewusst. Für die Pflegewissenschaftlerin steht fest, dass Substitution entscheidende Hindernisse in der Gesundheitsversorgung abbauen kann, denn so sei es doch beispielsweise vollkommen sinnentleert, dass z.B. eine in der Wundversorgung spezifisch ausgebildete Pflegefachkraft keine Verschreibung tätigen dürfe und ihr Rezept beim Hausarzt abholen müsse, nachdem sie diesem gesagt habe, was er aufschreiben solle. „Das sind Sollbruchstellen, die es zu beheben gilt“, mahnte Meyer und führte als weitere Notwendigkeit für die Ausstattung

Pflegender oder auch MFAs mit erweiterten, definierten heilkundlichen Kompetenzen den Sicherstellungsauftrag an.

Für Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer, war das kein plausibles Argument, denn seiner Ansicht nach bringt Substitution neue Schnittstellen. Bei dem Aufbau von Parallelstrukturen in der eigenständigen Heilkundeausübung würden diese folglich entstehen, welche dann durch eine erhöhte Kommunikation und Abstimmung – gerade dem Patienten gegenüber – die Versorgungslandschaft deutlich unübersichtlich werden lassen könnten. Die Steuerungs- und Integrationsfunktion des Hausarztes würde zudem erschwert, prognostizierte Kaplan, was Meyer zum Anlass nahm die entsprechend ausgebildete Pflegefachkraft als Koordinatorin in den Ring zu werfen, gerade in ländlichen Gebieten, wo die Versorgung nur schwierig sicherzustellen sei. Der Patient stehe hier im Fokus.

Man sei in der Sache ja gar nicht so weit auseinander, meinte Kaplan, und wollte die Begriffe Delegation und Substitution treffender durch das Wort „Übertragung“ definiert wissen, auch wenn man 2008 bei der Kreation dieser Begriffs-Opposition mitgewirkt habe, „um das Thema irgendwo prägnant nach außen zu tragen“. Die Fokussierung auf Substitution versus Delegation hebe eigentlich die Gegensätze zwischen den Berufen hervor, die gar nicht sinnvoll und ebenso wenig notwendig seien, denn bei dem Ziel eine optimale Patientenversorgung sicherzustellen, sei man sich ja einig, so Kaplan und erhielt hier Unterstützung von Neeltje van den Berg, die eine gewünschte Abkehr von die-



Teilnehmer des Lunch-Symposiums zum Thema Substitution ärztlicher Tätigkeiten auf dem DNVF-Kongress 2017. Am Mikrofon Professor Gabriele Meyer, Halle-Wittenberg.

ser begrifflichen Unterscheidung zugunsten der „Kooperation“ in einem Behandlungsteam formulierte. Auch Anita Hausen, Professorin für Versorgungsforschung mit Schwerpunkt pflegerische Versorgung an der Katholischen Stiftungs-Fachhochschule München, war die Modifikation der Begrifflichkeit hin zu „Kooperation“ ein Anliegen. Sie sieht in der Diskussion um die Substitution vor allem eine Möglichkeit „Aufgaben und Tätigkeiten in der Gesundheitsversorgung neu zu gestalten“, und zu sondieren, welche Berufsgruppe der Gesundheitsberufe welche Qualifikationen mitbringt.

Am Beispiel der Pflege machte sie deutlich, dass die Praxis die Hochqualifizierten noch nicht einzusetzen weiß: „Ich bekomme den Frust von meinen Studenten mit, die dann in die Praxis gehen und keine Aufgabengebiete bekommen, die ihren Qualifikationen entsprechen“, so Hausen. Gemeinsame Gestaltung steht für die Wissenschaftlerin im Vordergrund.

Für ein Mehr an Teamorientierung sprach sich auch Professor Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer aus. Er sieht jedoch im Delegationsmodell den einzig gangbaren Weg für eine bessere Versorgung. Obwohl er in der Frage der juristischen

Verantwortungsübernahme und auch der Kompetenz nichtärztlicher Gesundheitsfachberufsgruppen keine grundsätzlichen Probleme sieht, lokalisiert er in der Versorgung ein „kardinales Problem, das sich an Berufsgruppengrenzen entlang organisiert: Wir kooperieren und kollaborieren zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen und den Sektoren nicht optimal“, so Straub. Um zeitnah eine bessere Versorgung zu erreichen, müsse man in Teams organisiert zusammenarbeiten.

Auch Kaplan will die bestehenden Delegationsspielräume genutzt wissen, genauso wie die gestiegenen Qualifikationen der Gesundheitsberufe, aber grundsätzlich sei in Frage zu stellen, warum die Patienten auf das hohe Qualifikationsniveau der Mediziner verzichten sollten. „Reine, originäre ärztliche Tätigkeiten sind nicht substituierbar. Das ist die Diagnosestellung, die Indikationsstellung und letztendlich die Therapiehoheit“, zählte Kaplan auf. Daher setzten die Ärzte auf Delegation: „Da haben wir ja auch die entsprechenden Rechtsgrundlagen: § 15, § 28 und § 73. § 28 definiert: Übertragung der Durchführungsverantwortung innerhalb einer Organisationseinheit“, erklärte Kaplan. Der große Vorteil

sei, dass in diesem Falle auch die Gesamtverantwortung bei dem delegierenden Arzt liege.

Verlustängste

Möglichst hoch qualifizierte Mitarbeiter seien ja auch im Interesse der Ärzteschaft, versicherte Kaplan und lenkte den Blick auf das Delegationsmodell Physician Assistant. Mittlerweile böten 10 Hochschulen diesen Studiengang an, der sicherlich erst einmal den stationären, in der Folge auch den ambulanten Bereich verstärken werde. „Da müssen wir auch noch eine gewisse Überzeugungsarbeit bei unseren Kolleginnen und Kollegen leisten, das sage ich hier ganz offen, weil hier auch eben die Befürchtung besteht – Sie haben eben das Wort in den Mund genommen – einen ‚Mini Arzt‘ zu schaffen.“ Das werde der Physician Assistant mit Sicherheit jedoch nicht sein, da es eindeutig ein neues Berufsbild im Sinne des Delegationsprinzips sei, das zur Arztentlastung und zur Arztunterstützung beitrage.

Die hier anklingenden Verlustängste thematisierte auch Anne Barzel, Hausärztin und Physiotherapeutin, die eine inhaltlich orientierte Debatte über mögliche Aufgabenbereiche und die Ausbildung, die im Sinne der Patienten gestaltet werden sollte, forderte. „Wir sollten etwas mehr Mut haben, wirklich auch Zusammenarbeit, Kooperation, Kollaboration in Modellprojekten zu leben und diese dann wissenschaftlich zu evaluieren“, schloss Barzel und Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK), setzte als Zuständiger für Krankenhäuser und Rehakliniken in privater Trägerschaft den pragmatischen Blick auf das Thema fort. Solange man sich diese Diskussion noch leisten könne,

liege hier ein Luxusproblem vor. „Ob der Physician Assistant für den Patienten eine Gefahr ist, kann man nur in Abwägung der Tatsache treffen, ob irgendwann die medizinische Versorgung noch für jeden erreichbar ist“, mahnte Bublitz und sah auch in dem beschlossenen Pflegeberufegesetz eine vertane Chance, da die berufsrechtliche Regelung neuer Berufsbilder hier versäumt worden sei.

Eine medizinisch fachliche Frage, keine notwendig juristische

Kaplan wies zudem auf die seiner Ansicht nach wenig eindeutige und graduell falsche Formulierung des Gesetzgebers in § 63 3b und 3c in Bezug auf Delegation und Substitution hin, was den Rechtsanwalt und Versorgungsforscher Dr. Thomas Ruppel aus Lübeck auf den Plan rief. „Wir sind an vielem Unheil dieser Welt Schuld, aber daran ausnahmsweise mal nicht. Es gibt in der Regelversorgung keinen ernsthaften Arztvorbehalt, der einer Delegation im Wege steht, abgesehen von Spezialnormen wie Embryonenschutzgesetz, Betäubungsmittel und so weiter.“ Ruppel sieht kein Problem, das alte Heilpraktikergesetz zu ändern: „Wenn Sie Substitution in der Regelversorgung und nicht nur in den Modellprojekten nach §63 3c SGB V wollen, müssen Sie das Heilpraktikergesetz ändern lassen, das wird der Gesetzgeber aber machen, wenn Sie ihn darum bitten.“ Die Reichweite von Substitution und Delegation, die legen Sie als Ärzte und Versorgungswissenschaftler fest. Es gibt keine notwendige juristische Diskussion um Delegation und Substitution, sondern eine reine medizinisch fachliche“, resümierte Ruppel. <<

