

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



Interview mit Professor Dr. Michael Isfort: „Es fehlt eine übergreifende Pflegeberichterstattung in Deutschland – eigentlich unverständlich, denn es ist der wichtigste Versorgungsbereich.“

Keine Helfersackgasse

Fachforum der Koordinierungsstelle „welcome@healthcare“ zur Integration geflüchteter Menschen in Pflege- und Gesundheitsfachberufen.

Verantwortung übertragen

Die Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, Malu Dreyer, berichtet über die Koalitionsverhandlungen in Sachen Pflege.

„Klotzen und nicht kleckern“

Franz Wagner fordert als Präsident des Deutschen Pflegerates einen Masterplan für die Pflege, der die Konturen der Profession schärft.



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

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

Pflege als Beruf ist attraktiv und sinnstiftend

>> Titelinterview mit Professor Michael Isfort, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

> S. 6 ff.

„Es fehlt eine übergreifende Pflegeberichterstattung in Deutschland – eigentlich unverständlich, denn es ist der wichtigste Versorgungsbereich.“ So **Prof. Dr. Michael Isfort**, Professor für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung an der Katholischen Hochschule NRW sowie stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Zu dieser Berichterstattung trägt er mit dem „Pflege-Thermometer“ bei.

Zwei wichtige Ergebnisse 2018: „Wir gehen alleine in diesem Sektor von rund 17.000 derzeit offenen und sofort zu besetzenden Stellen aus. Dass der Eintritt ins Rentenalter der Hauptfluktuationsgrund ist, hat uns erstaunt.“ „Pfleger sind in aller Regel ... nicht mit ihrem Beruf oder den Berufsinhalten unzufrieden, sondern meist mit den aktuellen Arbeitsbedingungen und -belastungen. ... Denn die Pflege als Beruf ist weiterhin attraktiv und sinnstiftend.“ Dieser Unterschied ist wichtig.

Interviews mit Malu Dreyer, Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, und Franz Wagner, Präsident des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR)

„Mir persönlich sind die Stärkung der Pflege im ländlichen Raum und eine stärkere Ausrichtung der Pflege auf Vorbeugung wichtig.“ So **Malu Dreyer**, Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, im „Monitor Pflege“-Interview.

> S. 14

„In der Pflege wurde in der letzten Legislaturperiode viel an Reformen umgesetzt. Allerdings wurden die beruflich Pflegenden dabei stark vernachlässigt.“ Der Koalitionsvertrag der neuen Regierung bietet Potenzial, ist aber „leider wenig konkret bzw. weder finanziell noch strukturell ordentlich abgesichert.“ Was hat der Deutsche Pflegerat vor, damit die notwendigen Entscheidungen besser ausdifferenziert und richtig in Gesetzesform gebracht werden? Lesen Sie dazu die Aussagen von **Franz Wagner**, Präsident des Deutschen Pflegerates, im „Monitor Pflege“-Interview.

> S. 11

Wissenschaftliche Beiträge

Witte und Zahn analysieren für die beiden Flächenländer Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern mit hohen Pflegeprävalenzen und altersassoziierten Erkrankungen (z.B. Demenzen) die Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung zwischen den Jahren 2011 und 2015. 2014 hatte fast jeder dritte Demenzkranke noch keine Pflegestufe. Mit der Einführung der Pflegegrade 2017 ist mit einem deutlichen Anstieg der Demenzkranken mit Pflegegrad zu rechnen. Fast zwei Drittel der 60+-jährigen AOK-Nordostversicherten mit Demenz und Pflegestufe wurden 2015 in der eigenen Häuslichkeit gepflegt. Die Nutzung der Tagespflege lag 2015 nur bei 14 %.

> S. 20 ff.

Köster-Steinebach betrachtet Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen aus Patientensicht. Es besteht die Gefahr, dass dauerhaft ein Pflegeniveau festgelegt wird, das unterhalb des Standards von ausreichend und zweckmäßig liegt. Damit wird dieses Niveau auch dem Selbstverständnis der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gerecht. Die Anforderungen an die Pflegepersonalausstattung müssen in Abhängigkeit vom individuellen Pflegebedarf festgelegt werden. Dafür brauchen wir bessere Instrumente zur Erhebung des Pflegebedarfs.

> S. 27 ff.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Frühling und wieder interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können. <<

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

INHALT

Pflege als Beruf ist attraktiv und sinnstiftend

Editorial MoPF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Kein Versteck für schlechte Qualität

Editorial MoPF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Gute Bedingungen schaffen

Interview mit Professor Dr. Michael Isfort, KathO NRW

„Wir brauchen einen Perspektivwechsel“

Pressegespräch auf dem Deutschen Pfleretag

Impressionen

Der Deutsche Pfleretag 2018 in Szene gesetzt

Mehr Mut zur Veränderung

Interview mit dem Präsidenten des Deutschen Pflergerates, Franz Wagner

„Klotzen und nicht kleckern“

Akteure aus Politik, Verbänden und Wissenschaft auf dem Deutschen Pfleretag

Studien: „Mit Eliten pflegen“/„Pflege-Thermometer 2018“

Bestandsaufnahme und Blick in die Zukunft

Mehr Verantwortung übertragen

Malu Dreyer, Ministerin des Landes Rheinland-Pfalz, im Interview

In die richtige Richtung

Der 5. MDS-Pflege-Qualitätsbericht

Keine Helfersackgasse

Erste Fachtagung „welcome@healthcare“

Option Caring Community!?

Das 107. Aachener Hospizgespräch

WISSENSCHAFT

Dipl.-Psych. Christine Witte, MPH

Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

Regionale Entwicklung: Demenzerkrankte und Pflegeleistungen

Dr. Ilona Köster-Steinebach

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

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

10

Franz Wagner*

Präsident



11

Yves Rawiel

Geschäftsführung



12

Lutz Bandte

Geschäftsführung



14

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szezan

AOK-Bundesverband



15

16

Universitäten/Hochschulen/Institute

18

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten/Herdecke



20

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

IGV Research



27

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

Impressum Monitor Pflege

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

4. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
 Bonn, Bundesrepublik Deutschland

Verlag
 eRelation AG - Content in Health
 Vorstand: Peter Stegmaier
 Kölnstr. 119, 53111 Bonn
 www.ereRelation.org
 mail@ereRelation.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
 WIRmachenDRUCK GmbH
 Mühlbachstr. 7
 71522 Backnang
 T. (+49) 711 995 982 - 20
 E: info@wir-machen-druck.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.



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

Kein Versteck für schlechte Qualität

>> 4.543 Einträge findet die Suchmaschine auf „bücher.de“, wenn man den Begriff „Pflege“ eingibt. Okay, da sind auch einige Bücher darunter, die sich mit der von Oldtimern, Mountainbikes und Rosen beschäftigen, aber die meisten mit jener für Menschen allen Alters. Unter letzteren findet sich auch eines, das etwas aus der Art schlägt: Das ist der Kriminalroman „Ohne Moral“ von Martina Rosenberg. Die Journalistin, Autorin, Presereferentin für verschiedene Sozialverbände und Gründerin von *pflege.pro* – ein Portal, das pflegende Angehörige während der Pflegezeit multimedial begleitet – hat bereits über Sterbehilfe, die Pflegefalle und in dem „Spiegel“-Bestseller aus dem Jahre 2012 „Mutter, wann stirbst du endlich?“ herzergreifend beschrieben, wie die Pflege der kranken Eltern zur Zerreißprobe wird.

Nun auf einmal ein Krimi? Warum das? Die Erklärung liegt auf der Hand. Weil man mit dieser literarischen Kunstform Dinge auf den Punkt bringen und Fakten pointiert und sicher auch überspitzt ansprechen kann, die erst in der Dramatik eines Krimis ihre wahre Wucht entfalten, um so die diesem Roman zu Grunde liegenden skrupellosen Machenschaften von Pflegediensten, Ärzten und Angehörigen als das zu entlarven, was sie sind: menschenverachtende Betrügereien bis hin zum billigend in Kauf genommenen Tod.

Nun daraus gleich den Rückschluss zu ziehen, dass viele Pflegende, ob Profis oder Angehörige, in diese Kategorie fallen würden, wäre völlig falsch. 99,99 Prozent all derer, die sich tagtäglich um pflegebedürftige Menschen kümmern, sind eigentlich absolute Gutmenschen, die ihre Arbeitskraft, ihr Engagement und ihre Empathie oft über ihre jeweiligen Grenzen hinaus beanspruchen. Chapeau für diese oft genug aufopfernde Tätigkeit, die immer noch nicht die Anerkennung bekommt, die sie verdienen würde. Dennoch führt uns der Kriminalroman von Rosenberg auf eine durchaus wichtige Spur, die auch im 5. MDS-Pflege-Qualitätsbericht aufscheint, für den MDK-Prüfer die Versorgungsqualität bei 175.000 pflegebedürftigen Menschen untersucht haben. Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, identifiziert in diesem Bericht „zwei zentrale Baustellen“: Das sind zum einen die verbesserungswürdigen Bedingungen für die Pflegekräfte, zum anderen steht für ihn die Stärkung der Transparenz über die Pflegequalität im Fokus, an deren System die Wissenschaft derzeit arbeite. Ende dieses Jahres rechne man laut Kiefer mit dem Beginn der Umsetzungsphase, er fordert: „Schlechte Qualität soll sich, anders, als es bei den Pflegenoten möglich war, nicht mehr verstecken können.“ Natürlich kann man mit Qualitätsberichten betrügerische Machenschaften nicht verhindern, aber man kann sie durch ein Mehr an verpflichtender Transparenz ein wenig erschweren.

Vielleicht auch darum fordert Professor Dr. Michael Isfort, Professor für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung an der Katholischen Hochschule NRW sowie stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), eine übergreifende Pflegeberichterstattung in Deutschland. Genau diese fehle hierzulande, sagt Isfort im Interview mit „Monitor Pflege“, ein Tatbestand, der für ihn „eigentlich unverständlich“ sei, denn nur die Experten vor Ort könnten die relevanten Einschätzungen zu den Wirkungen von Gesetzgebungsverfahren für den Alltag abgeben. Das sind nun einmal Fachkräftemangel, arbeitsplatzbezogene Belastungen sowie eben die sowohl zu geringe Wertschätzung als auch Entlohnung. Pflegende seien, so Pflegewissenschaftler und Versorgungsforscher Isfort, „in aller Regel ja nicht mit ihrem Beruf oder den Berufsinhalten unzufrieden, sondern meist mit den aktuellen Arbeitsbedingungen und -belastungen“.

Und genau die führen im eingangs erwähnten Roman zu den hier angeprangerten Entgleisungen und Betrügereien. Wohlgedacht: Das sind immer nur einige, ganz wenige Einzelfälle, die jedoch leider die unheilige Kraft haben, eine ganz wichtige, wenn nicht gar die wichtigste gesellschaftliche Leistung überhaupt zu diskreditieren. <<

Ihr

Peter Stegmaier,
Chefredakteur „Monitor Pflege“

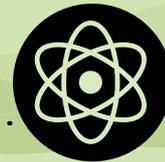


Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

17. Kongress | 10. - 12.10.2018 | Urania - Berlin

Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen

Wissenschaft / Forschung



Versorgungspraxis



Gesundheitspolitik



10. – 12.10.2018, Urania Berlin

Call for Abstracts – verlängert
Einreichungstermin: 15.4.2018 über www.dkvf2018.de

Interview mit Professor Dr. rer. medic. Michael Isfort, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KathO NRW)

Gute Bedingungen schaffen

Eine übergreifende Pflegeberichterstattung in Deutschland fordert Professor Dr. Michael Isfort, Professor für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung an der Katholischen Hochschule NRW sowie stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), und kann mit der Studie „Pflege-Thermometer 2018“ selbst einen Teil dazu beitragen. Doch noch zu selten werden seiner Meinung nach Expertise und Beobachtungen von Einrichtungen und Akteuren systematisch erfasst. Die Ergebnisse der aktuellen Untersuchung zeigen beispielsweise, dass nach Einführung des PSG II nur bei der Hälfte der Einrichtungen zusätzliche Personalstellen realisiert werden konnten, gleichwohl dies intendiert war. Wie die Pflegeeinrichtungen mit dem Problem fehlender Personalressourcen umgehen und an welchen Stellschrauben Gesellschaft, Politik und Wissenschaft drehen können, erklärt Isfort im Interview.

>> Herr Professor Dr. Isfort, auf dem Deutschen Pfllegetag 2018 haben Sie die Ergebnisse der Studie „Pflege-Thermometer 2018“ vorgestellt, die durch das DIP unter Ihrer Leitung durchgeführt wurde. Antworten von 1.067 Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Pflege sind in die Studie eingeflossen. Was sind die Kernergebnisse? Und: Gibt es für Sie Überraschungen?

Ein ganz zentrales Ergebnis ist sicherlich die Deutlichkeit, mit der der Fachkräftemangel untermauert werden kann. Wir gehen alleine in diesem Sektor von rund 17.000 derzeit offenen und sofort zu besetzenden Stellen aus. Dass der Eintritt ins Rentenalter der Hauptfluktuationsgrund ist, hat uns erstaunt. Er zeigt aber, wie hoch die Ersatzbedarfe in Zukunft sein werden oder schon sind, denn die demografische Entwicklung macht auch vor den Pflegenden selbst nicht Halt.

Wie begegnen die Pflegeeinrichtungen denn diesem Problem?

Die Einrichtungen sind sehr aktiv bei der Mitarbeitersuche, sie nutzen vielfältige Möglichkeiten. Sie bieten z.B. flexible Arbeitszeiten für Pflegendе mit Kindern an und vieles mehr. Alleine, all das reicht nicht und so steigen für die vorhandenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter u.a. auch die arbeitsplatzbezogenen Belastungen weiter an. Mehr als jede fünfte Einrichtungsleitung gab darüber hinaus an, in den letzten drei Monaten aus Personalmangel selber einen Belegungsstopp ausgesprochen zu haben.

Ist Ihnen bei den Ergebnissen denn auch ein Aspekt besonders positiv aufgefallen?

Positiv hat uns überrascht, dass über 40 Prozent der Leitungen angaben, sich aktiv bei der Integration von Flüchtlingen in das Arbeitsfeld der stationären Versorgung zu beteiligen. Das zeigt, welche Bedeutung die

stationäre Pflege auch als gesellschaftliche Kraft hat.

Es ist die neunte Befragung dieser Art, mit der Sie 2001 begonnen haben. Wie hat sich das Studiendesign seit dem Jahr der ersten Publikation 2002 verändert?

Das „Pflege-Thermometer“ ist ja so etwas wie eine „Dachmarke“. Es werden alle zwei Jahre sehr unterschiedliche Felder der Pflege und Versorgung beleuchtet. Daher wechseln die Inhalte und Fragen, die wir auch gemeinsam mit Akteuren aus dem Feld entwickeln. Vielfach wird ja über Pflege geredet, aber zu selten werden die Einrichtungen und Akteure selbst dazu befragt. Es fehlt eine übergreifende Pflegeberichterstattung in Deutschland – eigentlich unverständlich, denn es ist der wichtigste Versorgungsbereich. Nur die Experten vor Ort können aber die relevanten Einschätzungen zu den Wirkungen von Gesetzgebungsverfahren für den Alltag abgeben.

Ihre Beobachtungen und Expertise systematisch und bundesweit zusammenzufassen, das ist das Anliegen der Studienreihe. Daher befragen wir auch bundesweit und oftmals sogar im Rahmen einer Vollerhebung. Das heißt, wir schreiben alle Einrichtungen in Deutschland an – das ist in dieser Form sicherlich einzigartig. In diesem Jahr haben wir die Bedingungen der teil-/vollstationären Pflege untersucht, in 2016 die des ambulanten Sektors und davor Fragen zur Versorgung von Menschen

mit Demenz an die Krankenhäuser gerichtet.

Haben Sie schon eine Idee oder Vision, inwieweit sich der Akzent der Fragestellung in den nächsten Jahren verlagern könnte?

Das ist im Vorfeld immer schwierig zu sagen. Sicherlich werden wir eine Befragung in der teil-/vollstationären Pflege so schnell nicht wiederholen können. Wir entscheiden das genaue Thema immer gemeinsam im



Vorstand im Institut und beobachten dazu im Vorfeld sehr genau, in welchem Feld Entwicklungen angestoßen wurden, über deren Auswirkungen noch wenig bekannt ist. Nach den Pflegereformgesetzen war es naheliegend, sich der teil-/vollstationären Pflege zuzuwenden. Wenn es zu Personaluntergrenzen der Pflege im Krankenhaus kommen sollte, dann ruft uns das wahrscheinlich wieder auf den Plan. Vorstellbar ist aber auch, dass wir das Pflegeberufereformgesetz und damit die Bildungseinrichtungen einmal umfassend befragen.

Die Veränderungen bei der Fragestellung der Studie resultieren ja nicht zuletzt aus modifizierten politischen Rahmenbedingungen, die in der vergangenen Legislaturperiode bezüglich der Pflege in einer höheren Frequenz und Intensität umgesetzt wurden. Die Pflegestärkungsgesetze – beispielsweise mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff oder dem Plus an Pflegehilfsmitteln – haben für die Betroffenen wesentliche Veränderungen herbeigeführt. Welche neue Regelung erweist sich für Sie als ein Meilenstein?

Die Frage ist ja immer, für wen was ein Meilenstein ist: für die von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen, für die Pflegenden, die Träger oder die Politiker? Natürlich kann man sich als Politiker auf die Fahne schreiben, dass man Meilensteine erreicht hat, wenn neue Gesetze verabschiedet wurden, die viel versprechen. Fast die Hälfte der Einrichtungsleitungen aber gab z.B. an, dass nach Einführung des PSG II keine zusätzlichen Personalstellen realisiert werden konnten, gleichwohl dies intendiert war.

Sind Ihnen weitere Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze bekannt?

Die Leitungen beobachten auch mehrheitlich, dass Neueinstufungen im Vergleich zu den Pflegestufen niedriger ausfallen und rund 40 Prozent rechnen daher mit finanziellen Einbußen. Das wird sich auch auf die Personalbesetzung auswirken.

Die Finanzsteuerung und die Personalsteuerung erweisen sich insgesamt aktuell als schwieriger für die Leitungen. Diese Effekte sind immer wieder theoretisch thematisiert worden, aber wir können dies nun mit repräsentativen Daten untermauern. Positiv werden aber z.B. die Effekte durch die strukturierte Informationssammlung beschrieben. Hier werden neben einer Erhöhung der Klarheit auch Effekte bei der Entlastung der Pflegekräfte benannt. Ich würde aber nicht so weit gehen und dies als Meilenstein bezeichnen. Das wären für mich nur deutlich spürbare Verbesserungen bei der Betreuungsqualität.

Wenn man auf die Seite der Pflegefachkräfte und deren Ausbildung schaut, hat sich auch hier einiges getan. Geht das Pflegeberufegesetz weit genug, um gewünschte Veränderungen bei der Qualifikation herbeizuführen? Was braucht es dafür Ihrer Meinung nach?

Aus Sicht der Wissenschaft und zahlreicher befürwortender Verbände geht das Gesetz prinzipiell in die richtige Richtung. Durch den Kompromiss, der im Kern doch wieder eine Spezifizierung der Berufsqualifikationen zulässt, hat man im Feld und hier insbesondere in den Ausbildungsstätten derzeit mehr Fragezeichen als Ausrufezeichen produziert. In der Diskussion zu kurz gekommen sind aber die möglichen Innovationen, die

sich durch vorbehaltliche Aufgaben und durch eine parallele Akademisierung ergeben. Darüber hinaus ist damit zu rechnen, dass die Inhalte der Ausbildung sich wirklich verändern werden und dass der Fokus von einzelnen Tätigkeiten weg auf Kompetenzen und komplexe Pflegesituationen gelenkt werden wird. Das wird den Diskurs über den Kern der Pflege mittelfristig verändern – wer Pflege immer noch als Aneinanderreihung von einzelnen unkomplizierten Tätigkeiten denkt und strukturieren möchte, sitzt auf einem Fliegenfänger. Gesellschaftlich aufwerten können wir die Pflege nur, wenn diese unsäglichen Diskussionen durch andere ersetzt werden. Dann geht es um Verantwortungsbereiche und um die Beantwortung komplexer Entscheidungs- und Begründungszusammenhänge. Der beruflichen Pflege wird dies gut tun.

Die Koalitionäre wollen kurzfristig 8.000 zusätzliche Fachkräfte zur Entlastung der angespannten Situation einstellen. Im „Masterplan Pflege“, den das DIP, vorschlägt wird sogar die Zahl von 100.000 Stellen bis zum Ende der Legislatur genannt, wobei Sie hier vermutlich sowohl Fach- als auch Hilfskräfte meinen. Da stellt sich erstens die Frage: Gibt es diese Kräfte auf dem Arbeitsmarkt? Und zweitens: Wie rekrutiert bzw. motiviert man diese?

Die 100.000 Pflegekräfte sind keine reine Phantasie – sie leiten sich aus unseren Studien ab. Alleine in der stationären und ambulanten Pflege sind derzeit nach unseren Studien zusammen rund 40.000 Stellen offen. Möchte man eine positive Veränderung erzeugen, so bedarf es neben dieser Deckung auch eines Aufbaus.

Im Krankenhaus lassen sich die Kennzahlen aus den unterschiedlichen Entwicklungen des medizinischen und pflegerischen Personals ableiten. So müssten auch hier rund 50.000 Stellen aufgebaut werden, um Veränderungen herbeizuführen und Versäumnisse der Vergangenheit auszugleichen. Dass die 8.000 Kräfte nur ein Beginn sein können, ergibt sich somit von selbst. Das wissen aber auch die verantwortlichen Politiker. Auf dem Arbeitsmarkt findet sich momentan keine Reserve. Hier müssten ausgestiegene Pflegekräfte systematisch zurückgewonnen werden, es müssten Stellenaufstockungen stattfinden und natürlich eine enorm breite Ausbildungsoffensive gestartet werden.

Wie könnte denn eine solche Offensive in der Praxis aussehen?

In NRW hat man die Anzahl der AltenpflegeschülerInnen binnen fünf Jahren um 70 Prozent steigern können. Wenn es gelingt, die Pflege als Top-Thema zu platzieren und mit wirklichen Reformen und Programmen zu stützen, dann kann dies zwar nicht von heute auf morgen erreicht werden, aber es muss heute begonnen werden. Gedacht werden muss auch, dass mit den von uns geforderten 20.000 Bachelorstudienplätzen neue Interessierte gewonnen werden könnten. Auch das wird zu wenig diskutiert: die Akademisierung als eine Strategie der Fachkräftesicherung. Überhaupt: Pflegenden sind in aller Regel ja nicht mit ihrem Beruf oder den Berufsinhalten unzufrieden, sondern meist mit den aktuellen Arbeitsbedingungen und -belastungen. Das ist ein wesentlicher Unterschied. Denn die Pflege als Beruf ist weiterhin attraktiv und sinnstiftend.

Attraktiv wird die Pflegearbeit in den Institutionen aber nur wieder,

wenn die Bedingungen geschaffen werden, den Job wieder so auszuüben, dass er auch befriedigend ausgeübt werden kann und nicht zur Erschöpfung und Teilzeit führt.

Um Berufsaussteiger wieder für die Pflege zurückzugewinnen, könnten flächendeckende Tarifverträge, wie sie die Koalitionäre fordern, überzeugende Wirkung haben. Die regionalen Entgeltunterschiede sowie die Unterschiede zwischen Alten- und Krankenpflege variieren tatsächlich deutlich, wie das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) im Januar in einer Studie zeigte. Führt der Weg hier primär über die Entlohnung oder an welcher Stellschraube muss gedreht werden, um dem Fachberuf die viel zitierte Attraktivität zu verleihen, die vor allem die bereits Qualifizierten zum Verweilen oder zur Rückkehr einladen soll?

Die Entlohnung ist wichtig, aber nicht der einzige Aspekt. Dennoch: Man darf das auch nicht kleinreden, nur weil Pflegenden eher auf die Straße gehen, um mehr Kollegen einzufordern als mehr Geld. Die hohe Spreizung, die die Studie zeigt, ist doch unreal und unvernünftig. Es kann doch nicht die Postleitzahl oder der Anbieter in einem gesellschaftsrelevanten Tätigkeitsbereich entscheidend dafür sein, ob ich von meinem Job leben kann oder nicht. Natürlich brauchen wir eine systematische Angleichung der Gehälter in der Altenpflege.

Ebenso muss man mal jemanden in der Industrie fragen, ob er sich einer teilweise in der Freizeit durchzuführenden zweijährigen Spezialisierung unterziehen möchte, wenn er in der Folge 70 Euro mehr verdient? Leitungspositionen, für die lediglich mit Ausgleich der entfallenden Schichtzulagen gelockt wird? Studiengänge, die sich nicht auszahlen sollen? Praxisanleitung als Aufgabe in der Freizeit?

Sowas wird doch ernsthaft nur im Pflegesektor erwartet. Fachqualifikationen und Verantwortungsübernahme müssen natürlich anders und spürbar zu einer Verdienstverbesserung führen, sonst bekommt man nicht die Mitarbeiter, die man dringend braucht, wie man an den pädiatrischen Intensivpflegenden sehen kann. Daneben aber gibt es weitere Stellschrauben, die alle hinlänglich bekannt sind: teamorientiertes Arbeiten auf Augenhöhe in den Krankenhäusern, Entscheidungsspielräume bei der Arbeitsgestaltung, Übernahme von Regelgrundversorgung in der Fläche. Es ist doch einigermaßen verwunderlich, dass wir in Deutschland den Hausarztmangel in der Fläche bemängeln und die Potenziale der Pflege, anders als in anderen Ländern, gar nicht erst nutzen wollen.

Die Stärkung der Berufsgruppe dürfte ein Faktor sein, der in Zukunft eine Rolle spielt. Das Modell der Pflegekammer steht hier für eine unabhängige Selbstverwaltung, die im Modell des Pflegerings durch die mögliche Beteiligung von Arbeitgebern und der Finanzierung durch die Politik nicht zu realisieren ist. Ist der Pflegering „besser als gar nichts“ oder ist nur das Modell Pflegekammer effektiv?

Ich schätze das Engagement in Bayern, das man für die Pflege offensichtlich an den Tag legen will. Ich glaube aber, dass man dies in Bayern anders hätte befördern können und müssen, zum Beispiel durch relevante Projektförderungen, eine strukturierte Berichterstattung und Ausbildungsplanung. Im besten Fall kann eine politisch vollständig abhängig

finanzierte Organisation wie eine nachbehördliche Organisation arbeiten, im schlimmsten Fall ist sie eine wirkungslose, aber teure Vereinigung, wo Entwicklungsgelder in anderen Bereichen benötigt werden. Eine starke Pflege muss schon aus einem Eigeninteresse heraus auch für die eigenen Vertretungen finanziell selber aufkommen. Das stärkt auch das Wir-Gefühl unter den Mitgliedern. Daher bin ich klar für eine Pflegekammer.

Wenn das größte Bundesland NRW, wo nicht gefragt werden soll „ob“, sondern „welche“ dieser beiden Lösungen von den Pflegefachkräften gewünscht wird, sich gegen eine Pflegekammer entscheidet, ist die Idee einer Bundespflegekammer dann Makulatur?

Ich glaube nicht, dass dies die Idee einer Bundespflegekammer grundsätzlich in Frage stellen würde. Aber es wäre natürlich ein ungeheuer wichtiges Signal, wenn im bevölkerungsstärksten Bundesland eine eigenständige Vertretung ihre Arbeit aufnehmen würde und sich auch in der Bundespflegekammer engagieren würde. Wir reden hier von rund 200.000 potenziellen Mitgliedern – eine ungeheure gesellschaftliche Kraft.

Ich selbst sehe die Notwendigkeit einer Pflegekammer aber primär für die Arbeit im eigenen Land. Eine Landespflegekammer soll ja zunächst einmal die Belange der Pflege und z.B. der Aus-, Fort- und Weiterbildung im eigenen Land regeln und dafür eintreten. Natürlich ist eine Bundespflegekammer die logische Konsequenz aus den Landeskammern, aber

zunächst steht das nicht im Fokus. Aber es gibt einen anderen Punkt: Wie wichtig eine gute Informationspolitik über die Kammern im Vorfeld ist, hat man in Rheinland-Pfalz gesehen oder als Negativbeispiel in Hamburg. Es kommt also neben einer

Befragung und der Systematik der Befragung auch darauf an, hier eine Wissensbasis zu schaffen, vor deren Hintergrund die Pflegenden dann überhaupt auch entscheiden können. Hier hoffe ich auf die Fortsetzung der guten begonnenen Arbeit und einem fairen Abstimmungsverfahren.

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

Das Interview führte MoPf-Redakteurin Kerstin Müller.

Professor Dr. rer. medic. Michael Isfort

absolvierte nach dem Abitur von 1990 bis 1993 eine Ausbildung zum Krankenpfleger, arbeitete bis 1997 als Intensivpfleger und ging ab 1996 einer insgesamt vierjährigen Lehrtätigkeit an der Sr. Blandine Ridder Krankenpflegeschule in Köln nach. 1995 nahm er das Studium der Pflegepädagogik an der Katholischen Fachhochschule Köln auf, das er 1999 als Diplom-Pflegewissenschaftler abschloss. Seit 2000 ist Isfort Mitarbeiter am Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) in Köln, dessen geschäftsführendem Vorstand er seit 2009 angehört. Darüber hinaus ist er dort Leiter der Abteilung Pflegearbeit und -beruf. Isfort, der 2017 mit dem Deutschen Pflegepreis ausgezeichnet wurde, ist Professor für Pflegewissenschaft im Fachbereich Gesundheitswesen an der Katholischen Hochschule KathO Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln.

Pressegespräch auf dem Deutschen Pfl egetag 2018 in Berlin

„Wir brauchen einen Perspektivwechsel“

Das Missverhältnis zwischen dem Bedarf und den Anforderungen an die Pflege wird immer deutlicher. Beim Pressegespräch auf dem Deutschen Pfl egetag konnte diese These durch die Ergebnisse der vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung regelmäßig durchgeführten Studie „Pflege-Thermometer 2018“ unterstrichen werden, wie Studienleiter Professor Dr. Michael Isfort darlegte. Martin Litsch, der als AOK-Bundesvorsitzender die Krankenkasse als Gründungspartner auf der Veranstaltung vertrat, wies darauf hin, dass teamorientierte, kooperative Arbeitsstrukturen für größere Zufriedenheit und Selbstbewusstsein bei den Mitarbeitern sorgen könnten, was Franz Wagner als Präsident des Deutschen Pfl egerates nur bekräftigen konnte.

>> 1.067 Rückläufer verzeichnete Professor Dr. Michael Isfort bei den an 13.600 Pflegeeinrichtungen versendeten Fragebögen des „Pflege-Thermometers 2018“. Es war an dem Pflegewissenschaftler der Katholischen Hochschule NRW die Pressekonferenz des Deutschen Pfl egetages zu eröffnen und mit der Vorstellung der aktuellen Studienergebnisse eine Basis zu legen.

Die Zahlen sprechen dann auch eine deutliche Sprache: So scheinen die Kapazitätsgrenzen der teil- bzw. vollstationären Einrichtungen erreicht, da 71 Prozent der Einrichtungen angaben, Wartelisten für vollstationäre Langzeitpflegeplätze zu führen. Bei der Kurzzeitpflege gaben 84 Prozent an, in den vorangehenden drei Monaten Ablehnungen ausgesprochen zu haben. Als „Nadelöhr der Entwicklung“ bezeichnete Isfort den durch die

Studie bestätigten Fachkräftemangel, der sich sowohl quantitativ wie auch qualitativ äußert. Es müsse von aktuell 17.000 offenen und direkt zu besetzenden Stellen in den Pflegeberufen ausgegangen werden.

Diese Zahl rief Franz Wagner als Präsidenten des Deutschen Pfl egerates auf den Plan, dem es ein dringendes Anliegen war, in aller Deutlichkeit darauf hinzuweisen, dass „die nächsten Jahre darüber entscheiden werden, ob wir die Krise in der Pflege bewältigen und den pflegerischen Herausforderungen der Zukunft begegnen können“. Wagner erkannte durchaus das positive Wirken der Politik in der letzten Legislaturperiode in Sachen Reformen an, doch „die Lage der beruflich Pflegenden wurde dabei stark vernachlässigt“.

Die im Koalitionsvertrag fest-

gelegten 8.000 neuen Fachkräften im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in den Pflegeheimen, finanziert durch Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung, seien nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Für das Krankenhaus sieht Wagner vor allem in der Ausgliederung des Pflegepersonalbudgets aus der DRG-Finanzierung Licht am Ende des Tunnels, denn „das würde verhindern, dass das Budget für Fachkräfte weiter als Verschiebebahnhof für andere Bereiche genutzt wird“.

Dem konnte sich Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes in dieser Form nicht anschließen. „Eigentlich ist heute schon eine ausreichende Gegenfinanzierung sowohl des Personalbedarfs als auch der Tarifsteigerungen für die Beschäftigten sichergestellt“, so Litsch, „Pflege wird also ordentlich in den DRGs berücksichtigt.“ Von der ausgliedernden Summe von rund 18 Milliarden Euro aus dem Vergütungssystem und der Erstattung nach dem Selbstkostenprinzip hält Litsch gar nichts, da damit keine bessere Personalausstattung erreicht werde. „Statt den strukturellen Umbau in der Krankenhauslandschaft voranzutreiben und damit über eine stärkere Zentralisierung und Spezialisierung die Lebens- und Arbeitsbedingungen für das Krankenhauspersonal zu verbessern, fällt die GroKo hier zurück in alte Muster“, kritisierte Litsch und plädierte

durchaus für mehr Transparenz der finanziellen Ströme.