Neues Lehrgebiet in Münster

>> Seit dem Wintersemester widmet sich im Fachbereich Gesundheit der FH Münster ein eigenes Lehr- und Forschungsgebiet unter anderem den Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen. Der Pflegewissenschaftler Prof. Dr. Björn Sellemann lehrt dort „Nutzerorientierte Gesundheitstelematik und assistive Technologien“. Sellemann ist gelernter Krankenpfleger sowie Pflegewissenschaftler und hat zu Data Mining in der Pflege promoviert,

wie die FH Münster berichtet. Wichtig sei ihm vor allem, „dass die Studierenden ein Selbstbewusstsein entwickeln, sich in IT-Prozesse und Technikentwicklung einzubringen, weil sie – besser als die Entwickler und Ingenieure hinter der Technik – wissen, was sie und die Patienten benötigen“. <<



Foto: Wilfried Gerharz

Dokumentation

>> Zum 1. November 2017 ist die Verantwortung für das Projekt zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation von der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung auf die Trägerverbände der Pflege auf Bundesebene übergegangen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) sowie die übrigen Trägerverbände werden zukünftig das Ein-STEP-System, welches erfolgreich bereits in über der Hälfte der Pflegeeinrichtungen in Deutschland eingesetzt wurde, gemeinsam steuern. Die wesentlichen Strukturen des bisherigen Projektes sollen beibehalten werden. Die Pflegebeauftragte, Ingrid Fischbach, sowie das Bundesgesundheitsministerium übernehmen nach eigenen Angaben die Schirmherrschaft und wollen weiterhin über den Lenkungsausschuss zusammen mit den Trägerverbänden Einfluss nehmen und für einen Bürokratieabbau sorgen, damit Pflegefachkräften mehr Zeit für die Pflegebedürftigen bleibt. <<

Pflege-Thermometer

>> Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) startet mit dem Pflege-Thermometer 2018 eine bundesweite Befragung von Einrichtungen der teil- und stationären Langzeitpflege.

Ziel der Studie ist es, die Situation in den Pflegeeinrichtungen vor dem Hintergrund der zahlreichen gesetzlichen Neuerungen der letzten Jahre auf Bundes- und Länderebene sowie weiterer aktueller Herausforderungen zu untersuchen. Die Untersuchung wird von der B. Braun-Stiftung gefördert und dem Verband der Ersatzkassen e.V. unterstützt.

Innerhalb eines Zeitraumes von vier Wochen können sich die Leitungskräfte dieser Einrichtungen demnach an der Studie beteiligen.

Die Ergebnisse der Studie sollen im Frühjahr 2018 vorliegen und konkrete Aussagen zum Leistungsspektrum und zu den Potenzialen der Einrichtungen ermöglichen. Sie werden nach Angaben des Instituts kostenlos über die Institutshomepage online zur Verfügung gestellt. <<

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik, Universität Witten/Herdecke,
Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft



Patient im Mittelpunkt

>> Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten sind Begrifflichkeiten, die nicht mit einheitlicher Bedeutung gebraucht werden. Würden Sie uns Ihre Definition hier mitteilen?

Ohne Zweifel überschneiden sich pflegerische und ärztliche Aufgaben und es lohnt sich die Diskussion darüber, wo die jeweiligen Grenzen gezogen werden können, ohne dass sie für Patienten zu Bruchstellen werden. Die Frage nach Delegation oder Substitution wird aber diskutiert vor dem Hintergrund, Ärzte zu entlasten und nicht vor dem Hintergrund eigenständige und selbstverantwortliche Pflege endlich zu fördern. Wäre letzteres der Fall, dann würden sich manche absurde Diskussionen erübrigen. Die pflegfachliche Auffassung von Pflege findet sich z.B. im neuen Pflegeberufreformgesetz (PflBRefG, 2017), wo endlich auch Vorbehaltsaufgaben definiert werden. Nimmt man diese Beschreibung ernst, dann erübrigen sich etliche andere Streitpunkte. Für Pflege tragen qualifizierte Pflegenden die Entscheidungs- und Durchführungsverantwortung.

Zu den Begriffen: Der Unterschied liegt für mein Verständnis in der Entscheidungsverantwortung: Substitution wäre die Übertragung ärztlicher Entscheidungsverantwortung auf eine andere Profession mit allen verantwortungsrechtlichen Konsequenzen. Delegation dagegen bleibt die Entscheidungsverantwortung bei der delegierenden Profession, während die Durchführungsverantwortung bei der übernehmenden Profession liegt. Letzteres ist gerade im Krankenhaus für Pflegenden schon immer Alltag.

Ist vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, der zunehmenden Multi-Morbidität oder auch dem in der Gesundheitsbranche erwarteten Fachkräftemangel davon auszugehen, dass die Delegation oder gar die Substitution notwendiges Instrumentarium wird, um die Gesundheitsversorgung sicherzustellen?

Die Aufgabenteilung unter den Berufen im Gesundheitswesen muss neu diskutiert werden. Pflegenden sollten tatsächlich auch im ambulanten Bereich sehr viel stärker für die Unterstützung chronisch Kranker beim Umgang mit ihrer Krankheit eingesetzt werden, sie sollten regelhaft zugehende eher präventiv orientierte Aufgaben erhalten (z.B. Family Health Nurse, Community Nurse), ohne damit ärztliche Aufgaben übernehmen zu müssen. Es geht hier also mehr um Fragen, wo es um Pflege im Sinne von Pflegediagnostik und pflegerische Maßnahmen geht und wo ärztliches Handeln im Sinne medizinischer Diagnostik und Therapie geht. Pflege mit ihren Kernaufgaben zur Bewältigung chronischer Krankheit und des Krankseins hat natürlich hier wesentliche Aufgaben. Dies sollte sowohl bei der Personalbesetzung als auch bei der Qualifizierung endlich ausreichend umgesetzt werden.

Mit dem relativ neuen Berufsbild des Physician Assistant ist eine akademische Qualifikation verschiedener Berufsgruppen – darunter auch Pflegefachkräften – möglich. Der Physician Assistant soll mit dieser Qualifikation den Arzt unterstützen. Ein Meilenstein oder ist hier noch Entwicklungsspielraum vom Delegationsberuf hin zum Substitutionsberuf?

Physician Assistant mag studieren, wer will, die Tätigkeit ist Arztassistent, wie der Name sagt, aber keine Pflege. Für ärztliche Aufgaben können Physician Assistants sehr entlastend sein, pflegerische Aufgaben werden damit nicht weniger.

Der §63 Abs 3c SGB V gibt den Rahmen für eine diagnose- und prozedur-

bezogene Übertragung ärztlicher Tätigkeiten vor. Eine Initiierung von Modellprojekten ist möglich, dennoch gibt es mit dem Bachelor-Studiengang „Evidenzbasierte Pflege“ in Halle erst ein Projekt dieser Art. Warum herrscht hier so viel Zurückhaltung?

Der §63 Abs 3c SGB V ist vor allem in seiner Operationalisierung (Richtlinie) durch den G-BA 2011 eine Regelung, die ausschließlich aus ärztlicher Perspektive formuliert wurde. Schon im allgemeinen Teil wird von der „selbständigen Ausübung der Heilkunde“ so geschrieben, als würde diese bisher nicht von qualifizierten Pflegenden ausgeübt. Selbstverständlich haben Pflegefachpersonen selbständig Heilkunde im Pflegehandeln ausgeübt, denn pflegerische Maßnahmen sind (zusätzlich zu den Maßnahmen anderer Professionen) für Gesundheit und Wohlbefinden von Patienten von oft existentieller Bedeutung, wie vielen Studien zu entnehmen ist. Ist es keine Heilkunde, wenn schädigende Krankheitsfolgen durch Pflege vermieden werden (Dekubitus, Thrombose, Mangelernährung, Stürze etc.)? Ist es etwa keine Heilkunde, wenn Kranke nach einer akuten Phase durch Pflege wieder selbständig werden?

Glücklicherweise bedient sich die Pflege zunehmend der Wissenschaft, auch wenn hier noch reichliche Lücken zu bearbeiten sind. Nach dem G-BA ist die „Ausübung von Heilkunde [...] die auf wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete, praktische, selbständige oder im Dienst anderer ausgeübte Tätigkeit zur Verhütung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden“.

Ich weiß, dass das Heilpraktikergesetz (von 1939!) regelt, dass außer Ärzten nur Heilpraktiker Heilkunde ausüben dürfen. Auch bei diesem ziemlich veralteten Gesetz sollte bedacht werden, dass es auf Betreiben von Ärzteverbänden gegen die Kurierfreiheit im Dritten Reich durchgesetzt wurde.