Einig waren sich Wagner und Litsch allerdings bei der Forderung effizienterer Krankenhausstrukturen. Da kleine Kliniken relativ mehr Personal als größere Krankenhäuser benötigten, sollten Leistungen nach Qualitätsmerkmalen zentralisiert werden, meinte Litsch.

Neue Kooperationskultur

Dass die Pflegestärkungsgesetze Erfolge und somit Verbesserung für die Einrichtungen gerieren, davon sind die von Isfort im Rahmen des „Pflege-Thermometers 2018“ befragten Einrichtungsleitungen nicht überzeugt und man befürchtet sogar, „Verlierer der Reform zu werden“. Dagegen ist Litsch vom Erfolg der PSG I-III überzeugt, macht aber klar, dass die Umsetzung einem „Langstreckenlauf“ gleichkäme und erst allmählich wirke.

Mit Blick auf die Zukunft waren sich alle drei Vertreter sicher, dass es einer Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes bedarf, welche nicht zuletzt durch eine Optimierung der Arbeits- und Organisationsprozesse herbeigeführt werden müsse. „Wir brauchen endlich den Perspektivwechsel, das heißt eine neue Kooperationskultur zwischen den Gesundheitsberufen“, forderte Litsch. „Dazu gehören mehr Teamorientierung und der Neuzuschnitt von Aufgaben.“ <<

Foto: Deutscher Pfl egetag/Dirk Enters allefarben-foto



Thomas Grünert (Schlütersche, Moderator), Martin Litsch (AOK), Franz Wagner (Präsident des Deutschen Pfl egerates) sowie Professor Dr. Michael Isfort standen beim Pressegespräch für die Fragen der Journalisten zur Verfügung.

Der Deutsche Pfl egetag 2018 stand unter dem Motto „Teamarbeit – Pflege interdisziplinär!“

Deutscher Pfl egetag 2018 - Impressionen



Deutschlands „erste Pflegesenatorin“ Dilek Kolat (Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin) war sich sicher: „Wir müssen handeln. Sofort.“ Pflege müsse raus aus den DRGs, so Kolat.



Jürgen Graalmann (Mitglied der Geschäftsleitung Deutscher Pfl egetag), Franz Wagner (Präsident des Deutschen Pfl egerates und DBfK-Vorsitzender), Irene Maier (2. Vorsitzende des Deutschen Pfl egerates), Gesundheitsminister Jens Spahn, Martin Litsch (Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes), Lutz Bandte (Geschäftsleitung Deutscher Pfl egetag, Geschäftsführer Schlütersche Verlagsgesellschaft).



Andreas Westerfellhaus wurde von Gesundheitsminister Jens Spahn als Nominierter für das Amt des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung vorgeschlagen. Das Publikum war sichtlich begeistert und reagierte mit Standing Ovationen für den ehemaligen Präsidenten des Deutschen Pfl egerates.



Keynote-Speaker Professor Dr. med. Cornel Sieber hielt einen kurzweiligen Vortrag zum Kongressmotto „Teamarbeit – Pflege interdisziplinär!“.

Fotos: Deutscher Pfl egetag/Dirk Enters allerfarben-foto

Interview mit Franz Wagner, Präsident des Deutschen Pflgerates e.V. (DPR)

Mehr Mut zur Veränderung

Der Politik attestiert Franz Wagner die Umsetzung vieler Reformen in der letzten Legislaturperiode – „allerdings wurden die beruflich Pflegenden dabei stark vernachlässigt“, moniert er und fordert eine konsequente und zügige Umsetzung der im Koalitionsvertrag festgehaltenen Ziele. Bei der Konkretisierung werde man als Verband ganz genau darauf achten, dass die Belange der professionell Pflegenden priorisiert behandelt würden, damit auch eine dauerhafte Versorgung sichergestellt werden könne. Weitere Maßnahmen für eine attraktivere Pflege verrät der Präsident des Deutschen Pflgerates im Interview.

>> Herr Wagner, „Teamarbeit – Pflege interdisziplinär!“ lautet das diesjährige Motto des „Deutschen Pflgetags“. Ist das zweijährige Projekt der Robert Bosch Stiftung „360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten“, an dem auch Sie beteiligt waren, eine Grundlage für dieses Motto?

Gemeinsam erreichen wir viel mehr als alleine. Diese Weisheit ist bei uns im Gesundheitswesen noch nicht überall angekommen. Das Motto des diesjährigen Deutschen Pflgetages hat dies aufgegriffen. Wir wünschen uns von der Bundesregierung und auch von den Ärzten mehr Mut zu grundlegenden Veränderungen – wie zum Beispiel beim Thema Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Die bestehenden Kompetenzen der Profession Pflege gilt es besser als bisher zu nutzen. Es gibt keinen geplanten Zusammenhang mit dem Projekt der Bosch Stiftung. Aber es freut mich sehr, dass die Stiftung im Rahmen des Pflgetages das im Rahmen des Projektes entstandene Manifest vorstellen wird.

Sie fordern attraktivere Karrierewege für die Pflege. Wie können denn Lücken in der „Infrastruktur“ geschlossen und das Wegenetz erweitert bzw. bestehende Straßen ausgebaut werden?

Wir brauchen dringend attraktivere Karrierewege in der Pflege. Wir brauchen mehr und zugleich gut qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege. Beides ist entscheidend für die Sicherung der Versorgungsqualität. Denn wir haben es mit einer stetig steigenden Komplexität der medizinischen und pflegerischen Behandlung und Versorgung zu tun.

Gleichzeitig ist es daher unabdingbar, dass auch die Akademisierungsquote in der direkten pflegerischen Versorgung stetig und stark erhöht wird. Bereits 2012 hat der Wissenschaftsrat deshalb eine Quote von bis zu 20 % empfohlen. Davon sind wir in Deutschland aktuell weit entfernt. Perspektivisch brauchen wir eine Vollakademisierung im Heilberuf Pflege, wie es international Standard ist.

Wie kann und will der „Deutsche Pflgetag“ dazu beitragen, dass Pflege für mehr Menschen zur Berufsoption wird – ob durch Ausbildung oder Studium?

Das gesellschaftliche Bild der professionell Pflegenden muss modernisiert werden. Im Moment besteht dieses häufig darin, gebrechliche

Menschen umzulagern und ihnen Essen zu geben. Das reicht bereits seit Langem nicht mehr aus. Der Deutsche Pflgetag zeigt die Vielfalt eines hoch kompetenten und sicheren Berufes und bietet eine hervorragende Plattform für die breite Öffentlichkeit. Es ist schon beeindruckend, wenn rund 8.000 Besucherinnen und Besucher der Politik eindrucksvoll vor Augen führen, dass die professionell Pflegenden auf die Tagesordnung ganz nach oben gehören.

Bei Ihrem Amtsantritt als Präsident des Deutschen Pflgerates haben Sie gesagt, dass die nächste Bundesregierung die Profession Pflege viel ernster nehmen müsse, als sie dies bisher getan habe. Werden die pflegespezifischen Inhalte des Koalitionsvertrages diesem Anspruch auf dem Papier schon einmal gerecht?

In der Pflege wurde in der letzten Legislaturperiode viel an Reformen umgesetzt. Allerdings wurden die beruflich Pflegenden dabei stark vernachlässigt. Wichtige Reformprojekte wie die Ausbildungsreform wären beinahe gescheitert bzw. wurden durch Kompromisse abgeschwächt oder werden sich, siehe die für das Jahr 2020 geplante Personalbemessung in der Langzeitpflege, erst nach Jahren auswirken.

Wo sehen Sie denn Potenzial?

Mit Blick auf die professionell Pflegenden ist auch der neue Koalitionsvertrag leider wenig konkret bzw. weder finanziell noch strukturell ordentlich abgesichert. Potenzial bietet der Vertrag an einigen Stellen dennoch. Dazu gehört der präventive Hausbesuch wie auch das Ziel, flächendeckend eine gerechte Vergütung in der Pflege zu schaffen. Weiter plant

die Regierung, die Arbeitsbedingungen in der Pflege so attraktiv zu machen, dass ausreichend Menschen den Pflegeberuf ergreifen und beibehalten.

Das alles muss aber noch ausdifferenziert und in Gesetzesform gebracht werden. Hierbei werden wir, um dies nochmals zu betonen, sehr genau darauf achten, dass die neue Bundesregierung der Pflegepolitik und den Belangen der professionell Pflegenden die oberste Priorität einräumt. Nur so können wir dauerhaft eine gute Versorgung sicherstellen.

Herr Wagner, vielen Dank für das Gespräch. <<



Der Deutsche Pflergetag 2018

„Klotzen und nicht kleckern“

Den Gaststatus ablegen und gegen ein institutionalisiertes Stellungnahmerecht eintauschen: Stimmen nach einem Sitz im G-BA für die Pflege werden lauter. „Aber Pflege muss sich besser organisieren“, forderte nicht nur der Träger des diesjährigen Deutschen Pflegepreises, Karl-Josef Laumann. Denn nur wer gut und nach außen sichtbar und ansprechbar ist, kann auch Einfluss geltend machen. Die Akteure forderten daher die Etablierung weiterer Landes- und auch der Bundespflegekammer. Dass dazu ein „Masterplan Pflege“ aufgelegt werden muss, der ein Gesamtkonzept für den Weg der Pflege in den nächsten 10 Jahren beschreibt, erklärte der Präsident des Deutschen Pflergerates, Franz Wagner, frei nach dem Motto: „Klotzen und nicht kleckern“.

>> „Ich werde auch in den nächsten Jahren dafür arbeiten, dass die Pflege einen eigenständigen Stellenwert in unserem Gesundheits- und Sozialsystem bekommt“, sagte der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, in einem Einspieler, in dem er sich für die Verleihung des Deutschen Pflegepreises 2018 bedankte. Nicht wenige fordern im Kontext der zu stärkenden Selbstverwaltung einen Sitz der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), was in der Diskussionsrunde „Stärkung der Selbstverwaltung“ noch einmal konkret thematisiert wurde. Mit dem unabhängigen Bundesvorsitzenden des G-BA, Professor Josef Hecken, saß damit der richtige Adressat auf der Bühne, auch wenn die konkrete Entscheidung letztlich eine politische sein wird.

Wer in Anbetracht der Anwesenheit Heckens hier mit einem Schlagabtausch rechnete, wurde schnell eines Besseren belehrt, denn der Professor erwies sich als Befürworter für das Anliegen der Pflege eines Sitzes im G-BA, allein – so Heckens Einwand: Es fehle eine einheitliche Stimme, mit der die Pflege spreche. Dies hatte auch Wagner zuvor in seiner politischen Grundsatzrede als eine Kernaufgabe der nahen Zukunft definiert und forderte im Zuge dessen ein „Gesamtkonzept Pflege“, in dem Aufgaben, die Finanzierung und vieles mehr festgelegt werden müsse, um als Profession eine uniforme Prä-

senz an den Tag legen zu können. Als Institution forderte er hier die Installation von Pflegeberufekammern, die in einer Bundespflegekammer kumulieren sollten und dann Gesicht und Ansprechpartner für Politik, Wirtschaft und Gesellschaft sein könnten.

„Ich begreife eine Pflegekammer nicht als Konkurrenzbetrieb zum G-BA, sondern als Ergänzung“, sagte Hecken und sprach sich ebenso für Substitutionsleistungen ärztlicher Tätigkeiten durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte aus, was zum einen die Attraktivität des Berufsbildes steigern und zum anderen die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sichern könne. Denn grundsätzlich stehe die Versorgungssicherheit im Zentrum, schaltete sich auch Andreas Westerfellhaus, ehemaliger Präsident des Deutschen Pflergerates, ein. Er appellierte an die Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, Widerstände in Sachen Verkammerung aufzugeben, denn man habe das gleiche Ziel: „motiviert und engagierte Pflegekräfte für die Versorgung in dieser Gesellschaft“. Westerfellhaus war zuvor vom neuen Gesundheitsminister Jens Spahn als Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung nominiert worden, was das Publikum begeistert aufnahm.

Spahn bekannte sich klar zur Institution Pflegekammer und einer der ersten politischen Schritte sei nun, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung im Rahmen



Foto: Deutscher Pflergetag/Dirk Enters allefarben-foto

Nach 2,5 Jahren „Abstinenz“ agiert Jens Spahn wieder im gesundheitspolitischen Kontext. Als neuer Gesundheitsminister war der Auftritt auf dem Deutschen Pflergetag 2018 eine seiner ersten Amtshandlungen. Er plädierte für ein breit gefächertes Qualifikationsangebot, eine flächendeckende Bezahlung nach Tariflohn und der zweckmäßigen Verwendung der für die Pflege vorgesehenen Gelder aus den DRG.

des Pflegeberufereformgesetzes auf den Weg zu bringen, „was gleich nächste Woche“ angegangen werde. Davon verspricht sich Spahn eine Attraktivitätssteigerung des Berufes, die auch durch eine angemessenere Bezahlung weiter erhöht werden könne. Als ein Instrument hierzu nannte der Minister die generelle Bezahlung nach Tariflohn, die man trotz schwieriger rechtlicher Rahmenbedingungen aufgrund der Trägerstrukturen angehen wolle. An die Adresse des im Publikum sitzenden AOK-Bundesverbandsvorsitzenden Martin Litsch, ging dann exemplarisch sein Appell bezüglich der Refinanzierung entsprechender Maßnahmen. Bei der Frage nach der Personalbemessung als weiterer wichtiger Stellschraube machte Spahn die Schwierigkeit der richtigen In-

strumentenwahl deutlich, um hier spürbare Verbesserungen zu erzielen. „Denn ich möchte schon, dass das grundsätzlich in der betriebswirtschaftlichen Verantwortung der Träger bleibt. Sowohl im Krankenhaus wie auch in der Altenpflege. Da ist Wettbewerb kein Selbstzweck, sondern ein Instrument, um zu einer guten und effizienten Versorgung zu kommen.“ Dass gleichzeitig im Krankenhaus gewährleistet sein müsse, dass zugewiesene finanzielle Mittel auch vollumfänglich in der Pflege ankommen müssen, war Spahn durchaus bewusst. Damit über Pflege positiv gesprochen werde und diese dort ankomme, wo sie gebraucht wird, „dafür brauche ich Ihre Unterstützung“, schloss Spahn und kann sich dieser wohl sicher sein, wenn er seinen Worten Taten folgen lässt. <<

„Mit Eliten pflegen“: Attraktivere Karrierewege gesucht

>> „Die Übernahme von mehr Verantwortung durch professionell Pflegende im Versorgungsprozess ist eine zentrale Forderung, die im Manifest „Mit Eliten pflegen“ formuliert ist. In der am 1. März 2018 veröffentlichten und auf dem Deutschen Pflergetag präsentierten Publikation der Robert Bosch Stiftung spielt die Akademisierung bei der Entwicklung eine zentrale Rolle. „Wir brauchen dringend attraktivere Karrierewege in der Pflege. Dazu müssen wir das gesellschaftliche Bild der professionellen Pflege ändern, das im Moment häufig darin besteht, gebrechliche Menschen umzulagern und Essen zu reichen“, sagt Franz Wagner, Präsident

des Deutschen Pflergerats und Mitglied der Expertengruppe der Robert Bosch Stiftung. Die zunehmende Komplexität des medizinischen Behandlungs- und Versorgungsumfeldes verlange nach einer sowohl quantitativ wie auch qualitativ besseren Aufstellung der professionellen Pflege.

Bereits 2012 habe der Wissenschaftsrat eine Akademisierungsquote für die Pflege von 10 bis 20 % empfohlen. Davon sei Deutschland aktuell weit entfernt. „Es ist an der Zeit, dass Deutschland auch in der Pflege zu internationalen Standards aufschließt. Gerade was die Akademisierung anbetrifft, liegen wir weit hinter vielen Ländern

zurück“, sagt auch Uta-Micaela Dürig, stellvertretende Vorsitzende der Geschäftsführung der Robert Bosch Stiftung.

Eine zentrale Forderung der Experten: Pflegefachpersonen soll die Verantwortung übertragen werden, die ihrer Qualifikation als Fachpersonal entspreche. Auch die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum könne so gestärkt werden. Pflegefachpersonen könnten hausärztliche Routineaufgaben übernehmen, beispielsweise die Versorgung von Bagatellerkrankungen und die medizinische Basisversorgung bei Menschen mit chronischen Erkrankungen. „Das Manifest soll aufzeigen, welche Voraussetzungen Spitzenpfle-

ge braucht und warum dringend mehr akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in allen Bereichen der Versorgung notwendig sind. Wir hoffen, dass diese Botschaft gehört wird und die entscheidenden Personen zum Umdenken und zum Handeln anregt“, so Dürig. Das Manifest fußt auf den Ergebnissen des Praxisprojektes „360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten“, in dem 40 Experten an Lösungen und Strategien gearbeitet haben, wie die Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Ausbildungen im Team besser gelingen und die Pflege durch neue Karrieremöglichkeiten attraktiver werden kann. <<

Das „Pflege-Thermometer 2018“ präsentiert Daten zu teil- und vollstationären Einrichtungen

>> Im Rahmen der seit 2002 durchgeführten „Pflege-Thermometer“-Reihe, erhebt das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) umfassende Studien zur Situation der Pflege in unterschiedlichen Kontexten. Im Herbst 2017 standen dabei die teil- sowie die vollstationäre Pflege im Fokus. Neben dem offensichtlichen Erreichen von Kapazitätsgrenzen der Einrichtungen sowohl in der Langzeit- wie auch in der Kurzzeitpflege, wo 83% bzw. 84% der Einrichtungen in den vorangehenden Monaten Anfragen ablehnen mussten, schätzen 42% den Bedarf an Tagesplätzen als tendenziell nicht oder gar nicht gesichert ein. Den steigenden Bedarfen steht ein Fachkräftemangel gegenüber, der sich einerseits in einer unzureichenden Bewerberlage manifestiert, wie 81% der Einrichtungsleitungen angeben. Eine Abnahme der Qua-

lität der Bewerbungen erkennen 83% der Befragten, was vor dem Hintergrund der zunehmenden Komplexität der medizinischen Problemlage, die 82% identifizieren, problematisch anmutet. Dabei zeigen die Einrichtungen eine große Aktivität bei der Mitarbeiterakquisition und -bindung, denn zunehmend werden flexible Arbeitszeiten (56%) realisiert, die Ausweitung von Teilzeitstellen angeboten (41%) und es liegen Konzepte zur Wiedereingliederung nach Elternzeit (40%) vor. Gegenüber dem Vorjahr nehmen die Einrichtungsleitungen steigende Belastungen ihrer Mitarbeiter wahr, was sich der Erhöhung der Krankheitsdauer (43%), der Krankheitstage (31%) sowie der Krankheitschwere (31%) ausdrückt. Steigende Überstundenzahlen geben 28% an. Die defizitäre Personalausstattung erweist sich den Untersuchungsergebnissen nach folglich auch

betriebswirtschaftlich als limitierender Faktor: Jede vierte Einrichtung gibt an, dass sie aufgrund des Personalmangels die betrieblichen Ziele im Jahr 2017 nicht erreichen kann. Allerdings stehen dieser Zahl 34% gegenüber, die von einem Personalproblem nicht betroffen sind.

Befragt nach den Auswirkungen der gesetzlichen Reformen wie den Pflegestärkungsgesetzen I bis III, gibt jede dritte Einrichtung an, in den Pflegesatzverhandlungen nach Einführung des PSG II zusätzliche Personalstellen verhandelt und auch realisiert zu haben. 30% konnten nach eigenen Angaben die zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht einsetzen, weil kein Personal rekrutiert werden konnte. Darüber hinaus wird von den Einrichtungsleitungen beobachtet, dass Neueinstufungen in die Pflegegrade tendenziell zu einer niedrigeren Eingruppierung füh-

ren, wie 58% beobachten. 56% geben insgesamt an, dass die Pflegereformen ihrer Meinung nach nicht zu einer besseren finanziellen Ausstattung der stationären Einrichtungen führen werden. Was die Ausbildung angeht, äußern sich die Leitungen skeptisch: 56% befürchten, dass das Ausbildungsinteresse sinken wird, spezifisch auf die Altenpflege geschaut, liegt der Wert hier sogar bei 71%. Ist die primäre Akademisierung eine Chance die Attraktivität zu steigern? 47% verneinen diese Frage, nur 18% sehen hierin tatsächlich eine Möglichkeit. Dagegen wird die Befreiung von Schulgeld mit 67% als Chance für zusätzlich Anwerbeöglichkeiten aufgefasst. Entlastungen der aktiven Mitarbeiter sowie die Überarbeitung der Infrastruktur der Ausbildung stellen der Studie zufolge die notwendigen Innovationen dar. <<

Interview mit der stellvertretenden SPD-Vorsitzenden und Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, Malu Dreyer

Mehr Verantwortung übertragen

Im Rahmen der Koalitionsverhandlungen war sie Verhandlungsführerin für die SPD in der Arbeitsgruppe „Gesundheit und Pflege“: Malu Dreyer, stellvertretende Vorsitzende der SPD und Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, war es auch „persönlich ein ganz großes Anliegen, Verbesserungen zu erreichen“. Die Reaktionen der Branche auf den Koalitionsvertrag in Sachen Pflege sind erwartungsgemäß gemischt. Potenziale werden attestiert, die Leerstellen scheinen jedoch größer. Im Interview mit „Monitor Pflege“ zeigt die Ministerpräsidentin die Felder auf, in denen ihr Maßnahmen wichtig und auch gelungen erscheinen. Das große SPD-Thema „Bürgerversicherung“ gehört nicht dazu.

>> Frau Dreyer, der Koalitionsvertrag von SPD, CDU und CSU für die 19. Legislaturperiode in Sachen Pflege steht. Welche Punkte waren in diesem Feld strittig bzw. wurden besonders kontrovers diskutiert?

Bei der Pflege war es der SPD und auch mir persönlich ein ganz großes Anliegen, Verbesserungen zu erreichen – für die Beschäftigten in der Pflege, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Mit CDU und CSU konnten wir uns auf wichtige Maßnahmen verständigen: zusätzliche Stellen für Fachkräfte, die Entlastung der Angehörigen und die Stärkung der Pflege im ländlichen Raum.

Kontrovers blieb die Frage der Bürgerversicherung. Die SPD bleibt dabei, dass sie eine Krankenversicherung anstrebt, in der alle Bürgerinnen und Bürger auf die gleiche Weise versichert sind. Auch, wenn wir Verbesserungen durchsetzen konnten, eine Bürgerversicherung war mit CDU/CSU nicht zu machen.

Was ist für Sie persönlich ein besonders gelungenes, da notwendiges Vorhaben für die Pflege, das sich im Koalitionsvertrag wiederfindet?

Wir haben ein Sofortprogramm für die Pflege vereinbart. Mir persönlich sind die Stärkung der Pflege im ländlichen Raum und eine stärkere Ausrichtung der Pflege auf Vorbeugung wichtig. Dass wir den präventiven Hausbesuch fördern und die Kommunen in die pflegerische Versorgung einbeziehen, finde ich besonders gut. Darüber hinaus sind die Maßnahmen wichtig, die unmittelbar für die Menschen spürbar sind: eine bessere Honorierung persönlicher Ansprache und Beratung durch Hausärzte, die bessere Unterstützung der ärztlichen Versorgung in ländlichen und unterversorgten Regionen sowie die gesonderte Personalbemessung und Vergütung der Pflege in Krankenhäusern.

Die Delegation soll ausgedehnt, die Substitution in Modellversu-

chen evaluiert werden und kann bei positivem Ergebnis in die Regelversorgung überführt werden. Das war Bestandteil des letzten Koalitionsvertrages. Die Robert Bosch Stiftung fordert in ihrem Manifest „Mit Eliten pflegen“ auch mehr Verantwortung bei der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten für die professionell Pflegenden – nicht zuletzt, um die Pflege attraktiver zu machen. Warum kommt man hier nicht voran?

Über das Ziel, für die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens die Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe neu zu justieren und den Gesundheitsfachberufen mehr Verantwortung zu übertragen, ist sich die Koalition einig. Wichtig ist jetzt, dass wir die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen stärken und neu ordnen. Dazu gehören die Akademisierung der Hebammenausbildung und die Abschaffung des Schulgeldes für die Ausbildung in allen Gesundheitsfachberufen.

Was hätten Sie in jedem Fall anders gestaltet, wenn Sie keinen Kompromiss mit einem Koalitionspartner hätten eingehen müssen?

Wir als SPD streben weiterhin eine Bürgerversicherung an und wären gerne erste Schritte in diese Richtung gegangen. Unser Ziel bleibt eine Krankenversicherung, in der grundsätzlich alle – wenn auch in

verschiedenen Versicherungen – im gleichen Umfang krankenversichert sind. Erste Schritte hätten zum Beispiel ein Tarif für Beamtinnen und Beamte in der gesetzlichen Krankenversicherung oder eine Wechseloption für diejenigen sein können, denen es schwerfällt, ihre Prämien in der privaten Krankenversicherung zu zahlen. Außerdem hätten wir uns mehr Verbindlichkeit bei der Angleichung und Modernisierung einer gemeinsamen Vergütungsordnung gewünscht. All das ist leider am Widerstand der Union gescheitert.

Frau Dreyer, vielen Dank für das Gespräch. <<



5. MDS-Pflege-Qualitätsbericht

In die richtige Richtung

Licht und Schatten offenbart der 5. MDS-Pflege-Qualitätsbericht, der im Februar vom GKV-Spitzenverband und dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) vorgestellt wurde. Auf der Grundlage von Daten aus über 26.000 Qualitätsprüfungen, die im Jahr 2016 in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten durch den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) stattgefunden haben, wurden Mängel in Bereichen der Heimversorgung sowie in der ambulanten Pflege und auch bei der Beratung der Pflegebedürftigen identifiziert. Nicht außer Acht lassen sollte man jedoch dabei auch einige Verbesserungen. Ein Novum ist die Veröffentlichung der Ergebnisse aus den Abrechnungsprüfungen in der ambulanten Pflege.

>> Festzuhalten ist: „Auch wenn noch einiges zu tun ist, entwickelt sich die Pflegequalität doch insgesamt in die richtige Richtung“, so das Resümee von Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, bezüglich des 5. MDS-Pflege-Qualitätsberichtes, für den MDK-Prüfer die Versorgungsqualität bei 175.000 pflegebedürftigen Menschen untersucht haben. Kiefer identifiziert allerdings „zwei zentrale Baustellen“: Zum einen die verbesserungswürdigen Bedingungen für die Pflegekräfte, damit der Beruf an Attraktivität gewinnt und auch zur dauerhaften Ausübung einlädt. Zum anderen stehe die Stärkung der Transparenz über die Pflegequalität im Fokus, an deren System die Wissenschaft derzeit arbeitet. Ende dieses Jahres, so Kiefer, rechne man mit dem Beginn der Umsetzungsphase. „Schlechte Qualität soll sich, anders als es bei den Pflegenoten möglich war, nicht mehr verstecken können“, fordert er.

Auch Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS, sieht Verbesserungsbedarf – beispielsweise bei der Schmerzerfassung. Wenn diese nicht systematisch erfolge, dann könnten Medikamentengaben nicht angepasst werden. Die Untersuchungsergebnisse im stationären Bereich machen nämlich deutlich, dass trotz einer Steigerung der Durchführungsrate bei der Schmerzerfassung von 80,3 Prozent im Jahr 2013 (4. Pflege-

Qualitätsbericht) auf 82,1 Prozent im Jahr 2016, immer noch 17,9 Prozent der Bewohner nicht erfasst werden. Das Beispiel der Wundversorgung zeigt sogar eine Verschlechterung zwischen den genannten Erhebungszeiträumen. Mit 24,4 Prozent erfolgt diese im stationären Bereich nur bei rund jedem vierten Patienten nach aktuellem Wissensstand. Abhilfe könne nur durch die Verbesserung der Personalausstattung wie auch durch die Umsetzung des fachlich gebotenen Handlungsbedarfes geschaffen werden, meint Pick.

Wenngleich bei der Dekubitusprophylaxe laut Bericht noch kein zufriedenstellendes Niveau erreicht ist, so ist hier innerhalb der drei Jahre zwischen den Erhebungen eine Verbesserung von 75,6 Prozent auf 80,7 Prozent erzielt worden. Einen positiven Trend attestiert der 5. Pflege-Qualitätsbericht auch der rückläufigen Entwicklung bei den freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Lag der Anteil der Bewohner, bei denen Maßnahmen wie Bettgitter oder Gurte eingesetzt wurden, im Jahr 2013 bei 12,5 Prozent, so ist dieser Wert auf 8,9 Prozent im Jahr 2016 zurückgegangen. Dabei spielen laut Bericht die Beratungen der MDK-Prüfer eine nicht unwesentliche Rolle, indem diese beispielsweise auf den Einsatz technischer Assistenzsysteme wie Sensormatten zum Schutz vor Stürzen hinweisen.

In der ambulanten Pflege sind

eine sorgfältige pflegerische Bestandsaufnahme und die Beratung des Betroffenen zum Umgang mit Risiken entscheidend, wie die Autoren wissen lassen. Denn nur die Übernahme der festgestellten Bedarfe wird vertraglich mit dem Pflegedienst geregelt.

Bei der Demenz-Beratung wurden im Jahr 2016 77,4 Prozent der Betroffenen zu Maßnahmen wie dem Umgang mit Selbstgefährdung, Tagesstrukturierung und anderem informiert. Das entspricht einer deutlichen Verbesserung von über 10 Prozent (2013: 66,3 Prozent). Ebenso konnte die von 43,7 Prozent in Anspruch genommene Beratung bei eingeschränkter Kontinenz beziehungsweise Ausscheidung von 72,5 Prozent (2013) auf 80,9 Prozent gesteigert werden.

Allerdings kommt die außerklinische Intensivpflege nicht so gut weg, da unter den 1,1 Prozent der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld, die auf eine Beatmung angewiesen sind, im Jahr 2016 bei nur 75,3 Prozent die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht war. Im Jahr 2013 lag der Wert noch bei 83,1 Prozent.

Pick teilt jedoch grundsätzlich Kiefers Meinung: „Der Bericht belegt aber dennoch, dass die Mehrheit der Pflegebedürftigen entsprechend der Anforderungen an eine gute Pflege versorgt wird.“ Um die Pflegequalität weiter zu sichern und auszubauen, seien nach

wie vor externe Qualitätsprüfungen mit professioneller Beratung unverzichtbar. Dabei werden nach Angaben des MDS die Prüfungen in stationären und teilstationären Einrichtungen unangemeldet durchgeführt, bei den ambulanten Pflegediensten wird aus organisatorischen Gründen der Besuch einen Tag im Voraus angekündigt. Bei Beschwerden erfolgen sogenannte Anlassprüfungen jedoch auch bei ambulanten Pflegediensten unangemeldet.

Für den 5. Pflege-Qualitätsbericht wurden Qualitätsprüfungen in 13.304 Pflegeheimen und in 12.810 ambulanten Pflegediensten des Jahres 2016 ausgewertet. Darüber hinaus sind zum ersten Mal auch die Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen in der ambulanten Pflege in den Bericht eingeflossen, die seit Oktober 2016 Bestandteil der MDK-Prüfungen sind. „Bei gut einem Drittel der Pflegedienste stellten die Prüfer mindestens eine Auffälligkeit in den Abrechnungen fest, bei fast sieben Prozent der Pflegedienste haben die Prüfer gehäuft (sechs und mehr) Auffälligkeiten in der Abrechnung erkannt“, erläutert Jürgen Brüggemann, Teamleiter Pflege beim MDS und Mitverfasser des Berichtes. Dabei arbeiteten die meisten Pflegedienste gut und zuverlässig und rechneten ordentlich ab, so Brüggemann. Bei den auffälligen Diensten müsse man allerdings genauer hinschauen. <<

1. Fachforum der Koordinierungsstelle „welcome@healthcare“

Keine Helfersackgasse

Mit dem Ziel, relevante Akteure zu unterstützen, geflüchtete Menschen für Pflege- und Gesundheitsfachberufe zu gewinnen und zu qualifizieren, hat die Koordinierungsstelle „welcome@healthcare“ im November 2016 in Wuppertal ihre Arbeit aufgenommen. Getragen wird das Projekt von der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen, der AWO, der Caritas, dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, dem Deutschen Roten Kreuz, der Diakonie sowie den Jüdischen Gemeinden. Darüber hinaus fördert das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW das Programm. Beim ersten Fachforum der Koordinierungsstelle Mitte Januar in Düsseldorf ging es den Projektverantwortlichen darum, Herausforderungen und mögliche Lösungswege aufzuzeigen, damit eine Integration der Geflüchteten in Pflege- und Gesundheitsfachberufe zunehmend besser gelingen kann.

>> „Das Projekt ist nicht die Lösung für unser grundsätzliches demografisches Problem, das leuchtet wohl schnell ein“, stellte Pfarrer Christian Heine-Göttelmann, Vorsitzender der Freien Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege NRW, eingangs der Veranstaltung fest. Denn die bis im Jahr 2030 angenommene Zahl von 40.000 fehlenden Pflegekräften in NRW ließe sich nicht aus immigrierten Menschen jedweder Art rekrutieren oder ausbilden. „Aber es ist ein Leuchtturmprojekt, weil wir daraus Erkenntnisse ziehen, wie Menschen – qualifizierte und nicht qualifizierte – in Deutschland gut in den Arbeitsmarkt integriert oder für diesen gewonnen werden können. Außerdem lassen sich Barrieren und Hürden auf diesem Weg identifizieren“, sagte Heine-Göt-

telmann und rannte damit offene Türen bei Staatssekretär Dr. Edmund Heller, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen ein. Denn auch für Heller steht die Integration der geflüchteten Menschen im Vordergrund.