Sieht man sich die Ausführungen des G-BA zu den „einzelnen übertragbaren Tätigkeiten und Qualifikationsanforderungen“ genauer an, dann finden sich viele Aufgaben (Tätigkeiten), die von Pflegenden längst eigenverantwortlich durchgeführt werden z.B. beim Diabetes mellitus Typ 1: Monitoring der Füße, Hautpflege, insb. Füße und Hände, Bewertung von Selbstmanagementfähigkeiten (eine ureigenste Pflegeaufgabe bei jedweder Krankheit!), früheste Abstimmung des Entlassungstermins etc. Damit will ich nicht sagen, dass es nicht wertvoll ist, Fort- und Weiterbildungen zu diesen Themen anzubieten und für Arbeit in diesen Feldern einzufordern. Das ist aber unabhängig davon, ob derartige Aufgaben nicht längst Pflegeaufgaben sind.

Evidenzbasierte Pflege ist, ebenfalls unabhängig von dem obigen Paragraphen, eine Notwendigkeit, wenn Pflegefachpersonen effektive und nachhaltige Pflege zum Wohle der Patienten umsetzen wollen.

Es wäre durchaus wichtig und hilfreich für kranke Menschen, wenn Pflegefachpersonen professionelle Pflege umfassend selbst ausüben könnten und die Personalausstattung in entsprechenden Organisationen und Institutionen angepasst würde. Schon das würde, nebenbei, die Ärzte entlasten. Wo die Schnittstellen zwischen ärztlichem und pflegerischem Handeln im Sinner eigenverantwortlicher Aufgaben liegen, ist im Detail zu klären. Hierbei sollte immer auch die Perspektive des Patienten im Mittelpunkt stehen. <<

Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe zu Delegation/Substitution

Ein Gegeneinander verhindern

„Das Thema der Delegation ist nicht neu, begleitet seit Dekaden die Teamarbeit am Patienten“, sagt Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der diese Form der Aufgabenübertragung befürwortet, aber die darüber hinausgehende Substitution entschieden ablehnt. Im Sinne einer hochqualifizierten Patientenversorgung spricht er sich für „sinnvolle Kooperationsmodelle“ aus, welchen die Substitutionsbestrebungen, die Akademisierung der Pflegefachberufe eingeschlossen, grundsätzlich im Wege stünden.

>> Bereits 2008 hat sich der Deutsche Ärztetag in Ulm damit beschäftigt. Dort befasste sich das Plenum der deutschen Ärzteschaft mit der Frage, inwieweit ärztlich-zentrierte Leistungen auf nicht-ärztliche Berufe im Sinne der Arztentlastung übertragen werden könnten. In Zeiten begrenzter Finanzmittel und ständig wachsender Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sollten Qualität und Intensität der Patientenversorgung auch in Zukunft nachhaltig gesichert bleiben.

Die Position der Ärzteschaft ist eindeutig: enge Kooperation und eine stärkere Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe. Medizin ist Team-Arbeit mit dem Ziel, eine arbeitsteilige Versorgung mit eindeutig definierten Verantwortungsbereichen ganzheitlich auf Facharztniveau zu leisten. Dabei lebt die Heilkunst am Patienten durch fachärztliche Qualifikation und ärztliche Supervision mit dem Prinzip der Delegation von Leistungen an dafür ausgebildete Gesundheitsfachberufe. Eine Definition dafür findet sich in § 28 des fünften Sozialgesetzbuches: „Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind.“ Eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten lehnen wir jedoch entschieden ab. Jedem Patienten steht eine medizinische Versorgung auf Niveau des Facharztes zu, zumindest auf Facharztstandard, der auf keinen Fall unterlaufen werden darf.

Mit dem Beschluss des diesjährigen Deutschen Ärztetages, das Konzept zum Physician Assistant (PA) zu unterstützen, wurde seitens der Ärzteschaft eine richtungweisende Entscheidung zur Etablierung des PA in unserem Gesundheitswesen getroffen. Der PA soll fachübergreifende und vermittelnde Funktionen in der Gesundheitsversorgung übernehmen und dabei Ärzte durch die Ausführung delegierbarer Tätigkeiten entlasten und weisungsgebunden unterstützen.

„Mit dem PA wurde der richtige Weg eingeschlagen“

Das Prinzip der Delegation bei der sonst notwendigen persönlichen Leistungserbringung garantiert beim Einsatz des PA höchstmögliche Qualität. Der von KBV, BÄK und DHVPA erarbeitete Delegations-Katalog garantiert für die Patienten eine erweiterte Versorgungsqualität. Wesentlichen Einfluss auf die Delegationsfähigkeit haben die Komplexität der Aufgabe, das Gefahrenpotenzial und die Qualifikation des Delegationsempfängers. Je niedriger die mögliche Gefährdung des Patienten durch die zu delegierende Aufgabe, desto eher ist eine Aufgabenübertragung möglich.

Mit dem auf Delegationsbasis arbeitenden PA wurde der richtige Weg eingeschlagen: Die Anordnungsverantwortung liegt beim Arzt, die Durchführungsverantwortung beim qualifizierten PA. Notwendig ist dabei das

Wissen des PA um den jeweiligen Arbeitsvorgang. Je komplizierter die Arbeitsvorgänge, desto eher ist die persönliche Leistungserbringung durch den Arzt erforderlich, wie die derzeitige Rechtsprechung urteilt. Auch werden haftungsrechtliche Probleme so reduziert.

Teamorientierung und Kooperationsbereitschaft aller Gesundheitsberufe ist unverzichtbar. Allerdings müssen die ungeteilte Verantwortung über Diagnostik und Therapie und auch die Budgetverantwortung beim Arzt liegen. Denn es ist der behandelnde Arzt, der für sein Handeln und seine Entscheidungen gegenüber dem Patienten haftet, auch im Falle einer Delegation an nicht-ärztliche Fachkräfte.

Ich warne vor einem Angriff auf die Grundfeste des Arztberufes aus ökonomischen Gründen. Einen ‚Pseudo-Arzt‘ oder ‚Arzt-light‘ darf es nicht geben. Diagnostik und Therapie müssen ebenso in ärztlicher Hand bleiben wie die ganzheitliche Verantwortung für ärztliches Handeln. Die Forderung einer Versorgung mit Facharzt-Qualität geschieht dabei nicht aus Gründen der Besitzstandswahrung, sondern um die Qualität der Patientenversorgung weiter zu gewährleisten und die Attraktivität des ärztlichen Berufsbildes zu erhalten.

Neue Zwischenebenen in der Versorgung führen zu keiner Verbesserung, sondern eher zu einer Verschlechterung und Verteuerung der Krankenversorgung. Ärztliche Tätigkeiten dürfen

nicht aus wirtschaftlichen Gründen auf dafür nicht ausgebildete Personen verschoben werden. Dann verlieren sie nämlich den Charakter der ärztlichen Tätigkeit. Der Maßstab für die Weiterentwicklung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe muss der Nutzen für die Patienten sein.

Kooperation statt Substitution

Die Pflegefachberufe hatten beschlossen, durch die Akademisierung der Pflege eine eigene Parallelwelt zu entwickeln, die losgelöst agiert von dem ärztlichen Teamgedanken einer Verantwortung für eine qualifizierte Patientenversorgung, was auf Substitution hinausläufe. Bei der Versorgungs-Delegation hingegen bleibt die Ärzteschaft Gesprächsbereit.

In der heutigen modernen und komplexen Medizin müssen auch die nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe mittels sinnvoller Kooperationsmodelle und auf dem Wege der Delegation in die Versorgungskonzepte einbezogen werden. Aus Verantwortung gegenüber einer hochqualifizierten Patientenversorgung muss ein Gegeneinander verhindert werden. Nur Miteinander können die zukünftigen Probleme der ambulanten und stationären Patientenversorgung gelöst werden. Eine intensive Kooperation der Gesundheitsberufe erfordert dabei klare rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen, gegebenenfalls durch berufsrechtliche Klärung. <<

Prof. Dr. rer. medic. habil. Michael Schulz
 Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr
 Prof. Dr. PH Hermann T. Steffen
 Michael Durrer, MScN
 André Nienaber, M.Sc.

Wahrnehmung der Effekte der Adherence-Therapie bei psychoseerkrankten Menschen in der forensischen Psychiatrie

Ergebnisse einer qualitativen Studie

Adherence (in Deutschland auch „Adhärenz“) meint eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Professionellen und Patienten im Hinblick auf langfristige Therapieentscheidungen (Gray et al., 2002). Damit grenzt sich dieser Begriff vom Begriff der Compliance ab, der vor allem im Hinblick auf chronischen Krankheitsverläufen als zu paternalistisch angesehen wird (Schulz, 2009; WHO, 2003, Deegan & Drake, 2006). Ob Patienten einem gemeinsam mit Professionellen bzw. professionellen Teams ausgehandelten Therapieplan folgen können oder an der Umsetzung langfristiger therapeutischer Pläne scheitern (non-adhärentes Verhalten), hängt von vielen Faktoren ab (Gray, 2008). Dazu gehören u.a. patientenbezogene Faktoren (z.B. Überzeugungen im Hinblick auf die Erkrankung), Gesundheits- und krankheitsbezogene Faktoren (z.B. Schwere der Symptome), therapiebedingte Faktoren (z.B. Komplexität des Therapieregimes), Faktoren bezogen auf Gesundheitssystem und Akteure (z.B. Arzt-Patienten Beziehung) und soziale bzw. ökonomische Faktoren (z.B. Bildungsniveau und ökonomische Situation) (WHO, 2003, Osterberg, 2005).

>> Für Personen mit psychischen Erkrankungen, die andere Menschen gefährden, führt die regelmäßige Einnahme der Medikamente zu einer Reduktion von Aggressionseignissen („other-directed Violence – ODV“) (Aja-Klein et al., 2006; Nedopil, 2005). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es Interventionen braucht, die die Adherence der Patienten bzw. den Entscheidungsprozess zwischen Betroffenen und Professionellen positiv beeinflussen. Dabei ist es aus ihrer Sicht nicht unbedingt notwendig, gleichzeitig auf Krankheitseinsicht zu fokussieren.

Adherence Therapie nach Gray et al. (2004) ist eine psychotherapeutische Kurzintervention, die durch entsprechend geschulte

Zusammenfassung

Ziel: Untersucht wurden das Erleben und die Erfahrungen von psychoseerkrankten Patienten in der forensischen Psychiatrie, die an einer Adherence Therapie teilgenommen haben.

Hintergrund: Langfristiges Krankheitsmanagement und Medikamente spielen im Rahmen einer forensisch psychiatrischen Behandlung eine wichtige Rolle. Adherence Therapie kann Menschen im Hinblick auf den langfristigen Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützen.

Methode: Es wurde ein Fokusgruppeninterview mit Menschen im Maßregelvollzug mit der Diagnose einer Schizophrenie nach Teilnahme an der Adherence Therapie durchgeführt. Die Daten wurden transkribiert und nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert.

Ergebnisse: Es konnten verschiedene Dimensionen herausgearbeitet werden, die ein tieferes Verständnis für die Wirksamkeit der Adherence Therapie im forensischen Setting zulassen. So konnte gezeigt werden, dass die Kontrolle über den eigenen Krankheitsverlauf durch die Intervention ausgebaut und die Zuversicht gesteigert werden konnte. Auch gaben die Teilnehmer an, durch die Intervention besser über ihr Krankheitsmanagement reflektieren zu können. Als dritte Ergebnisdimension wurde aus Sicht der Betroffenen eine verbesserte Gesundheitskompetenz berichtet.

Diskussion: Es konnten Hinweise auf wichtige Dimensionen partnerschaftlicher Entscheidungsfindung im forensischen Setting herausgearbeitet werden.

Schlussfolgerung: Weitere Forschung ist notwendig, um Chancen und Herausforderungen der Adherence Therapie in der forensischen Psychiatrie tiefergehend zu untersuchen.

Schlüsselwörter

Adherence-Therapie, Sichtweise der Betroffenen, Fokusgruppeninterview, forensische Psychiatrie

Pflegefachpersonen zur Anwendung kommt. Im Rahmen eines kollaborativen und personenzentrierten Ansatzes werden in 5-8 Einzelsitzungen Aspekte des langfristigen Gesundheitsverhaltens unter besonderer Berücksichtigung der Medikamenteneinnahme bearbeitet (Schulz, 2009). Die Intervention basiert auf Erkenntnissen der Kognitiven Verhaltenstherapie und nutzt die Ansätze der Motivierenden Gesprächsführung (Rollnick, Miller, 2005; Kremer Schulz, 2016). Wesentliches Ziel der Intervention ist es, dass Problembewusstsein der Betroffenen zu schärfen und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten im Hinblick auf das Krankheitsmanagement zu stärken. Um dies zu erreichen, wird die mögliche Wahlfreiheit betont und es werden Problemlösungsprozesse angestoßen. Die Intervention lässt sich in drei verschiedene Bereiche unterteilen. So wird zunächst die persönliche Geschichte mit bisherigen Therapieansätzen exploriert und herausgearbeitet, was gut bzw. weniger gut funktioniert hat. In einem weiteren Schritt wird auf Sorgen der Betroffenen im Hinblick auf therapeutische Regime eingegangen, und es werden Vor- und Nachteile von medikamentösen oder Verhaltensinterventionen herausgearbeitet. In der dritten Phase werden ein längerfristiger Plan und Strategien zur Rückfallvermeidung entwickelt (Schulz, Löhr, 2011).

Die Adherence Therapie wurde mittlerweile in verschiedenen Studien auf ihre Wirksamkeit hin untersucht (Gray et al, 2010, Gray et al 2016). Eine multizentrische Studie in Deutschland und der Schweiz zeigt, dass durch die Intervention bei Patienten mit der Diagnose Psychose im Rahmen akutstationärer Behandlung drei Monate nach Entlassung eine Verbesserung des psychopathologischen Zustands erreicht werden konnte, obwohl eine verbesserte Einnahme der Me-

dikamente sich nicht nachweisen ließ (Schulz et al, 2013).

In einer systematischen Übersichtsarbeit zur Adherence Therapie haben Hegedues und Koziel (2014) daher folgerichtig geschlossen, dass der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung als zentrale Ergebnisdimension in zukünftigen Studien mehr Aufmerksamkeit erhalten sollte.

Adherence Therapie kommt auch in forensisch psychiatrischen Settings zum Einsatz. Cavezza et al. (2013) haben in einer forensischen Klinik in Melbourne (Australien) eine randomisierte Evaluationsstudie durchgeführt. Die insgesamt 48 Studienteilnehmer haben entweder Adherence Therapie oder eine Kontrollintervention erhalten, in der Fragen zur Gesundheitsprävention wie z.B. gesunde Ernährung in einem vergleichbaren zeitlichen Umfang mit dem Patienten besprochen wurden. Im Ergebnis hat sich bei den Teilnehmenden der Interventionsgruppe eine statistisch signifikante positivere Einstellung zur medikamentösen Therapie gezeigt. Zudem haben Patienten der Interventionsgruppe nach der Therapie deutlich häufiger angegeben, dass sie Medikamente benötigen. Als besonders effektiv sind seitens der Forscher die „Eins-zu-Eins“-Kontakte beschrieben worden.

Gault et al. (2013) haben im Hinblick auf Adherence in forensischen Settings eine qualitative Studie durchgeführt. In Zentrum der Studie hat die Frage gestanden, wie forensische Patienten und deren Angehörige das Phänomen Adherence bzw. Non-Adherence wahrnehmen und wie deren Perspektive ist.

Betroffene und 6 Angehörige sind im Rahmen von Fokusgruppeninterviews befragt worden. Die Forscher sind zu dem Schluss gekommen, dass eine fördernde und motivierende Haltung der Professionellen eher zu adhärentem Verhalten führt, während weniger konfrontative Beziehungsgestaltung deutlich häufiger non-adhärentes Verhalten zur Folge hat.

Mit dem Projekt „Einführung der Adherence Therapie in der Klinik Nette-Gut“ hat die Betriebsleitung der Klinik Nette-Gut für forensische Psychiatrie den Fokus auf partizipative Therapieverfahren gelegt. Neben der deutlichen Ausrichtung hin zu einer patientenintegrierten Adherence Therapie wurde gleichsam die Qualifikation einzelner MitarbeiterInnen im Pflegedienst zur/zum Adherence TherapeutIn durchgeführt.

Im Rahmen der vorliegenden Studie ist die Frage untersucht worden, wie Patienten die Intervention Adherence Therapie wahrnehmen. Zudem sollte herausgefunden werden, in wie weit Professionelle aus Sicht der Patienten dazu beitragen, dass sie im Hinblick auf ihre Medikamenteneinnahme adhärent sind.

Methode

Es ist eine qualitative Studie auf der Grundlage eines Fokusgruppeninterviews durchgeführt worden (Morgan, 1996). Die Methode der Fokusgruppeninterviews ermöglicht es, Aussagen über kollektive Wissensbestände, Orientierungen und Wertbestände zu treffen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund interessant, dass Adherence Therapie nicht nur eine modularisierte Intervention ist, für die es bestimmte Techniken zu fachgerechten Anwendung braucht. Vielmehr

ist eine fachgerechte Anwendung der Intervention ohne den Einsatz von Empathie und Kongruenz nicht erfolversprechend, sondern wird eher kontraproduktiv wirken.

Die Moderation der Gruppe erfolgt durch zwei der Autoren (M.S., M. L.).

Die Zielpopulation der geplanten Erhebung sind Patienten der forensischen Psychiatrie, die die psychotherapeutische Kurzintervention der Adherence Therapie erhalten haben. Die Diskussion wird mit dem Einstieg in das Thema vom Moderator eröffnet und im Verlauf der Diskussion kommt es üblicherweise zu Zwischen- oder Nachfragen durch den Moderator. Die Diskussion erfolgt unter Bezugnahme auf Leitfragen, sollte maximal 60-90 Minuten dauern und wird auf Video aufgezeichnet. Das Material wird dann mittels der Aufzeichnungen transkribiert und anschließend kategorisiert und bewertet (Kean, 2000). Die Videomittschnitte sind direkt nach der Transkription gelöscht worden.