Langer Atem notwendig

Syrien, Afghanistan, Eritrea, Iran, Irak – aus diesen Ländern zählte die Landesregierung NRW in den Jahren 2015 und 2016 die meisten Geflüchteten. 2016 wurden, so der Staatssekretär, rund 196.000 Erstanträge auf Asyl gestellt. „Eine zentrale Aufgabe, die wir nur gemeinsam leisten können, ist die der erfolgreichen Integration“, erklärte Heller und forderte einerseits Integrationsbereitschaft von den Geflüchteten, aber auch den expliziten

Anspruch der deutschen Gesellschaft an diese Menschen, Aufgaben im Gemeinschaftsgefüge zu übernehmen. Für ihn ein ebenso menschlicher Akt; denn geflüchtete Menschen müssten die Möglichkeit bekommen, sich einen anerkannten und respektablen Platz in dieser Gesellschaft zu erarbeiten. Der Begriff „welcome@healthcare“ bringe das in genau drei Worten zum Ausdruck. Heller unterstrich mit dem Hinweis auf das Engagement der Landesregierung bei diesem Projekt die anvisierte Chance für den Gesundheitssektor, neues Personal für Gesundheits- und Pflegefachberufe zu finden, deren Ausbildung ohne Zweifel einen langen Atem erfordere. Angefangen bei der Frage nach der Qualifikation der Geflüchteten, einem Abbau der Sprachbarrieren oder Arbeitsförderungsmaßnahmen seien viele Probleme zu analysieren und nach Möglichkeit Antworten zu finden. Die aktuelle Datengrundlage, die Sebastian Riebandt, Fachreferent in der Koordinierungsstelle „welcome@healthcare“, in seinem Vortrag präsentierte, zeigte das stark polarisierte Bildungsniveau der Geflüchteten: 40 % haben eine weiterführende Schule besucht (35 % mit Abschluss), 11 % haben eine Grundschule und 11 % haben keine Schule besucht. 73 % der Personen zwi-

schen 18 und 65 Jahren haben in ihren Heimatländern Berufserfahrungen gesammelt und 90 % haben keine Deutschkenntnisse, beabsichtigen jedoch in gleicher Prozenzhöhe in Deutschland zu bleiben.

Best Practice

Der Staatssekretär versicherte, dass man im Ministerium gerade dabei sei, das Berufsankennungsverfahren zu verbessern, und dass man sicherstellen wolle, dass es genügend Angebote zur Nach- oder Weiterqualifizierung gebe. „Wir wollen nicht, dass die Integration geflüchteter Menschen in einer Helfersackgasse endet“, konstatierte Heller und fügte hinzu, dass auch komplizierte Verfahren möglichst nicht langwierige Verfahren sein sollten. Dafür setze sich auch Franz Josef Laumann als Gesundheitsminister des Landes NRW in Gesprächen mit den betreffenden Einrichtungen ein, indem er sich für entbürokratisierte Anerkennungsverfahren stark mache. Als praktisches Beispiel präsentierte der Minister das vom Land ebenfalls unterstützte Modellprojekt „Care for Integration“ zur Ausbildung geflüchteter Menschen in der Altenpflege. Projektleiterin Sina Yumi Wagner stellte das Projekt der Akademie für Pflegeberufe und Managa-



Staatssekretär Dr. Edmund Heller, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

ment, das auch von der Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit sowie dem Europäischen Sozialfonds gefördert wird, in einem Workshop vor. Aufgeteilt in zwei Module und ein sich anschließendes optionales drittes Modul, beinhaltet Modul 1 einen integrations- bzw. berufsspezifischen Sprachkurs auf B1-Niveau, der täglich vier Stunden Deutschunterricht am Vormittag sowie Pflege- oder Hauptschulunterricht am Nachmittag umfasst. Wagner hob an dieser Stelle noch einmal die Schwierigkeit des Qualifikationsnachweises hervor, da viele Geflüchtete nur ein Foto ihres Zeugnisses auf dem Smartphone nachweisen könnten. Der entsprechende Nachweis eines formalen Abschlusses kann innerhalb des Projektes im Rahmen von 500 Stunden Hauptschulunterricht, davon 400 in Modul 1 und 100 in Modul 2, erbracht werden. Das 12-monatige Modul 1 umfasst zudem rund 250 Stunden Pflegeunterricht sowie zwei bis drei Praktika, während das anschließende 18-monatige Modul 2 die Altenpflegehilfesausbildung umfasst. Optional schließt sich hier die Ausbildung zur Pflegefachkraft an, worauf die Projektinitiatoren nach eigenen Angaben hinarbeiten. Evaluiert wird das Projekt von Professor Dr. Michael Isfort vom Deutschen Institut für Pflegeforschung (DIP).

Auch Pflegepädagogen sind rar

In weiteren Workshops konnten sich die Teilnehmer beispielsweise über eine mögliche Ansprache und Gewinnung von geflüchteten Menschen für die Pflege informieren, die in vielen Ländern im familiären Setting stattfindet und daher

als Berufsfeld gar nicht präsent ist. Dirk Herrmann, Referent für Freiwilligendienste der Diakonie in Süd-Westfalen, erklärte, dass die Diakonie geflüchtete Menschen über das Freiwillige Soziale Jahr für die Pflegeberufe gewinnt und vorbereitet. Über diesen Weg konnten im Jahr 2017 fünf Auszubildende für die Ausbildung in der Altenpflege gewonnen werden. Darüber hinaus wurden rechtliche und lebensweltliche Rahmenbedingungen für den Beginn einer Pflegefachausbildung diskutiert und Grundlagen des Asylrechts von Heidemarie Jeep vom Bonner Verein für Pflege- und Gesundheitsberufe e. V. aufgezeigt.

In der von Sturmtief „Friederike“ personell dezimierten Podiumsdiskussion wurde deutlich, dass Vorbilder für die geflüchteten Menschen eine große Rolle spielen können. Edith Kühnle, Geschäftsführerin des Bonner Vereins für Pflege- und Gesundheitsberufe e. V., hob dies beispielhaft durch Mentorinnen innerhalb des ESF-geförderten Projektes „Mütter mit Migrationshintergrund steigen ein“ hervor, in denen sich Frauen auf eine Ausbildung in der Altenpflege vorbereiten – Kinderbetreuung inklusive.

Dr. Martina Erken, Projektleiterin am mibeg-Institut Medizin, das sich auf die nachuniversitäre Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen spezialisiert hat, blickte positiv auf die Beratung im Rahmen des Programmes „IQuaMed“. Dieses wird im Rahmen des Förderprogramms „Integration durch Qualifizierung“ (IQ) durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds gefördert und arbeitet seit 2005 an der Zielsetzung, die Arbeitsmarktchancen für Menschen

mit Migrationshintergrund zu verbessern. In der Förderperiode 2015–2018 wird das Programm um den Schwerpunkt „ESF-Qualifizierung im Kontext des Anerkennungsgesetzes“ erweitert. Von zentralem Interesse ist, dass im Ausland erworbene Berufsabschlüsse – unabhängig vom Aufenthaltstitel – häufiger in einer bildungsadäquaten Beschäftigung münden. Erken betonte, „dass in Nordrhein-Westfalen allein mit dem öffentlich geförderten Programm ‚IQuaMed‘ in drei Jahren über 1.800 Gesundheitsfachkräfte, die aus dem Ausland kamen, beraten werden konnten und davon bereits 600 Gesundheitsfachkräfte ihre Berufsqualifizierung erlangt haben“. Knapp 13 % gehörten davon zu der Gruppe der Geflüchteten. Dass das Berufsfeld der Pflege derzeit ein „boomendes“ Feld ist, bestätigte Claudia Steinhardt, Regionaldirektorin der Arbeitsagentur NRW, die auf die „Intergration Points“ in den Arbeitsagenturen hinwies, die zielgruppenspezifische Beratung für Geflüchtete anbieten.

Qualitätsgrenzen beachten

„Das Berufsfeld der Pflege ist eines der zukunftssichersten“,

stellte Steinhardt fest, doch fehlten neben Pflegekräften eben auch Lehrkräfte, wie Gerhard Herrmann, Abteilungsleiter im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, aufzeigte. Weder stünden für die Fachseminare genügend Pädagogen bereit, noch gebe es eine ausreichende Zahl an Studiengängen in Pflegepädagogik, wo die Lehrkräfte ausgebildet werden könnten. Auch das Pflegeberufereformgesetz bringe noch einmal grundlegende Änderungen mit sich, die bewältigt werden müssten, so Herrmann. „Wir befinden uns in Gesprächen mit Hochschulen, damit Studiengänge für Pflegepädagogik eingerichtet werden. Wir müssen aber auch den Queranstieg für Lehrkräfte erleichtern.“ Allerdings mahnte Steinhardt hier zur Obacht, da man sich an der „Schnittstelle zwischen schnell und unbürokratisch“ befinde und sinnvolle Qualitätsgrenzen nicht unterschritten werden dürften. Grundsätzlich konnte Herrmann Rückenwind aus dem Ministerium für die Pflege vermitteln, nahm aber eine lange Wunschliste der Akteure mit ins Ministerium, was den erhofften Austausch auf der Veranstaltung bestätigen konnte. <<



Podiumsdiskussion mit Edith Kühnle (Geschäftsführerin des Bonner Vereins für Pflege- und Gesundheitsberufe e. V.), Claudia Steinhardt (Regionaldirektorin der Arbeitsagentur NRW), Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen), Dr. Martina Erken (Projektleiterin am mibeg-Institut Medizin) und Moderator Michael Brocker (v.l.n.r.).

Foto: „welcome@healthcare“ / Kathrin Heumann

Das 107. Aachener Hospizgespräch

Option Caring Community!?

Die in den 1980er Jahren entstandene Hospizbewegung in Deutschland hat mit der Einrichtung des ersten Hospizes 1986 in Aachen auch ihre Wurzeln in der Region, die alljährlich Gastgeber der Hospizgespräche ist. Anfang Februar fand die 107. Auflage der Veranstaltung in den Räumlichkeiten des Museums Zinkhütter Hof in Stolberg statt, die unter dem Motto „Vom Wegschauen zum Hinschauen – Caring Community – die sorgende Gemeinde. Vernachlässigte Gruppen, Einrichtungen und Regionen in der Hospiz- und Palliativkultur“ standen. Rund 400 Teilnehmer konnten sich an zwei Tagen in der vom Bildungswerk Aachen organisierten und von Grünenthal, Caritas sowie der Städteregion Aachen geförderten Veranstaltung über das im Jahr 2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) und seine Ausgestaltung zukunftsgerichtet austauschen.

>> „Wie können vernachlässigte Gruppen im Zuge der Umsetzung des HPG besser erreicht werden und kann das Modell der Caring Community ein Modell sein, in dem Ehrenamt, Nachbarschaftshilfe, kommunale Strukturen und die professionellen Sorgenetzwerke gemeinsam, möglichst da, wo sie gebraucht werden, zusammenkommen?“, fragte Veronika Schönhofer-Nellessen, Leiterin der Servicestelle Hospiz für die Städteregion Aachen und hauptverantwortliche Veranstalterin der Aachener Hospizgespräche, eingangs der Veranstaltung. Strukturelle, kulturelle und auch gesetzliche Fragen galt es hier also zu beantworten.

„Ja, ich gehöre zu einer vernachlässigten Gruppe“, konstatierte Professor Dr. Roman Rolke, Direktor der Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Aachen und ärztlicher Leiter der Veranstaltung, mit einem Augenzwinkern auf die Frage von Grünenthal-Pressesprecher Dr. Stefan Frings. Denn bei bundesweit mehr als 30 Universitätsklinikum gebe es nur neun Lehrstühle für Erwachsenen-Palliativmedizin. Der Forderung nach mehr Lehrstühlen ließ Rolke den Vorschlag zur Einführung eines Facharztes für Palliativmedizin folgen, damit junge, neugierige und forschungsaktive Mediziner auch in diesem Feld arbeiten und

dieses voranbringen könnten. „Da hätten wir einen Qualitätssprung zu erwarten“, ist sich der Mediziner sicher.

Die Transition im Fokus

Besonderen Handlungsbedarf sieht Rolke bei der Transition junger Erwachsener in die Erwachsenen-Palliativmedizin, die nach Erreichen des 18. Lebensjahres mit ihrer seltenen Erkrankung den Arzt wechseln müssen, der häufig keine Expertise für die Behandlung seltener Stoffwechsel- oder Muskelerkrankungen habe. Durch die Möglichkeiten der modernen Medizin erreichten schwerkranke Ju-

gendliche eben häufiger das Erwachsenenalter, was auch die Medizin und die Pflege vor neue Herausforderungen stelle. „Wir haben in unserem Pilotprojekt die Erfahrung gemacht, wie wertvoll es ist, an diesem Übergang mit den Eltern innezuhalten und zu überlegen: Wo stehen wir? Und wie kann es weitergehen?“ Rolke forderte die Beschäftigung mit diesem „komplett noch nicht entwickelten Thema“. Edukationsvideos für Kinder- und Palliativmediziner sowie für Pflegekräfte brachte Rolke hier als Möglichkeit der Schulung ins Spiel, um einerseits über die seltenen Krankheitsbilder und beispielsweise auch den Umgang mit den Eltern als pri-

Foto: Andreas Schmitter



Prof. Dr. Frans Vosman (Universität Utrecht), Dr. Eckhard Eichner (Dt. Palliativ Stiftung), Dr. Martina Levartz (Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein), Dr. Felix Grützer (Alpha-Rheinland), Marcus Schneider (GKV-Spitzenverband), Prof. Dr. Andreas Wittrahm (Caritasverband), Veronika Schönhofer-Nellessen (Servicestelle Hospiz, Aachen) (v.l.n.r.).

märem Ansprechpartner zu informieren.

Ob die Regelversorgung auch bereits eine vernachlässigte Größe im Bezug auf die Palliativmedizin sei, wollte Frings anschließend von Dr. med. Dr. phil. Eckhard Eichner, Stiftungsratsvorsitzender der Deutschen Palliativ Stiftung und Vorsitzender der Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. wissen. Für ihn ist das HPG „ein großer Wurf“. Adressiert würden hier mit den Altenheimen, den Krankenhäusern und der ambulanten Versorgung jenseits der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) die Orte, an denen Menschen am häufigsten versterben. Für Eichner gehört die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) zu den vernachlässigten Bereichen, auch wenn diese definitionsgemäß zur Regelversorgung gehöre. Er fordert eine Dreistufigkeit aus Regelversorgung, allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Im HPG würden hier von den Ärzten und den Pflegekräften Qualifikationen gefordert, damit sie dies auch abrechnen können. „Ich verspreche mir davon, wenn das wirk-

lich umgesetzt wird und das HPG zudem weiter verfeinert wird, dass wir deutlich mehr Menschen erreichen werden, zu einem Zeitpunkt, zu dem zumindest in Bayern die SAPV noch nicht greift.“ Denn dort sei diese vergütungsbestimmte eine Frage der letzten Lebensstage. Aber die Palliativsituation sei eben nicht eine Frage der letzten Tagen, sondern durchaus von Monaten und Jahren. „Und hier beim vertrauten Hausarzt und Pflegedienst in Kombination mit der Regelversorgung eine bessere Versorgung herzustellen, wäre mir ein großes Anliegen“, so Eichner. Hausarzt und ambulanter Pflegedienst müssten dann eingebunden werden. Bei den Pflegediensten ist das ein Problem der Vergütung, konstatierte Eichner. Ich bin sehr gespannt, ob wir in der häuslichen Krankenpflege (HKP) eine Richtlinie bekommen, die es ihnen ermöglicht, diese Zeit aufzuwenden. Dieser Forderung hielt Marcus Schneider, Referent beim GKV-Spitzenverband, entgegen, dass der Rahmen des Gesetzes durch die Selbstverwaltung nun gesetzt sei, d.h. neue Vereinbarungen zur stationären Hospizversorgung

und Förderung ambulanter Hospizdienste sowie zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase getroffen seien und es nun abzuwarten gelte, wie sich die Umsetzung gestalte.

Was kann die Caring Community leisten?