Die Teilnahme ist auf freiwilliger Basis erfolgt. Von ärztlicher Seite ist die Unbedenklichkeit der Beteiligung an der Untersuchung erklärt worden. Um an den Interviews teilnehmen zu können, mussten die Studienteilnehmer eine Adherence Therapie erhalten haben und zur freiwilligen Teilnahme bereit sein. Im Falle eines bestehenden Einwilligungsvorbehalts musste ebenfalls der gesetzliche Betreuer einer Teilnahme zustimmen.

Transkription und Analyse der Daten

Die Videoaufzeichnung ist für die Auswertung vollständig transkribiert worden. Pausen, Stimmlagen und sonstige parasprachliche Elemente sind nicht erfasst worden, da es sich bei den Gruppeninterviews um gemeinsam geteiltes Wissen und Erleben handelt. Aufwendige Notationssysteme, wie sie bei narrativen Interviews angewandt werden, sind hier nicht erforderlich. Die Transkription kann somit auf entsprechende Vermerke verzichten und enthält nur den Inhalt des Gesprächs (Mayer, 2013).

Auswertung des Datenmaterials

Die Auswertung der Fokusgruppendifkussion erfolgt nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

Gegenstand der Analyse ist die Transkription des Interviews. In einem ersten Schritt werden alle Textstellen markiert, die spontan ersichtliche Antworten auf die Fragen im Leitfaden bilden. Danach werden die Zitate in ein sich beim Durcharbeiten ergebendes Kategorienschema eingeordnet. In einem nächsten Schritt wird eine innere Logik zwischen den Einzelinformationen hergestellt mit dem besonderen Augenmerk auf bedeutungsgleiche Passagen sowie sich widersprechende Informationen. Bedeutende Passagen werden im Zusammenhang mit der Forschungsfrage gesondert betrachtet und analysiert. Anschließend werden die einzelnen Passagen noch mal detaillierter zugeordnet und präzisiert, sowie interpretiert (Mayer, 2013). Die Kategorien werden in Beziehung zueinander gesetzt und können dann in eine zentrale Kategorie bzw. einen Hauptaspekt integriert werden. Mittels Kontrastierung sind aus dem Datenmaterial

die Haltung, die Einschätzung und das Erleben der Intervention nach Alter, Maßnahme und Aufenthaltsdauer exploriert worden.

Mögliche ethische und datenschutzrechtliche Risiken

Die Videoaufnahmen sind nach Transkription gelöscht worden, und die anonymisierten Transkripte sind bei den Autoren (M. S., M. L.) verblieben. Die angewendete Anonymisierungsstrategie ist vom Datenschutzbeauftragten des Landes Rheinland-Pfalz geprüft und als fachlich angemessen und im Hinblick auf den Schutz der Studienteilnehmer als ausreichend eingestuft worden.

Ergebnisse

Insgesamt haben sechs männliche Patienten der forensischen Klinik Nette-Gut an dem Interview teilgenommen. Alle Teilnehmer sind

nach § 63 StGB in der Klinik untergebracht. Drei Studienteilnehmer haben einen Migrationshintergrund. Es sind sowohl Patienten einbezogen worden, die erst seit ca. 2 Jahren im Maßregelvollzug untergebracht sind, als auch Patienten, die seit 11 Jahren dort behandelt werden. Bei allen Patienten ist eine antipsychotische Medikation verordnet. Aus datenschutzrechtlichen Gründen und zum Schutze der Personen erfolgt an dieser Stelle keine ausführliche Darstellung der soziodemografischen Daten. Die Interpretation der Daten ermöglicht einen vertieften Einblick in das Erleben der Therapie seitens der Teilnehmer und gibt Einblick in die Chancen, die in einem emanzipatorisch gefärbten Umgang mit therapeutisch medikamentösen Regimen liegen. In der Folge werden die Schlüsselkategorien unter Darstellung ihrer Dimensionen beleuchtet, um diese anschließend in eine Kernkategorie zu integrieren. Die Schlussfolgerungen werden durch Zitate aus dem Interview belegt.

Literatur

- Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress Behav.* 2007 Jan-Feb;33(1):86-96
- Bennett-Levy, J., Richards, D., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K., Kavanagh, D., ... & White, J. (Eds.). (2010). *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. OUP Oxford.
- Bressington, D., Stewart, B., Beer, D., & MacInnes, D. (2011). Levels of service user satisfaction in secure settings—A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1349-1356.
- Cavezza C, Aurora M, Ogloff J *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* (2013): The effects of an adherence therapy approach in a secure forensic hospital: a randomised controlled trial, *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(4), 458-478
- Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57(11), 1636-1639.
- Gault I, Gallagher A, Chambers, M (2013) Perspectives on medicine adherence in service users and carers with experience of legally sanctioned detention and medication: a qualitative study. *Dove Press* (7) 787-799
- Gray, R., Bressington, D., Lathlean, J., & Mills, A. (2008). Relationship between adherence, symptoms, treatment attitudes, satisfaction, and side effects in prisoners taking antipsychotic medication. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(3), 335-351.
- Gray, R., Bressington, D., Ivanekka, A., Hardy, S., Jones, M., Schulz, M., ... & Chien, W. T. (2016). Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 16(1), 90.
- Gray, R., White, J., Schulz, M., & Abderhalden, C. (2010). Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: an international programme of research. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 36-44.
- Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., Lesse, M., & Gournay, K. (2004). Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia: Cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 157-162.
- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(3), 277-284.
- Hegedüs, A., & Kozel, B. (2014). Does adherence therapy improve medication adherence among patients with schizophrenia? A systematic review. *International journal of mental health nursing*, 23(6), 490-497.
- Kisely, S. R., Campbell, L. A., & Preston, N. J. (2011). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Library*.
- Kremer, G., & Schulz, M. (2016). *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag.
- Krumm, S., & Becker, T. (2006). Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. *Psychiatrische Praxis*, 33(02), 59-66.
- Martin, T., & Street, A. F. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(5), 543-551.
- Mayring, P. (2010). Qualitative inhaltsanalyse. In *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Morgan, D. L. (1996). *Focus groups as qualitative research* (Vol. 16). Sage publications.
- Nedopil, N., & Gross, G. (2005). *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie: ein Handbuch für die Praxis*. Lengerich: Pabst.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Pollähne, H. (2014). Hat das Bundesverfassungsgericht das Heilen verboten? Die Rechtsprechung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. In *Gewalt und Psyche* (pp. 17-40). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (2005). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Schulz, M. (2009): Adherence Therapie als psychotherapeutische Kurzintervention durch Pflegenden in der stationären Psychiatrie – Intervention und Bildungsmaßnahme. In: Saimeh, N. (Hg.): *Motivation und Widerstand – Herausforderungen im Maßregelvollzug*. Bonn: Psychiatrie Verlag, 239-255
- Schulz, M., Gray, R., Spiekermann, A., Abderhalden, C., Behrens, J., & Driessen, M. (2013). Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: a multi-centre randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 146(1), 59-63.
- Schulz M., Löhr M. (2011) *Adherence-Therapie Manual 1.2, „Ein Handbuch für Professionelle in der Psychiatrischen Einrichtung“* Richard Gray und Deborah Robson, Übersetzung: M. Schulz unter Mitarbeit von S. Große, S. Ratzka, S. Dorgerloh, C. Abderhalden, Bielefeld/Gütersloh, 2011.
- Schulz M., Stickling-Borgmann J., Spiekermann A. (2009) *Professionelle Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege am Beispiel der Adhärenz-Therapie*. Psych Pflege, Georg Thieme Verlag KG, Jg. 15, Seite 226 – 231.
- Wabnitz, P., Schulz, M., Löhr, M., & Nienaber, A. (2017). Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatrische Pflege* 2017, Vol. 2, Issue 1, S. 31-36
- Weinmann, Stefan. „Erfolgsmythos Psychopharmaka.“ *Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen*. Bonn: Psychiatrie Verlag (2008).
- World Health Organisation (2003): *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organisation.

Schlüsselkategorie: Kontrollgewinn – Perspektive auf ein anderes Leben

Die zentrale Kategorie „Kontrollgewinn“ speist sich aus den Unterkategorien „Kollaborative Entscheidungsfindung“ und „Hoffnung auf Normalität“. Die Ergebnisse aus den Interviews machen deutlich, dass die durch den Therapeuten vorgenommene strukturelle und empathisch-emotionale Rahmung der Intervention grundlegend für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und damit zum Baustein in der Entwicklung von Hoffnung gesehen wird, im Zusammenwirken der Komponenten entsteht die Überzeugung, mehr Kontrolle über seine Angelegenheiten gewinnen zu können, was wiederum die Entwicklung neuer Perspektiven zulässt.

Unterkategorie: Kollaborative Entscheidungen

Die Entfaltung kooperativen Handelns im Prozess der Adherence-Therapie zeigt sich von grundlegender Bedeutung für das Erleben der Intervention. Insbesondere die non-direktive, Individualität und Präferenzen anerkennende Performanz des Therapeuten bildet hier die Basis für die Möglichkeit eine reflektierte Haltungen zu entwickeln, Entscheidungen zu treffen und diese in gemeinsamer Verantwortung zu tragen und zu vollziehen.

„Sie saß nicht einfach nur da [...] Sie hat auch gefragt, ob das überfordert, müssen wir das abbrechen? geht es Ihnen gut damit? Da habe ich schon gespürt, sie interessierte sich, wie es mir geht und dass ich auch ernst genommen werde. Nicht einfach so dahingeschrieben, sie hat schon nachgefragt, mehrmals nachgefragt.“

(#00:19:56-9#)

Es zeigt sich, dass der Therapeut, um einen Ermächtigungsprozess im Hinblick auf Therapieoptionen zu ermöglichen, eher in der Rolle eines Coaches agieren muss. Dabei gilt es, im flexiblen Umgang mit Stärken und Schwächen, den Patienten in die Lage zu versetzen, selbst die für sich erwünschten Veränderungen herbeizuführen. Dabei wird deutlich, dass der Therapeut gleichermaßen seine Kompetenz für die Sache und den Willensbildungsprozess demonstrieren muss, um die notwendige Sicherheit herzustellen und zu fördern.

„Ich habe immer Nebenwirkungen ... von der Depotspritze und dann haben wir gemeinsam überlegt, ob es ein Medikament gibt, was dagegen hilft und dann habe ich mit der Ärztin geredet und seit dem nehme ich Akineton.“

(#00:11:32-5#)

„Im Gespräch austauschen, offen sein in der Therapie ist ja wichtig. Das habe ich halt in der Adherence-Therapie bestätigt bekommen. Das auch eine Vertrauensbasis da ist (...) und das man reden kann mit den Therapeuten.“

(#00:09:04-0#)

Ein sensibilisierender Gesprächsbeginn und eine empathisch, offene Haltung des Therapeuten fördern eine Offenheit des Patienten, der auf dieser durch den Therapeuten bereiteten Plattform Raum fin-

det, seine Lage zu betrachten und seine Ausgangssituation kritisch zu reflektieren.

„Bei mir ist es so, ich kann es (beim Adherence Therapeuten) gleich ansprechen. Ich bin offen und transparent, wenn ich nicht ehrlich bin in der Therapie zu den Ärzten, Therapeuten da mach ich mir ja selber etwas vor. Wenn ich offen bin und sage direkt, was ich meine, komme auf den Punkt, zur Sache, erkläre denen wie es mir geht, wie ich mich fühle, wie meine Befindlichkeit ist usw. was ich von der Arznei halte.“

(FI-P #00:33.02-1#)

Unterkategorie: Situationsklärung und Hoffnung auf „Normalität“

Es wird deutlich, dass die Adherence-Therapie zu einer situationsangemessenen Einschätzung und Konkretisierung der individuellen Lebenslage führt und gleichzeitig die Hoffnung auf ein zukünftiges Leben jenseits medikamentöser Unterstützung schürt. Mehr noch entmutigt diese Hoffnung nicht, falls sich die Erwartung nicht einstellen sollte, sondern ermöglicht vielmehr die kritische, aber dennoch wirklichkeitsnahe Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten des medikamentösen Regimes und der augenblicklichen Situation.

„Das Medikament wird momentan noch benötigt, was später passiert ist mit Blick auf die Zukunft, das ist anders. Da können wir jetzt ja keine Aussage machen aber Gegenwärtig würde ich sagen, benötige ich schon Medikamente. Wenn ich eingestellt bin, geht es besser. Natürlich lässt sich immer darüber streiten, in welcher Dosierung dies stattfindet [...]“

(#00:15:33-7#)

Damit stimuliert die unversperrte, möglichkeitseröffnende Gestaltung der Adherence-Therapie, die Entfaltung biografischer Zukunftsperspektiven und präveniert die Entwicklung einer resignativen Vorstellung von dem, was sein wird. So transportiert sich die Hoffnung auf ein Wiedererlangen gesellschaftlicher Akzeptanz eben nicht allein über die Medikamente selbst, sondern vor allem durch eine im Prozess neu oder wiedergewonnene Form der Selbstüberzeugung und der Zuversicht in die eigene Kraft, soziale Anforderungen auch angesichts krankheitsbezogener Einschränkungen zu meistern.

„[...] weil es für mich ein Stück Normalität, sich in der Gesellschaft zu integrieren, heißt für mich nicht unbedingt, dass ich dafür Arznei benötige, um ein angemessenes Verhalten an den Tag zu legen, sondern ist es Selbstverständlichkeit, ist Normalität, dass ich anständig oder ruhig bin und halt einen gefassten Eindruck mache. Bei mir ist es, was ich habe, ist nicht so ausgeprägt, dass ist nicht so stark und daher kann ich mir vorstellen, dass ich vielleicht irgendwann ohne Medikamente leben kann. Also vorstellen kann ich mir das schon. Jeder ist auf seine Art und Weise durch sein Krankheitsbild eingeschränkt. Jeder Mensch hat gesunde und kranke Anteile und bei mir überwiegen die gesunden Anteile. Das haben mir die Ärzte auch schon bestätigt.“

(#00:33:02-1#)

Schlüsselkategorie: Selbstversicherung und Ermöglichung reflexiver Distanz

Das Verstehen des eigenen Handelns zeigt sich als wichtiger Schritt in der Genesung von Menschen mit langandauerndem Krankheitsgeschehen. Die Adherence-Therapie scheint hier nicht unwesentlich dazu beizutragen, ermöglicht sie doch eine reflexive Distanz einzunehmen, das eigene Handeln zu durchdringen und neu einzuordnen.

Der „Rückblick“ und der „Blick nach vorne“ sind dabei wichtige Elemente und ermöglichen, dass der Patient Zugang zu seinem Handeln finden und erkennt, wie er Einfluss auf die Gestaltung der Situation und des Verlaufs nehmen kann.

„Ja das war zum Beispiel noch eine interessante Skala, zum Beispiel Zukunftspläne. Da war so eine Skala: Wo warst du früher und wo warst du jetzt. So und ich hab bei meiner Skala rausgefunden, dass es jetzt bei mir ständig auf und ab geht und seit ungefähr vier Jahren bin ich auf der Spitze angekommen und das bleibt stabil... Obwohl ich mit dem Personal Streitigkeit hatte und hatte kein Bock auf Therapie [...] ich bin stabil geblieben, sag ich mal so. Wichtig bei der Therapie ist, wenn man im Kontakt bleibt.“

(#00:09:48-3#)

Unterkategorie: Selbstbetrachtung

Die durch den Adherence-Therapeuten demonstrierte Offenheit und Anregung zur situativen Abstandnahme stoßen Introspektionen an, die erlauben, das eigene Handeln in neuen Zusammenhängen zu sehen, optionale Lösungswege zu erkennen und andere Strategien im problembezogenen Umgang zu entfalten.

„[...] bin ich auch zugänglicher geworden und offen für Fragen und an meinen Problemen zu arbeiten, so sehe ich das.“ (#00:15:33-7#)

Die Intervention trägt in der Folge zu der Mobilisierung verloren geglaubter Lösungskompetenzen bei und aktiviert kreative Fertigkeiten.

„Also ich habe bei der Adherence-Therapie gelernt, dass man da schon offen da rein gehen kann. Man kann nicht da sitzen und einfach so die Fragen beantworten. Ich habe die Akten bekommen, die habe ich aufgehoben. So kann man zurückschauen und sehen, was alles passiert ist. Ich habe die Akten aufgehoben und habe sie dann durchgelesen. Alle zusammen.“

(#00:10:32-6#)

Unterkategorie: Realisierung von Lösungsstrategien

Die Adherence-Therapie ist in ihrer Form als iterativer Lernprozess zu verstehen, der durch den Therapeuten angeregt wird und die Einnahme von Medikamenten in einen übergeordneten Zusammenhang stellt. Hier wird das medikamentöse Regime kontextualisiert und instrumentelle zielbezogene Wege im Umgang mit ihm erfahren.