Auf die Frage nach möglichen ethischen Defiziten des HPG antwortete Dr. Frans Vosman, Professor für Care-Ethik an der Universität Utrecht, Niederlande, dass die Organisation einer sorgenden Gemeinde in größerem Maße von unten, also gesellschaftlich motiviert, erfolgen müsse. Die durch Vosman identifizierte „Obrigkeithörigkeit preußischer Natur“ der Deutschen begünstige eine „Entmündigung der Bürger durch Vater Staat“. Vosman zeigte sich beeindruckt von den finanziellen Aufwendungen, die Deutschland in seine Gesundheitsversorgung und konkret auch in die pflegerische und medizinische Versorgung der Menschen am Lebensende investiert, monierte jedoch, dass das beim Patienten im Bett letztlich nicht an-

komme. „Die ‚Arme‘ der Politik und der Planung sind möglicherweise zu kurz“, mutmaßte der Niederländer. Die Caring Community ist seiner Meinung nach in der Lage, die professionelle, sozialstaatliche Leistung der Hospiz- und Palliativmedizin mit dem bürgerschaftlichen Engagement zusammenzubringen, und somit eine effektive Versorgung am Lebensende zu ermöglichen. Vosman empfiehlt, die bisherigen Erfahrungen von Caring Communities, wie sie in Wien oder Austerlitz vorliegen, zu verwerten und horizontal zu verbreiten. Ein Schlüsselfaktor sei beim Modell der sorgenden Gemeinden eine starke bürgerliche Stimme, die Kern eines lebendigen bürgerschaftlichen Gewebes sein sollte und dieses damit zusammenhalten könne. Der Rückgriff auf den gesellschaftlichen Erfahrungshorizont sowie soziale Strukturen im Quartier und damit Teilhabe sei genauso wie eine Verständigung auf Augenhöhe essenziell für eine menschliche Pflege am Lebensende. Vosman resümierte, dass das Modell der Caring Communities durchaus den ländlichen Raum stärken könne. <<

Studie zu „Vielfalt und Diskriminierung in der Seniorenpflege“

>> Die Integration von zugewanderten Menschen in konfessionell gebundene Pflegeeinrichtungen ist mit Problemen verbunden, wie eine qualitativ soziologische Studie von Dr. Aleksandra Lewicki von der Freien Universität Berlin zeigt. Lewicki hat im Jahr 2017 Interviews mit 20 Führungskräften der Caritas bzw. Diakonie und 15 Experten geführt sowie Gesetzestexte analysiert. Ergebnis: Die nicht-christliche Religionszugehörigkeit stellt einen Nachteil dar, wenn es um die Karriereentwicklung von Pflegekräften geht. Zudem, so die Autorin, unternehmen die Verbände zu we-

nig, um Senioren mit Migrationsgeschichte den Zugang zu ihren Einrichtungen zu erleichtern.

Das sogenannte Selbstbestimmungsrecht gesteht nach Artikel 140 Grundgesetz den Kirchen das Verlangen weltanschaulicher Loyalität zu. Ebenso schützt Artikel 9 des „Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes“ (AGG) das Recht kirchlicher Arbeitgeber, diese Loyalität einzufordern. Lewickis Untersuchungen zufolge wird der berufliche Aufstieg oder bisweilen gar die Entfristung der Arbeitsverträge nicht-christlichen Pflegekräften verwehrt. Neben der Personal-

politik zeigten sich auch beim Umgang mit Pflegebedürftigen, die einen Migrations- oder Minderheitenreligionshintergrund haben, Missstände: Obwohl hier ein höheres Bewusstsein für mögliche Benachteiligung als in der Personalpolitik erkennbar sei und die Verbände sich in ihren Leitbildern zu einer Offenheit für alle Bevölkerungsgruppen bekennen würden, würden diese Absichten kaum in konkrete Maßnahmen überführt. Darüber hinaus bewertet Lewicki das Bemühen der Einrichtungen, ihre Angebote unter Einwanderern besser bekannt zu machen, als

verbesserungswürdig. Auch die Auswertung erhobener Daten zu den Pflegebedürftigen mit Migrationsgeschichte müsste nach Lewickis Ansicht effizienter erfolgen, um zu erfahren, ob die Bewohnerschaft der Einrichtung die Vielfalt des Einzugsgebiets widerspiegeln. Lewickis Resümee: „Sowohl bei der Personalpolitik als auch beim Umgang mit Pflegebedürftigen besteht daher Reformbedarf. Hier sind sowohl die Kirchen selbst als auch der Gesetzgeber gefragt.“ Die Prävention von Diskriminierung müsse in der Debatte in den Mittelpunkt rücken. <<

Dipl.-Psych. Christine Witte, MPH
Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

Regionale Entwicklung: Demenzranke und Pflegeleistungen

Statistische Erhebung in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern in den Jahren 2011 bis 2015

Entsprechend der Pflegestatistik belegten die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern mit 4,9% und Brandenburg mit 4,5% im Jahr 2015 erneut die beiden Spitzenplätze in der Pflegeprävalenz (GBE, 2017). Berlin lag mit 3,3% zwar leicht unter dem Bundesdurchschnitt von 3,5%, aber auch dort ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und menschenwürdigen Pflege mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. In einer Region, die von der Alterung der Bevölkerung stark betroffen ist, gilt es, für den Umgang mit einer steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen Strategien (weiter) zu entwickeln. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf die demenzkranken Pflegebedürftigen gelegt werden. Zum einen wurden durch die Pflegestärkungsgesetze, die innerhalb der letzten Jahre in Kraft getreten sind, die Leistungen für Demenzranke deutlich verbessert. So wurden ab dem 1. Januar 2017 Pflegebedürftige mit Demenz (und damit eingeschränkter Alltagskompetenz) in höhere Pflegegrade übergeleitet. Zum anderen kann die Pflege Demenzkranker durch auf die Erkrankung abgestimmte Maßnahmen unterstützt und verbessert werden. Dies betrifft in besonderem Maße Aspekte der regionalen pflegerischen und medizinischen Versorgung. Aber auch ausreichende und regional passende Angebote für pflegende Angehörige sind vorzuhalten; Wohnumgebungen sind zu schaffen, in denen sich auch kognitiv beeinträchtigte Menschen zurechtfinden, und Demenzerkrankungen sind in die öffentliche Wahrnehmung zu rücken, um die Aufmerksamkeit und Hilfsbereitschaft für demenzranke Mitbürger zu verbessern.

>> Dem Nordosten Deutschlands kommt im Umgang mit einer steigenden Zahl Demenzkranker eine Vorreiterrolle zu. Denn gerade in den zahlreichen Regionen des Nordostens mit einem besonders hohen Anteil alter Menschen werden sich die Herausforderungen, wie Mangel an Pflegekräften und Bedarf an adäquaten Pflegeangeboten, weiter verschärfen. Programme, Initiativen oder Modellprojekte müssen hier in den nächsten Jahren zeigen, ob sie Demenzranke, ihre Angehörigen, die Pflegenden und Versorgenden und auch Mitbürger ausreichend unterstützen. Auch in den meisten anderen Bundesländern müssen künftig deutlich mehr Demenzranke versorgt

Zusammenfassung

Der Nordosten Deutschlands, insbesondere die beiden Flächenländer Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, weisen bereits heute hohe Pflegeprävalenzen auf. Die steigende Zahl alter Menschen bedingt darüber hinaus die Zunahme von altersassoziierten Erkrankungen, wie zum Beispiel der Demenzen – eine weitere Herausforderung für eine gute medizinische und pflegerische Versorgung. Auf Grundlage der anonymisierten Routinedaten der bei der AOK Nordost versicherten demenzkranken Pflegebedürftigen, wurde im 2. Pflegereport Nordost die Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung zwischen den Jahren 2011 und 2015 analysiert (Witte/Zahn 2017). Unter den mindestens 60 Jahre (60+) alten Versicherten der AOK Nordost wurde für 14,6% im Jahr 2015 die Diagnose Demenz dokumentiert. Der Anteil der 60+-jährigen Demenzkranken mit einer Pflegestufe ist seit 2011 in der Region Nordost nur gering angestiegen und lag 2015 bei 69,7%. Somit hatte fast jeder dritte Demenzranke noch keine Pflegestufe. Mit Einführung der Pflegegrade in 2017 ist mit einem deutlichen Anstieg der Demenzkranken mit Pflegegrad zu rechnen. Fast zwei Drittel (63,2%) der 60+-jährigen AOK Nordost-Versicherten mit Demenz und Pflegestufe wurden 2015 in der eigenen Häuslichkeit gepflegt. Erkennbar ist zwar ein Anstieg bei der Nutzung von Tagespflege von 2011 bis 2015 für Demenzranke in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern um fast 3% jedoch auf immer noch nur etwa 14% im Jahr 2015. Die Tagespflegeangebote finden sich aktuell vor allem in den städtischen Gemeinden der Flächenländer. In den ländlichen Gemeinden und im Osten Berlins besteht Nachholbedarf.

Schlüsselwörter

Demenz, Pflegebedürftige, Pflegeleistungen, AOK Nordost, GeWINO, Versorgungsforschung

werden, so dass erfolgreiche Initiativen und Projekte übertragen werden können.

Studienpopulation und Methodik

Als Stabsstelle der AOK Nordost kann das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse – auf die quartalsweise aktualisierten, anonymisierten¹ Abrechnungsdaten aller Pflegeleistungen nach dem SGB XI Soziale Pflegeversicherung der rund 1,75 Millionen Versicherten der AOK Nordost zurückgreifen. Diese Daten können sowohl jahresübergreifend als auch in Verbindung mit den ebenfalls anonymisierten

1: anonymisiert gemäß § 67 (8) SGB X

Demenz

Unter dem Begriff Demenz werden häufig verschiedene Erkrankungen zusammengefasst. Gemeinsam ist ihnen, dass es zu Einschränkungen des Denkens, des Gedächtnisses, aber auch der Sprache, der Motorik und der Persönlichkeitsstruktur kommen kann. Die Demenz bei Alzheimer-Krankheit, als bekannteste und mit etwa 60% der Demenzerkrankungen auch häufigste Demenzform, kann gemeinsam mit der frontotemporalen und der Lewy-Körper-Demenz zu den neurodegenerativen Demenzen zusammengefasst werden. Diese Gruppe zählt gemeinsam mit den vaskulären Demenzen wiederum zu den primären Demenzen, die zusammen etwa 90% aller Demenzerkrankungen ausmachen. Etwa 10% der Demenzerkrankungen entfallen auf die sekundären Demenzen, wie Demenz bei Morbus Parkinson (Qiu et al. 2007). Die häufigsten Demenzerkrankungen, wie die Alzheimer Demenz, verlaufen progredient und sind nicht heilbar. Der größte Risikofaktor, an einer Demenz zu erkranken, ist das Lebensalter (Ziegler/Doblhammer 2009). Mit der demografischen Alterung steigt damit auch die Anzahl Demenzkranker.

Stamm- und Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung analysiert werden. Die vorgestellten Ergebnisse schließen die Jahre 2011 bis 2015 ein.

In die Analysen zu diesem Pflereport wurden alle Versicherten der AOK Nordost Pflegekasse eingeschlossen, welche in den jeweiligen Analysejahren 60 Jahre und älter (60+-Jährige) und nicht verstorben waren. Alle eingeschlossenen Versicherten hatten ihren Wohnsitz in der Region Nordost, das heißt in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern oder Berlin. Im Jahr 2011 wurden 727.299 Versicherte (59% Frauen) und im Jahr 2015 662.942 (58% Frauen) einbezogen, welche die entsprechenden Einschlusskriterien erfüllten.

Neben den sogenannten Versichertenstammdaten, welche Angaben wie Alter, Geschlecht, Wohnregion und Versicherungsdauer beinhalten, wurden Datensätze zu Pflegestufen und zum Erhalt einzelner Pflegeleistungen sowie zu abgerechneten Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung verwendet.

Pflegebedürftig im Sinne des in den Analysejahren geltenden Pflegebegriffs im SGB XI waren Personen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (BMJV, 2017). Versicherte wurden als Pflegebedürftige klassifiziert, wenn für diese eine Pflegestufe dokumentiert war. Wurde ein Versicherter im Laufe des betrachteten Jahres pflegebedürftig oder änderte sich seine Pflegestufe, so wurde die Pflegestufe gewertet, welche als letzte im Analysejahr dokumentiert wurde.

Als Pflergetyp wurde stationäre Pflege angenommen, wenn der Pflegebedürftige mehr als 182 Tage im Analysejahr im Pflegeheim war. Alle anderen Pflegebedürftigen wurden dem Pflergetyp häusliche Pflege zugeordnet.

Zur Bestimmung der Leistungstypen der Pflegeversicherung wurden die einzelnen Sachbuchkonten der Pflegeversicherung durch Pflegeexperten den Leistungstypen Geldleistungen, Sachleistungen, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege sowie stationäre Pflege und Beratungsbesuche zugeordnet. Da für diese Zuordnung keine gesetzlichen oder einheitliche wissenschaftlichen Standards existieren, kann es bei den einzelnen Analysen zu den Pflegeleistungen zu definitionsbedingten Abweichungen von anderen veröffentlichten Statistiken kommen.

Als Anbieter von Tagespflege wurden alle Vertragspartner der AOK Nordost gezählt, mit denen Pflegeleistungen im Bereich der Tages- und Nachtpflege im Analysejahr abgerechnet wurden. Diese wurden über Geo-Kodierung den entsprechenden Gemeinden oder Berliner Bezirken zugeordnet. Die Auswertung erfolgte nicht stichtagsbezogen.

Grundlage für die Entscheidung, ob bei einem Versicherten eine Demenzerkrankung vorlag, waren die ICD-10-Codes, welche Demenz im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2016 abbilden². Ein Versicherter wurde als demenzkrank gewertet, wenn für diesen innerhalb eines Jahres durch einen niedergelassenen Arzt (nur gesicherte Diagnosen) oder im Rahmen einer stationären Behandlung (alle Diagnosen) mindestens einmal eine Demenz kodiert wurde.

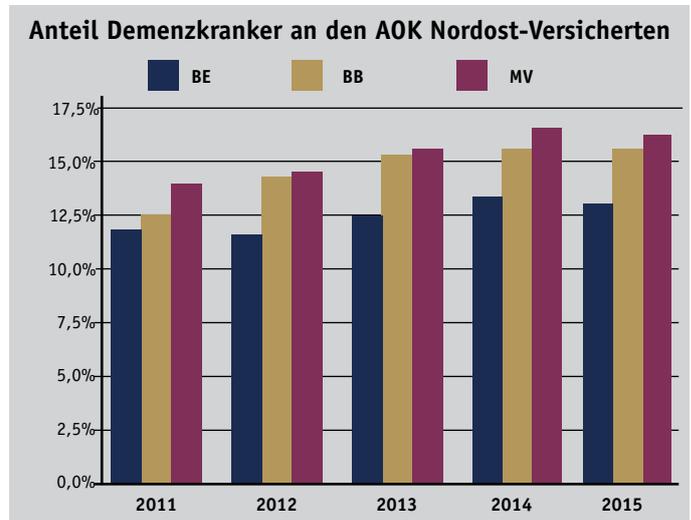


Abb. 1: Anteil Demenzkranker an den AOK Nordost-Versicherten (60 Jahre und älter, alters- und geschlechtsstandardisiert auf AOK Nordost-Versichertenstruktur im Jahr 2015).

Die Analyseergebnisse werden für die Region Nordost insgesamt, unterschieden nach den drei Bundesländern und differenziert nach den 316 Ämtern und amtsfreien Gemeinden in den Flächenländern, dargestellt. Für Berlin werden die Ergebnisse für die 60 Berliner Prognoseräume berichtet. Diese Prognoseräume stellen eine der drei Ebenen der lebensweltlich orientierten Räume der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen dar (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen 2017).

Ergebnisse

Demenzerkrankungen und Pflegebedürftigkeit

Für die Region Nordost wurde analysiert, wie hoch der Anteil der Versicherten mit einer Demenzdiagnose war. Um den Einfluss einer Veränderung der AOK Nordost-Versichertenstruktur hinsichtlich Alter und Geschlecht im Zeitverlauf auszuschließen, wurde die Demenzquote der einzelnen Jahre auf die Alters- und Geschlechtsverteilung des Jahres 2015 adjustiert.

Die auf 2015 adjustierte Demenzquote unter AOK Nordost-Versicherten (60 Jahre und älter) lag 2011 in der gesamten Region Nordost bei 12,8% und ist innerhalb von 5 Jahren um fast 1,8% auf 14,6% gestiegen (Abb. 1). Bis 2014 war in allen drei Bundesländern ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. In Berlin stieg der Anteil der Demenzkranken um 1% auf 13,0%, in Brandenburg um 3% auf 15,9% und in Mecklenburg-Vorpommern um 2,2% auf 16%.

Für diesen Anstieg der Demenzerkrankungen können verschiedene mögliche Ursachen diskutiert werden. Zum einen kann diesem

² ICD-10-Codes, welche Demenz im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2016 abbilden: F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F06.5, F06.6, F06.8, F06.9, G30.0, G30.1, G30.8, G30.9, G31.82; <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/> (abgerufen am 17. März 2017)

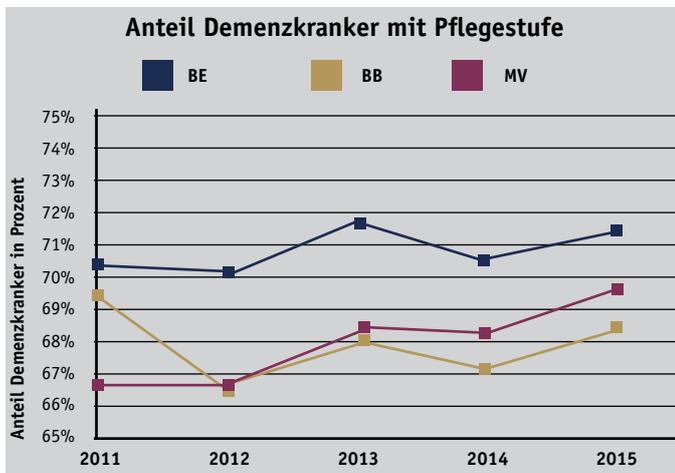


Abb. 2: Anteil demenzkranker AOK Nordost-Versicherter (60 Jahre und älter) mit Pflegestufe.