„Es waren so ungefähr vier Sitzungen und da habe ich begriffen, die Notwendigkeit (der Medikamente), weil es waren sehr spezifische

Fragen [...]“

(#00:19:58-2#)

„Hier durch die Adherence-Therapie ist mir bewusst und auch klar geworden, wie wichtig Medikamente sind.“

(#00:23:21-1#)

Deutlich wird jedoch, dass der angeregte Lernprozess und die Entfaltung neuer Lösungsmöglichkeiten nicht mit Beendigung der Adherence-Therapie abgeschlossen sind. Vielmehr erweist er sich als langer, zuweilen mühsamer Pfad, der auch weiterhin das unterstützende Handeln eines Therapeuten erfordert. Mithin wird das Ende der Therapie als frustrierendes Ereignis erlebt, das den hoffnungsvoll eingeschlagenen Weg behindert oder gar versperrt, wenn die im Therapieprozess dargebotene fördernde Anleitung und Hilfe im Behandlungsalltag keinen Anschluss findet. So besteht die Gefahr, dass die schrittweise Entfaltung von Bewältigungskompetenz wieder stagniert.

„Also mein Gedanke ist, dass es eher ins Therapiekonzept eingebaut wird. Ich finde es sehr hilfreich, nicht nur für mich, für andere Patienten auch, die davon profitieren können. Schade finde ich, das waren sehr gute Gespräche und [...] nach Beendigung des Fragebogens und der Arbeit mit ihnen, finde ich, ist es ein wenig untergegangen.“

(#00:22:49-7#)

Schlüsselkategorie: Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz

In dieser Kategorie verdeutlicht sich, dass der kritische Umgang mit dem medikamentösen Regime zum einen ein Selbstmanagement der Erkrankung ermöglicht, zum anderen die allgemeine Gesundheitskompetenz befördert. Es befähigt aber auch zur kritischen Auseinandersetzung mit der Behandlungsrealität. Die Kategorie setzt sich auf den Unterkategorien „Sachkompetenz“ und „Zweckdienlichkeit der Mittel“ zusammen.

Unterkategorie: Sachkompetenz

Die Aneignung von Wissen über das medikamentöse Regime, seine Auswirkungen und sein intendierter Nutzen werden als basal betrachtet und vermitteln die massgebliche Kompetenz zur Entwicklung eines selbstgesteuerten, zweckdienlichen Umgangs mit der erkrankungsbestimmten Situation.

„Ich habe viel über mich selbst gelernt. Und ja, über die Einnahme der Medikamente, den Zweck und auch Wirkung [...]“

(#00:09:07-2#)

„Das hat mir ab und zu insofern etwas genutzt, dass ich besser aufgeklärt wurde über die Medikation und auch einiges dazulernen konnte, was ich vorher noch nicht wusste. Und das hat er sehr gut gemacht, dass man die Fragen zusammen bearbeiten kann und besprochen haben und das sind Fragen, die schon in Frage kommen für mich, die mich ansprechen, mit denen ich mich identifizieren kann, es war eigentlich eine gute Sache und ich habe es auch gerne gemacht.“

(#00:24:59-3#)

„Und ich habe dadurch meine Medikation besser kennengelernt.“

(#00:17:11-1#)

So lassen sich durch den sukzessiven Wissensgewinn Strategien entfalten, die vor dem Hintergrund einer schrittweise zunehmenden Selbstsicherheit Bedürfnisse und Handlungserfordernisse erkennen und das Handeln gesundheitsbezogen ausrichten.

„Wenn es mir schlecht geht, warte ich eine Stunde und dann melde ich mich davor an, dass es mir schlecht geht, warte eine Stunde und dann nehme ich bei Bedarf. Und das habe ich davor (vor der Adherence Therapie) nie gemacht, da habe ich direkt Medikamente eingenommen und fertig.“

(#00:12:49-4#)

Unterkategorie: Zweckdienlichkeit der Mittel

Das Wissen um Medikamente, ihrer Chancen, ihre Risiken und Grenzen erlaubt eine emanzipierte Haltung gegenüber ihrer Wirkmacht einzunehmen. Dabei ermöglicht eine Ausweitung der Perspektive, medikamentöse Regime instrumentell zu betrachten, ihr Leistungsvermögen zu realisieren und gleichzeitig ihre adversen, das persönliche Vermögen beschränkende Kräfte auszubilden. So versetzt die Adherence-Therapie die Personen in die Lage, mehr Einflussnahme auf das therapeutische Geschehen nehmen zu können und zeigt Bearbeitungsmöglichkeiten im Umgang mit Störeffekten.

„Weil es schränkt ja auch in gewisser Hinsicht ein, und beeinträchtigt. Für den einen ist es gut, für den anderen ist es vielleicht nicht so gut. Es hat alles Vor- und Nachteile. Aber ich denke mir, Medikamente sind dann erst wichtig, wenn der Nutzen davon höher ist als die Nebenwirkungen. Dann macht es Sinn, [...]“

(#00:27:21-3#)

Dass sich auch dieser aneignende Lernprozess nicht komplikationslos und störungsfrei vollzieht, wird deutlich in den Erfahrungen, die die Patienten auf dem Weg sammeln und sie zeitweise an ihrer Lebenslage verzweifeln lassen.

„Weil anders ging es nicht und umgekehrt haben sie es hingekriegt, dass ich die Medikamente genommen habe. Aber ich habe immer gedacht, man will mir was antun, man will mich wegspritzen, [...]“

(#00:15:09-0#)

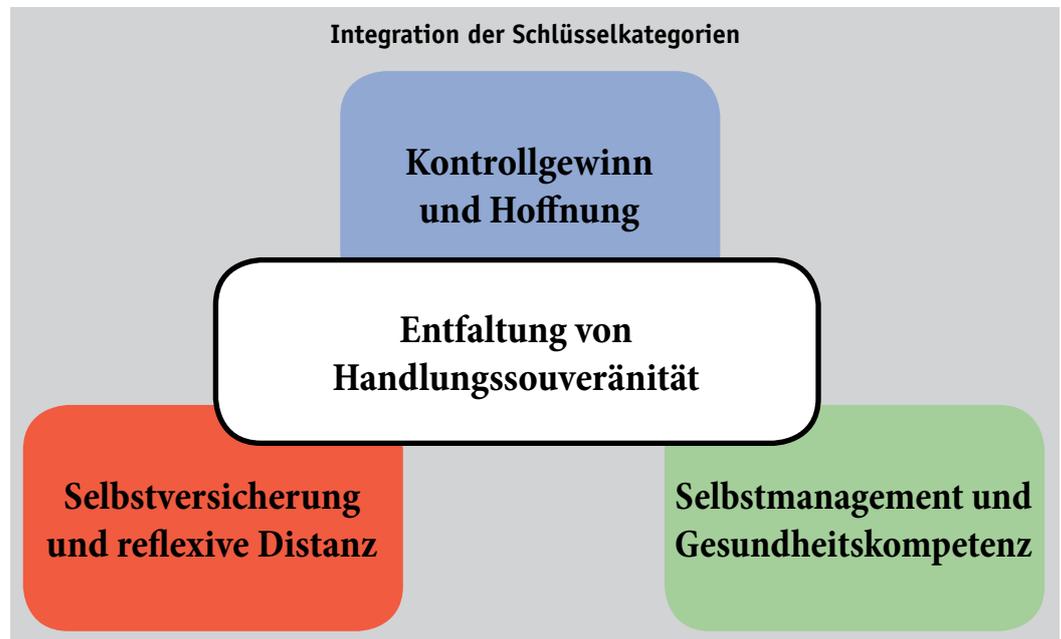


Abb. 1: Integration der Schlüsselkategorien in die Kernkategorie „Entfaltung von Handlungssouveränität“

„[...] die Medikamente sind nichts anderes als Nervengift. Weil sie die Nerven lähmen, die Gelenke rosten ein und so weiter.“

(#00:23:21-1#)

In der Betrachtung der Schlüsselkategorie „Kontrollgewinn und Hoffnung“, „Selbstversicherung und reflexive Distanz“ sowie „Selbstmanagement und Selbstkompetenz“ (s. Abb. 1) wird deutlich, dass die in ihren jeweiligen Dimensionen beinhalteten Phänomene einen Kompetenzgewinn zum Ausdruck bringen, der sich in der übergeordneten Betrachtung als „Entfaltung von Handlungssouveränität“ konzeptionalisieren lässt. So kann der Verlauf der Adherence-Therapie als ein iterativer Lernprozess beschrieben werden, der über die sensible auf Partizipation gründende Anleitung des Therapeuten seitens des Patienten zu einem Mehr an Kontrolle führt, das wiederum den Aufbau biographischer Hoffnung ermöglicht.

Das im therapeutischen Prozess vermittelte Wissen und die Fertigkeiten befähigen, Einfluss auf die Gestaltung des medikamentösen Regimes zu nehmen und ein akzeptables individuelles Medikamentenarrangement einzuklagen. Mehr noch bildet sich auf diesem Weg eine gesundheitsbezogene Kompetenz heraus, die es möglich macht, sich für seine eigenen Interessen einzusetzen. Diese fußen auf der Kompetenz zur reflexiven Distanzierung von einer momentanen Situation und leiten über eine begleitete Introspektion einen Prozess der Selbstversicherung ein.