Anstieg eine tatsächliche Zunahme der Demenzerkrankungen in der Altersgruppe der 60+-Jährigen zu Grunde liegen. Zum anderen kann dazu beigetragen haben, dass Demenzerkrankungen in einem früheren Stadium diagnostiziert und behandelt wurden.

Im Jahr 2015 war für 69,7% der Demenzkranken eine Pflegestufe dokumentiert. Das heißt, mehr als jeder vierte Demenzkranke hatte noch keine Pflegestufe. Seit 2011 war dieser Anteil mit 0,7% nur leicht gestiegen (Abb. 2). Nur zwischen 2012 und 2013 war eine deutliche Zunahme des Anteils Demenzkranker mit Pflegestufe in den drei Bundesländern zu verzeichnen. Diese kann damit zusammenhängen, dass 2013 die Leistungen der sogenannten Pflegestufe 0³ ausgeweitet wurden und zu einer häufigeren Beantragung einer Pflegestufe geführt haben.

Für die Berliner Prognoseräume zeigt sich in Abbildung 3 hinsichtlich der Anteile von Demenzkranken mit Pflegestufe eine geringere Varianz (Kreuzberg-Ost: 58,7%, Buch: 92,8%) als in Brandenburg (Altdöbern (Lausitz): 26,3%, Brüssow (Uckermark): 92,0%) und Mecklenburg-Vorpommern (Boizenburg-Land: 33,6%, Lübtheen-

3: Pflegestufe 0 = Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege/hauswirtschaftlichen Versorgung sowie erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz

Stadt: 92,9%). Interessant ist, dass die Ämter in den Landkreisen Barnim und Uckermark zusammenhängend besonders hohe Pflegequoten bei den Demenzkranken aufweisen. Auch die Ämter im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte weisen relativ hohe Pflegequoten auf. Dies sind auch jene Gebiete, die vergleichsweise niedrige Demenzquoten aufweisen.

Häusliche Pflege bei demenzkranken Pflegebedürftigen

Wie für alle Pflegebedürftigen kommen auch für demenzkranke Pflegebedürftige verschiedene Pflegearrangements in Betracht. Sie können zu Hause mit oder ohne Unterstützung eines Pflegedienstes, in Wohngemeinschaften oder vollstationären Pflegeeinrichtungen gepflegt werden. Gerade für Demenzkranke ist das Verbleiben in einer vertrauten Wohnumgebung beim Umgang mit der eigenen Erkrankung und den daraus resultierenden Einschränkungen von Vorteil.

Die folgenden Analysen zeigen, dass der Anteil der zu Hause gepflegten Demenzkranken über die letzten fünf Jahre zugenommen hat. Für die Angehörigen stellt die Pflege eines demenzkranken Familienmitglieds jedoch eine besondere Herausforderung dar. Pflegenden Angehörige zu stärken, ist das Ziel von unterstützenden Leistungen bei häuslicher Pflege, wie die Tages- und Nachtpflege, deren Inanspruchnahme ebenfalls analysiert wurde.

Fast zwei Drittel (63,2%) der AOK Nordost-Versicherten 60+ mit

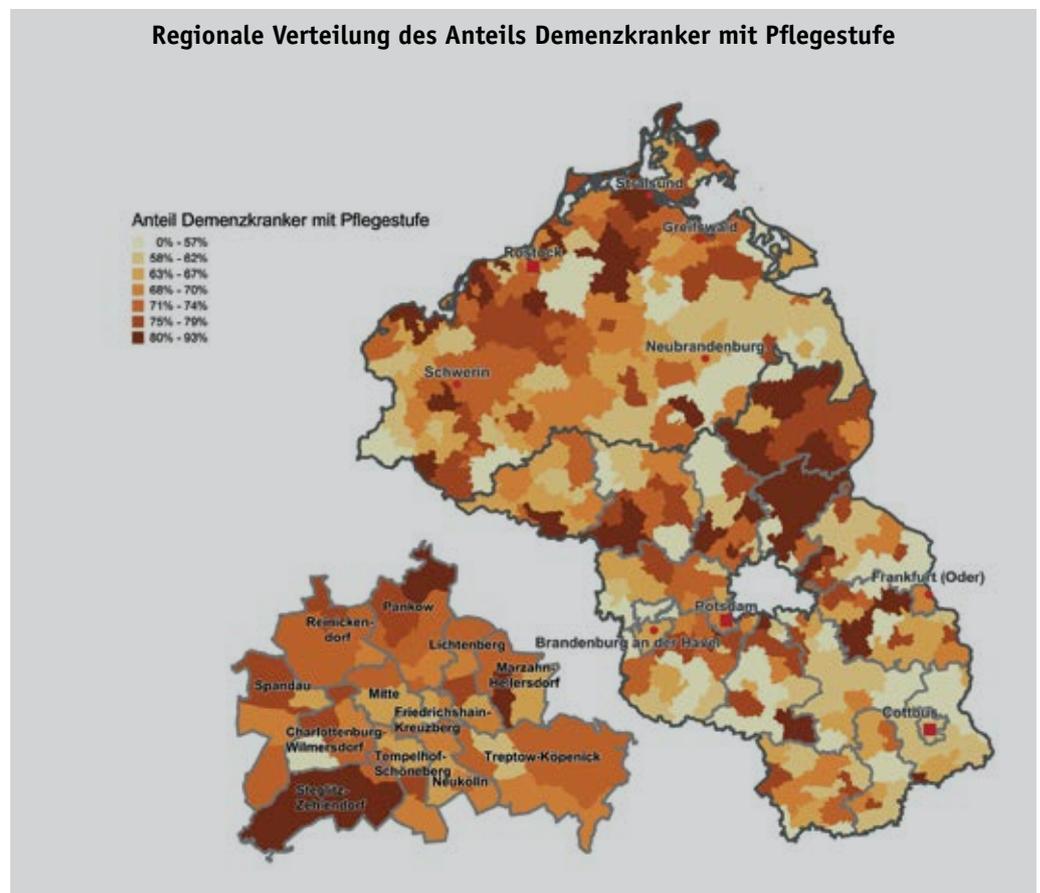


Abb. 3: Regionale Verteilung des Anteils Demenzkranker mit Pflegestufe (60 Jahre und älter) im Jahr 2015.

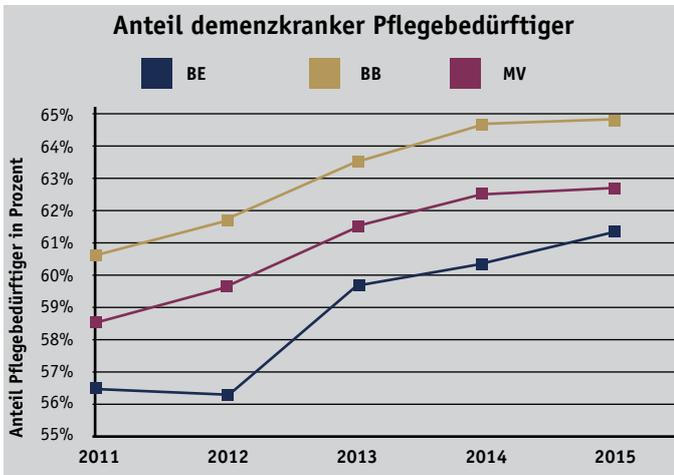


Abb. 4: Anteil demenzkranker Pflegebedürftiger (60 Jahre und älter) in häuslicher Pflege.

Demenz und Pflegestufe wurden 2015 in der eigenen Häuslichkeit gepflegt. Seit 2011 ist dieser Anteil um 4,4% gestiegen (Abb. 4).

Dieser Anstieg zeigte sich in allen drei Bundesländern und in einem sehr ähnlichen Ausmaß. In Berlin stieg der Anteil der in der eigenen Häuslichkeit gepflegten Demenzkranken zwischen 2011 und

2015 um 4,8% auf 61,3%. In Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern stieg er im gleichen Zeitraum um jeweils 4,1% auf 64,9% in Brandenburg und 62,8 % in Mecklenburg-Vorpommern.

Der Berliner Prognoseraum mit dem niedrigsten Anteil an häuslich gepflegten Demenzkranken ist mit 42,7% Buch, ganz im Norden des Bezirkes Pankow. Demgegenüber waren im Prognoseraum Spandau 3, ganz im Osten von Spandau, sogar 100% der demenzkranken Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege. Auch in Kreuzberg Nord war der Anteil mit 92,2% sehr hoch (Abb. 5).

Im Jahr 2015 gab es in Brandenburg 51 und in Mecklenburg-Vorpommern 16 Ämter oder amtsfreie Gemeinden, in denen 100% aller demenzkranken Pflegebedürftigen der AOK Nordost häuslich gepflegt wurden. Niedrige Anteile häuslich gepflegter Demenzkranker zeigten sich in Schipkau im Landkreis Ostspreewald-Lausitz mit 25%, in der Stadt Jüterbog mit 38,6% sowie in Graal-Müritz (Landkreis Rostock) mit 23,1%.

Für die Tatsache, dass der Anteil häuslich gepflegter Demenzkranker regional sehr unterschiedlich ist, bieten sich verschiedene Erklärungen an. Ein sehr hoher Anteil, insbesondere ein Anteil von 100%, wird häufig in Ämtern erreicht worden sein, in denen keine Möglichkeit einer stationären Pflege gegeben ist und in denen demenzkranke Pflegebedürftige, die nicht länger häuslich gepflegt werden können, in ein Pflegeheim eines anderen Amtes umziehen.

Übereinstimmend mit den Ergebnissen des 1. GeWINO Pflegeberichts zu allen Pflegebedürftigen zeigt sich auch bezogen auf Pflegebedürftige mit Demenz, dass in städtischen Gebieten ein höherer Anteil stationär versorgt wird (Witte et al. 2016). Neben einem größeren Angebot an Pflegeheimen in städtischen Gebieten werden hierfür häufig auch andere soziale und familiäre Strukturen und Netzwerke als mögliche Gründe diskutiert (Blinkert/Klie 2000). Für die Interpretation der Unterschiede innerhalb Berlins sollten auch interkulturelle Aspekte bedacht werden. Die Bereitschaft, Angehörige zu Hause zu pflegen oder für die Pflege professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist mit dem kulturellen Hintergrund verknüpft (Haberkern/Szydlik 2008).

Inanspruchnahme von Tagespflege und Tagespflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege können teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages-

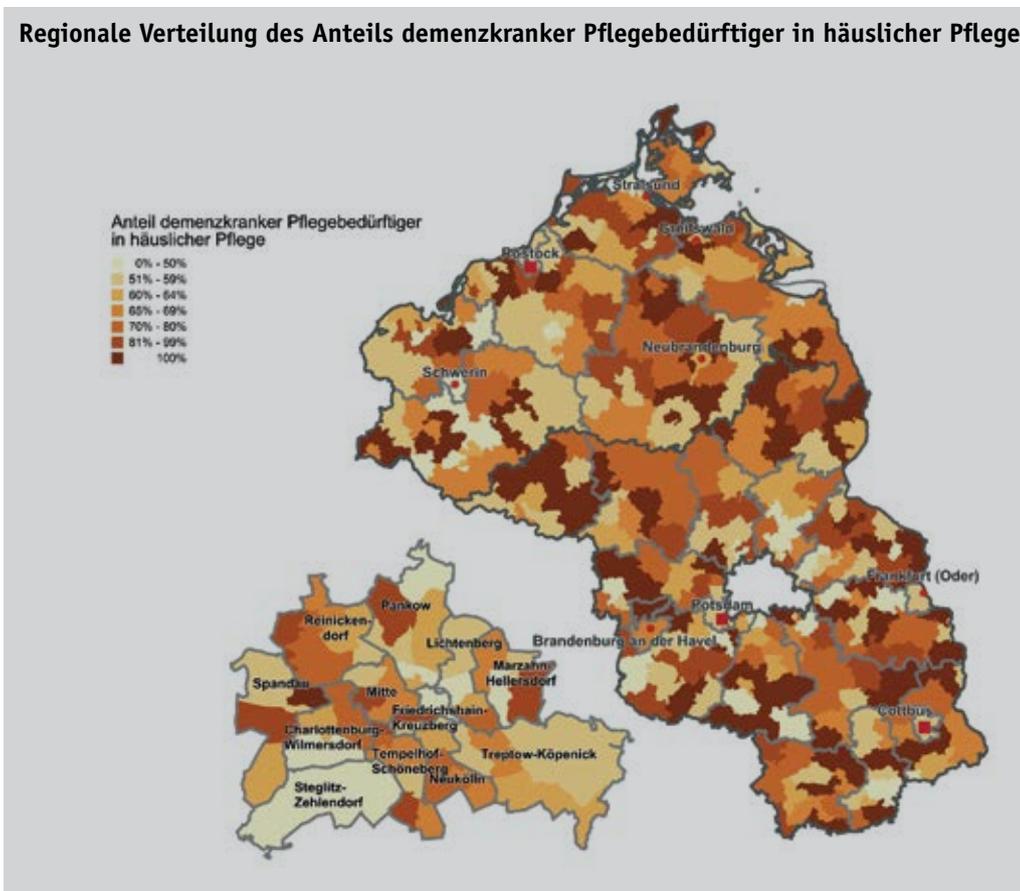


Abb. 5: Reg. Verteilung des Anteils demenzkranker Pflegebedürftiger (60 J. und älter) in häuslicher Pflege 2015.

oder Nachtpflege § 41 SGB XI (im Folgenden als Tagespflege bezeichnet) in Anspruch nehmen. Dabei können sie in Gruppen von etwa zehn bis zwölf Pflegebedürftigen die Angebote einer Tagespflegeeinrichtung an einen oder mehreren Tagen der Woche nutzen. Menschen mit Pflegestufe 0 hatten erst seit dem 1. Januar 2015 Anspruch auf diese Tagespflege. Daher wurden demenzkranke Pflegebedürftige mit Pflegestufe 0 nicht in die Analyse der Tagespflege einbezogen.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Tagespflege zeigten sich in den betrachteten Jahren kaum Unterschiede zwischen den Flächenländern Brandenburg (2015: 14,5%) und Mecklenburg-Vorpommern (2015: 14,2%). Auch die Anstiege der Inanspruchnahme zwischen 2011 und 2015 sind in Brandenburg (2,8%) und Mecklenburg-Vorpommern (2,6%) sehr ähnlich. In Berlin stieg die Inanspruchnahme im gleichen Zeitraum nur um 1,1% auf 8,7% im Jahr 2015 und war in allen Jahren und allen Räumen deutlich geringer als in den beiden Flächenländern.

Innerhalb der Berliner Prognoseräume variierte der Anteil derer, die Tagespflege in Anspruch nahmen, zwischen 3,1% in Schmargendorf, im Westen von Wilmersdorf, und 20,5% in Buch, im Norden von Pankow (Abb. 6). In Brandenburg wurde in den Städten Großräschen in der Lausitz und Kremmen im Landkreis Oberhavel sowie in den Ämtern Milower Land im Havelland und Seddiner See in Potsdam Mittelmark

gar keine Tagespflege für demenzkranke Pflegebedürftige genutzt. Die höchste Inanspruchnahme von Tagespflege wurde mit 44,8% im Amt Neuhausen/Spree bei Cottbus ermittelt. Auch in Mecklenburg-Vorpommern wurde im Amt Goldberg-Mildenitz bei Parchim und auf der Insel Poel in 2015 keine Tagespflege für demenzkranke Pflegebedürftige genutzt. Die höchste Nutzungsquote für Mecklenburg-Vorpommern wurde mit 43,2% in Satow im Landkreis Rostock erreicht.

Um Anhaltspunkte dafür zu erhalten, ob die insgesamt eher geringe Inanspruchnahme der Tagespflege in mangelnden Möglichkeiten einer wohnortnahen Tagespflege begründet ist, wurde die Anzahl der Anbieter von Tagespflege in den Regionen analysiert. Anhand der Abrechnungsdaten können keine Aussagen darüber getroffen werden, wie viele Plätze in den einzelnen Einrichtungen zur Verfügung stehen. Da Tagespflegeeinrichtungen jedoch in der Regel 10 bis 20 Plätze anbieten, ist auch die Anzahl der Einrichtungen in den Regionen ein guter Indikator für die vorhandene regionale Anbieterstruktur. Die Existenz wohnortnaher Tagespflege-Angebote ist meist ausschlaggebend für deren Nutzung und die Entlastungswirkung für die pflegenden Angehörigen.