Diskussion

Nach unserem Wissen handelt es sich bei der vorliegenden Studie um die erste qualitative Untersuchung zu Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Kurzintervention der Adherence Therapie im Bereich des Maßregelvollzugs in Deutschland. Pflegefachpersonen in der Forensik stehen im Spannungsfeld von Kontrolle auf

der einen und therapeutischen bzw. sorgenden Ansätzen auf der anderen Seite (Martin & Street, 2003). Studienergebnisse weisen darauf hin, dass vermehrter Zwang die Behandlungsergebnisse nicht verbessert (Kisely et al, 2011). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Adherence Therapie im forensischen Setting ein Weg zu mehr Partizipation im Kontext der Behandlung sein kann. Vor dem Hintergrund des restriktiven Settings und der Tatsache, dass Sicherung und Therapie gleichrangig zu beachten sind, sind partizipative Ansätze in Therapie und Pflege ein Herausforderung für Mitarbeitende in der forensischen Psychiatrie. In der Schlüsselkategorie „Selbstversicherung und reflexive Distanz“ wird deutlich, dass die Patienten durch die Intervention in der Lage sind, manche Verhaltensweisen kritisch zu reflektieren. Dies wird an vielen Zitaten deutlich. Durch die Nutzung der selbstreflektischen Anteile, kann der einzelne Patient für sich die beste Entscheidung treffen und diese entsprechend begründen. Aufgrund der eigenen Erfahrungen können Copingstrategien entwickelt werden. Allerdings sprechen die Patienten auch kritische Aspekte an. Das plötzliche Ende der Intervention, auch wenn bekannt ist, dass die Intervention zeitlich begrenzt ist, scheint die Patienten nachhaltig zu beschäftigen. Hier wird deutlich, dass es die Sorge gibt, dass die erarbeiteten Inhalte in Vergessenheit geraten. Diese Besorgnis ist an mehreren Stellen im Interview von den Teilnehmern benannt worden. Hier sollten in Zukunft Überlegungen angestellt werden, wie diesen Befürchtungen entgegengewirkt werden kann. Im Kontext der Schlüsselkategorie „Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz“ konnten Aussagen gefunden werden, die darauf schließen lassen, dass die Patienten innerhalb der Intervention Adherence Therapie einiges über den Umgang mit und die Wirkungsweisen von ihnen verordneten Medikamente gelernt haben.

Die Ergebnisse des Fokusgruppeninterviews zeigen, dass Psychiatrische Pflegefachpersonen nach entsprechender Qualifikation in der Lage sind, psychotherapeutische Kurzinterventionen erfolgreich durchzuführen und dadurch zu einer Kompetenzerweiterung im Krankheitsmanagement bei den Teilnehmern in der Untersuchung beitragen konnten. Dabei handelt es sich aus Sicht der Autoren auch um ein Beispiel für einen niedrigschwelligen verhaltenstherapeutischen Ansatz („Low-Intensity CBT) (Wabnitz et al. 2017, Bennett-Levy et al., 2010).

Limitationen

Einschränkend muss festgestellt werden, dass die vorliegende Evaluation einige Schwächen aufweist. Aufgrund des restriktiven Settings konnten leider nur sechs männliche Patienten im Rahmen eines Fokusgruppen Interviews befragt werden. Daher geben die Ergebnisse lediglich erste Anhaltspunkte, dass die Adherence Therapie in der forensischen Psychiatrie ein sinnvolles Instrument sein kann. Eine Übertragung und Generalisierung der Ergebnisse dieser qualitativen Studie ist aufgrund der kleinen Stichprobe und der Tatsache, dass ausschließlich eine Klinik einbezogen worden ist, nicht möglich. Die Ergebnisse dürfen für die untersuchte Gruppe allerdings als valide angesehen werden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die wohlwollenden Rückmeldungen das Ergebnis eines Selektions-

Bias sind. Weitere Forschung ist notwendig, um die vorhandenen Ergebnisse zu validieren und die Langfristigkeit der Effekte zu überprüfen. Im Sinne einer partizipativen Forschung sollten zukünftig auch Nutzer Teil des Forschungsteams sein (Krumm & Becker, 2006).

Schlussfolgerung

Pflegende und Patienten sehen sich mit gesetzlichen Änderungen im Hinblick auf die Einnahme von Medikamenten im Maßregelvollzug konfrontiert (Pollähne, 2014). Zudem sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur langfristigen Medikation als Rückfallprophylaxe widersprüchlich und erfordern für die Betroffenen eine Unterstützung bei der individuellen Entscheidungsfindung (Weinmann, 2008). Daraus ergeben sich neue Herausforderungen im Hinblick auf das langfristige Krankheitsmanagement. Die Ergebnisse dieser Untersuchung basieren auf einem Interview mit in der forensischen Psychiatrie untergebrachten Personen, die die psychotherapeutische Kurzintervention Adherence Therapie erhalten haben. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, wie die Pflegenden im interdisziplinären Behandlungsteam einen effektiven Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten können und das Herausarbeiten gemeinsam akzeptierter Therapieregime unterstützen. Da dies in Zwangskontexten bisweilen schwierig ist, ist es von großer Bedeutung, mit Studien wie dieser die Sichtweise der Patienten deutlich zu machen. <<

Danksagung

Wir danken den Patienten, die sich an der Studie beteiligt haben.

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen. Der Beitrag entstand im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit. Eine finanzielle Unterstützung von anderer Seite gab es nicht.

Perception of the effects of Adherence Therapy in psychotic patients in forensic psychiatry

Aim: Research was undertaken on the experiences made by patients with psychosis illnesses within a forensic psychiatric setting that participated in an adherence therapy.

Background: Long-term illness management and medication play an important role within forensic treatment. The adherence therapy can support individuals with regard to their long-term illness management.

Method: A focus group interview was conducted with patients with the diagnosis of a schizophrenic illness. This took place after they had participated in an adherence therapy. The data was then transcribed and analysed in the sense of a qualitative approach.

Results: Several different dimensions were able to be highlighted that allow for a deeper understanding of the effectiveness of the adherence therapy within a forensic setting. It was able to be proven that controlling the course of one's own illness can be enhanced with the aid of intervention and the confidence the patients had was thereby increased. In addition, the participants in the study also stated that they were better able to reflect on the management of their illness due to the intervention. The third result's dimension of those affected mentioned was that there was an improved competence with regard to the health matters that they were dealing with in the aftermath.

Discussion: References to important dimensions of partner-related decision-making within a forensic setting were able to be worked out.

Conclusion: Further research is needed in order to be able to examine, in more detail, chances and challenges regarding the adherence therapy in forensic clinics..

Keywords

Adherence Therapy, the views of those affected, focus group interview, forensic psychiatry

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

ist Krankenpfleger und habilitierter Professor für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld-Bethel. Er promovierte am Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaften an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Implementierung von Recovery, von komplexen Interventionen im Kontext von Konfliktreduzierung in psychiatrischen Institutionen und Adherence.



Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr

ist Professor für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld-Bethel. Er promovierte am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Implementierung von komplexen Interventionen im Kontext von Konfliktreduzierung in psychiatrischen Institutionen, Adherence und Verbesserung der Versorgungspraxis von Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus.



Prof. Dr. PH Hermann T. Steffen

ist Professor für Gesundheitswissenschaften an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld-Bethel. Steffen hat Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld studiert. Promotion im Fach Gesundheitswissenschaften im Bereich Pflegewissenschaft bei Prof:in Doris Schaeffer zum Thema „Familie und chronische Krankheit“. Arbeitsschwerpunkte am Lehrstuhl „Gesundheitswissenschaften“ sind Gesundheitssystemgestaltung und Versorgungsforschung mit dem Fokus auf „Patientenorientierung und Patientenpartizipation im Gesundheitswesen“.



Michael Durrer, MScN

ist Pflegeexperte APN (Advanced Practice Nursing) des Unternehmens Luzerner Psychiatrie in Luzern (Schweiz). 2009 schloss er die Grundausbildung als Pflegefachmann HF mit Schwerpunkt Psychiatrie ab und absolvierte zwischen 2011 und 2016 das Masterstudium Pflege an der Berner Fachhochschule. Während des Studiums arbeitete er auf einer akutenpsychiatrischen Aufnahmestation für Erwachsene in verschiedenen Funktionen. Die Bachelor- und Master-Thesis wurden zu den Themen Suizidalität und Haltungen von Pflegenden im Zusammenhang mit Aggressionsereignissen verfasst.



André Nienaber, M.Sc.

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld-Bethel und Leitung der Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh. Er hat an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg studiert und ist Student im Promotionsstudiengang „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ der Internationalen Graduiertenakademie (InGrA).
Kontakt: andre.nienaber@fhdd.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