In Brandenburg gab es im Jahr 2011 noch 164 Einrichtungen der Tagespflege, im Jahr 2015 waren es bereits 230. In Mecklenburg-Vorpommern stieg die Anzahl im gleichen Zeitraum um 54 auf insgesamt

156 Einrichtungen. Während von 2011 bis 2015 in den Flächenländern also ein sehr deutlicher Anstieg der Anzahl von Einrichtungen der Tagespflege zu verzeichnen war, nahm sie in Berlin trotz steigender Anzahl häuslich gepflegter Demenzkranker sogar um 3 auf 94 Einrichtungen ab (siehe Abb. 7).

Die Verteilung der Tagespflegeeinrichtungen innerhalb von Berlin im Jahr 2015 zeigt, dass Angebote zur Tagespflege flächendeckend in den südöstlichen Stadtbezirken Treptow/Köpenick und Marzahn/Hellersdorf fehlt. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass auch innerhalb von Berlin demenzkranke Pflegebedürftige lange Fahrtwege zur Tagespflege in Kauf nehmen müssen (siehe Abb. 7).

In Brandenburg konzentrieren sich die Anbieter von Tagespflege deutlich in den städtischen Regionen. In ländlichen Regionen, wie Uckermark und Dahme-Spreewald, besteht in mehreren angrenzenden Ämtern und Gemeinden jedoch scheinbar kein Angebot zur Tagespflege. Auch in Mecklenburg-Vorpommern ist die Konzentration der Tagespflege in den Städten Rostock, Schwerin, Neubrandenburg und

Regionale Verteilung der Inanspruchnahme von Tagespflege/Tagespflegeeinrichtungen

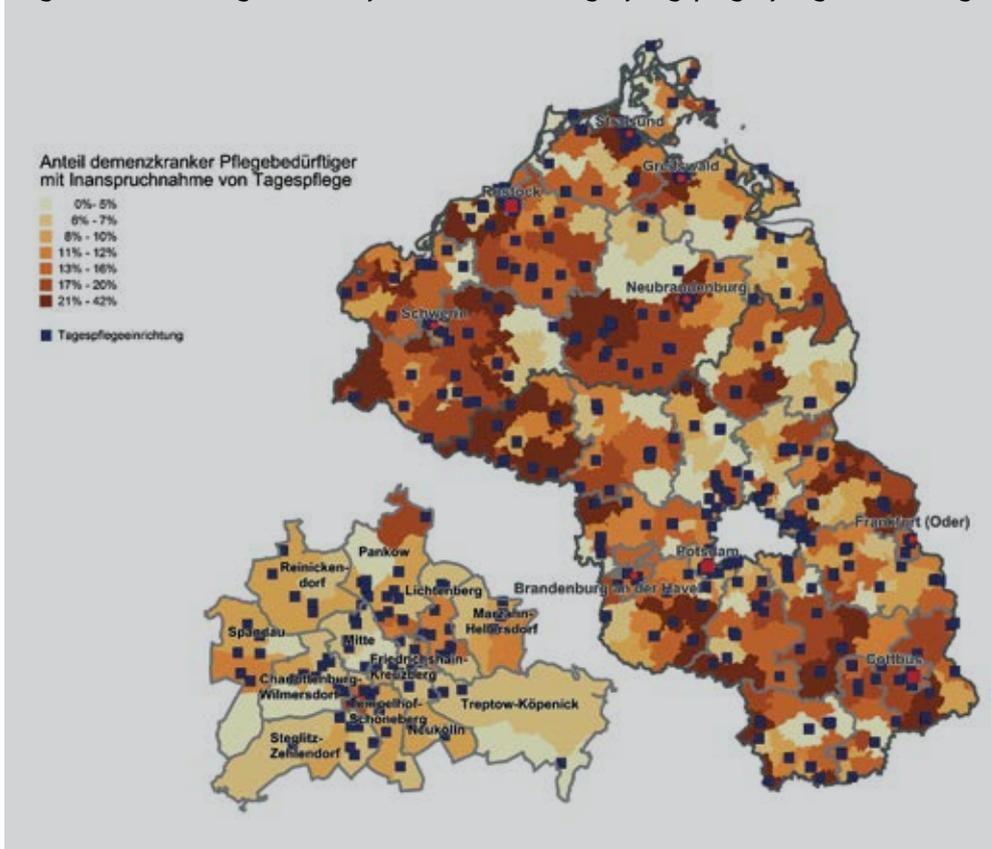


Abb. 6: Regionale Verteilung des Anteils demenzkranker Pflegebedürftiger (60 Jahre und älter) mit Inanspruchnahme von Tagespflege und Tagespflegeeinrichtungen im Jahr 2015.

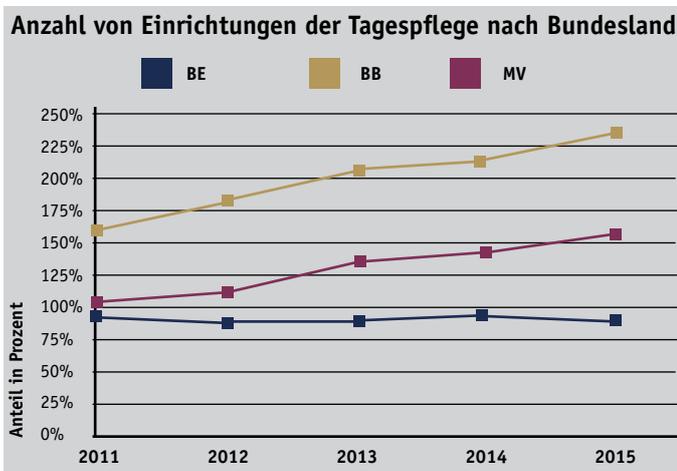


Abb. 7: Anzahl von Einrichtungen der Tagespflege nach Bundesland und Analysejahr.

Stralsund erkennbar. Demgegenüber gibt es in West-Mecklenburg, im Raum Teterow und südlich von Neubrandenburg große Gebiete scheinbar ohne Angebote zur Tagespflege.

Gerade die Tagespflege wird als wichtige Unterstützungsmöglichkeit bei der häuslichen Pflege gesehen und ist ein wesentlicher Baustein für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Darüber hinaus können lange Anfahrtswege für die Betroffenen eine Belastung bedeuten. Ein möglichst flächendeckendes Angebot sollte entsprechend angestrebt werden.

Abschließende Betrachtungen

Aufgrund der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung wird auch die Zahl der Menschen mit Demenz in den kommenden Jahren weiter anwachsen (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt & Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2016; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015; Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2013). Diese Entwicklung wird zusammen mit der Einführung der Pflegegrade ab dem Jahr 2017, als zentraler Bestandteil der Pflegestärkungsgesetze I-III, zu einem deutlichen Anstieg der Zahl demenzkranker Pflegebedürftiger in Deutschland und insbesondere in den Nordost-Regionen führen. Entsprechend wird auch die Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung durch Demenzkranke zunehmen. Die genaue kleinräumige Analyse und Prognose von Bedarf und Angebot ist eine wesentliche Voraussetzung für eine effektive Sozialplanung der Kommunen und eine umfassende pflegerische Versorgung durch die Pflegekassen.

Die vorgestellten Ergebnisse verdeutlichen, dass Leistungen der Pflegeversicherung zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen, hier am Beispiel der Tagespflege, bislang nur wenig in Anspruch genommen werden. Grundsätzlich kann von guten, häufig aber auch sehr vielfältigen Möglichkeiten zur Information über Angebote der Pflegeversicherung ausgegangen werden. Offen bleibt, wie diese Informationen besser gebündelt und zielführender vermittelt werden können. Hier kommt den Regionen wie auch bei der Auswei-

tung der Nutzung von Tagespflegeangeboten eine tragende Rolle zu. Auch die Digitalisierung bietet zahlreiche neue Möglichkeiten zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Die Altenpflege ist bereits jetzt ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor der Region Nordost und wird weiter an Bedeutung gewinnen. Insbesondere für Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern lässt sich beobachten, dass sich Angebote im Umfeld der Altenpflege zwar schnell, wegen des Fachkräftemangels aber auch regional sehr unterschiedlich entwickeln. So werden in Versorgungsformen, die attraktivere Arbeitsplätze ermöglichen (beispielsweise Wohngemeinschaften), auch zukünftig Angebote leichter ausgebaut werden können als in sehr anspruchsvollen Pflegebereichen, wie der ambulanten, Tages- und Verhinderungspflege. Hier gilt es, genau zu beobachten, ob die neuen Anreize der Pflegestärkungsgesetze adäquate Entwicklungen befördern oder ggf. auch Fehlanreize setzen. Nur so können steuernde Anreize, die den regionalen Gegebenheiten und Bedarfen entsprechen, vor Ort geschaffen werden. <<

Dementia und Care Services – Development in the Northeastern Region of Germany between 2011 and 2015

Brandenburg and Mecklenburg-Western Pomerania are two predominantly rural federal states of Germany with high prevalence of long-term care. Growing numbers of elderly people also cause an increase of diseases associated with age, for example dementia and are therefore a challenge for a high-quality medical and long-term care. Using data from a major German statutory health and long-term care insurance in Northeastern Germany the development of use of benefits of long-term care insurance between 2011 and 2015 was analyzed. In 2015 for 14.6% of the insured person being at least 60 years old, a diagnosis of dementia was documented and only 69.7% of them received benefits of the long-term care insurance. More than two third (63.2%) of the insured people being diagnosed with dementia and receiving benefits of the long-term care insurance still lived at their homes. Use of day care for the elderly increased noticeably in Brandenburg and Mecklenburg-Western Pomerania between 2011 and 2015 from about 11% to 14%. Day care for the elderly is provided more often in suburban and urban regions in those two federal states. In eastern Berlin and rural regions those services should be provided more often.

Autorenerklärung

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Keywords

elderly, AOK Nordost, dementia, GeWINO, long-term care, care research

Literatur

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2015). Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg 2014 bis 2040. https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2015/SB_A01-08-00_2015u00_BB.pdf (abgerufen am 16. März 2017)
- Berliner Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen: http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/lor/ (abgerufen am 16. März 2017)
- Blinkert, B./Klie, T. (2000) Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus: Ergebnisse einer Untersuchung über die sozial Verankerung von Solidarität. *Sozialer Fortschritt*, 49, 10: 237-245
- BMJV - Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/ (abgerufen am 16. März 2017)
- GBE - Gesundheitsberichterstattung des Bundes <http://www.gbe-bund.de/glossar/Pflegestatistik.html> / Pflegebedürftige (Anzahl und Quote), u.a. nach Region (abgerufen am 9. März 2017)
- Haberker, K./Szydlik, M. (2008) Pflege der Eltern – Ein europäischer Vergleich. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 60, 1: 78-101
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt & Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2016). Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2015-2030. http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/bevoelkerungsprognose/download/2015-2030/Bericht_Bevprog2015-2030.pdf (abgerufen am 16. März 2017)
- Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2013). Aktualisierte 4. Landesprognose (Basisjahr 2010). Bevölkerungsentwicklung des Landes Mecklenburg-Vorpommern sowie der kreisfreien Städte und Landkreise bis 2030 nach Altersgruppen. <http://www.laiv-mv.de/static/LAIV/Statistisches%20Amt/Dateien/Publikationen/A%20I%20Bev%C3%B6lkerungsstand/A1831/A1831%202012%2001.pdf> (abgerufen am 16. März 2017)
- Statistisches Bundesamt (2017) Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 23. Februar 2018)
- Witte, C./Zahn, T.P. (2017) Demenzkranke und Pflegeleistungen – Regionale Entwicklung 2011 bis 2015. <http://gewino.de/> (abgerufen am 26. Februar 2018)
- Witte, C./Zahn, T.P./Neuwirth, J. (2016) Pflegeentwicklung im Nordosten – Regionale Entwicklungen der Pflege im Alter zwischen 2010 und 2014, *Med. Wiss. Verlagsgesellschaft: Berlin*
- Qiu, C./De Ronchi, D./Fratiglioni, L. (2007) The epidemiology of the dementias: an update. In: *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 380-385
- Ziegler, U./Doblhammer, G. (2009) Prevalence and incidence of dementia in Germany – a study based on data from the public sick funds in 2002. In: *Gesundheitswesen*, 71, 281-290

Dipl.-Psych. Christine Witte, MPH

ist seit 2014 als Versorgungsforscherin beim Gesundheitswissenschaftlichen Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost tätig. Zuvor arbeitete sie als wissenschaftliche Referentin bei einer Patientenorganisation sowie im Koordinierungszentrum für Klinische Studien an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Kontakt: Christine.Witte@nordost.aok.de



Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

ist Leiter des fib Forschungsinstituts der bbw Hochschule und Geschäftsführer des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost. Er hat medizinische Informatik, klinisches Management und Wirtschaftsinformatik in Deutschland sowie den USA studiert und promovierte im Fachgebiet Neuroinformatik. Kontakt: Thomas.Zahn@nordost.aok.de



Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

Fokus Pflegepersonalausstattung

Pflegepersonaluntergrenzen, das Selbstverständnis der GKV und die Bedeutung von Pflegeforschung

Betrachtungen aus der Patientenperspektive

Dass Deutschland ein Pflegeproblem hat, muss im Kreis von betroffenen Pflegekräften und Experten nicht mehr belegt werden. Wichtig ist, dass die Notlage nun in Öffentlichkeit und Politik Gehör findet. Wie groß das Ausmaß des Pflegepersonal mangels in Deutschland ist, belegte beispielsweise die von der EU finanzierte RN4CAST-Studie, die von 2009 bis 2011 durchgeführt wurde: Während in den USA eine Pflegekraft im Krankenhaus im Durchschnitt 5,3 Patienten betreute und in Norwegen für 3,4 bis 8,2 Patienten zuständig war, lag der Betreuungsschlüssel in Deutschland zwischen 7,5 und 19,2. Damit waren die besten Einrichtungen in Deutschland nur wenig besser als die schlechtesten in Norwegen. Deutschland ist damit Schlusslicht unter allen betrachteten Ländern. Die daraus resultierenden Probleme für Patienten wie Pflegekräfte gleichermaßen betrachtete die RN4CAST-Studie ebenfalls (Busse 2015): Für jeden Patienten, den eine Pflegekraft pro Schicht mehr zu versorgen hatte, stieg die 30-Tage-Mortalität um 7% an. Zunahmen bei bestimmten Komplikationen wie Harnwegsinfektion oder Pneumonie waren ebenfalls mit einer geringen Zahl und einem geringen Ausbildungsstand des Pflegepersonals verknüpft. Mittels einer Befragung von 1.511 Pflegekräften aus 49 deutschen Krankenhäusern erhob die RN4CAST-Studie, dass 37,3 % mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden waren (1999 noch 17 %), 30,1 % unter emotionaler Erschöpfung litten (1999: 15 %) und bereits 14,5 % Symptome eines manifesten Burn-outs aufwiesen.

>> Bestätigt werden die RN4CAST-Ergebnisse beispielsweise vom Pflege thermometer 2014, das sich speziell der Versorgung von Menschen mit Demenz widmet. Dort wird konstatiert: „Aus Sicht der Stationsleitungen ist innerhalb der Woche lediglich im Frühdienst in etwas mehr als 60 % der Stationen eine Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenz gesichert. Alle anderen schichtbezogenen Bewertungen zur Versorgungssicherheit liegen deutlich unter diesem Wert. (...) Eine besonders kritische Einschätzung findet

Zusammenfassung

Im Krankenhaus bestehen ökonomische Anreize, die Ausstattung mit Pflegepersonal auf einen Punkt zu reduzieren, der weit unter dem Bedarf der Patienten liegt. Um dem daraus resultierenden und durch nationale und internationale Studien mittlerweile belegten Pflegenotstand zu begegnen, hat die Bundesregierung im Juni 2017 einen neuen § 137i SGB V zur Etablierung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen geschaffen. Wichtigste Frage ist, welches Niveau pflegerischer Versorgung durch die Untergrenzen angestrebt wird und ob dadurch der individuelle Bedarf der Patienten gedeckt wird. Es besteht die Gefahr, dass dauerhaft ein Pflegeniveau festgelegt wird, das unterhalb von ausreichend und zweckmäßig liegt und dem Selbstverständnis der GKV nicht gerecht wird. Die Anforderungen an Pflegepersonalausstattung müssen in Abhängigkeit vom individuellen Patientenbedarf festgelegt werden. Dazu sind neue bzw. weiter entwickelte Instrumente der Erhebung von Pflegebedarf erforderlich.

Schlüsselwörter

Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegestandard, Versorgungsforschung, Leistungsniveau

sich hinsichtlich der nächtlichen Betreuung. Nur auf einer von fünf Stationen wird die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz in der Nacht als sicher eingestuft.“ (Isfort et.al. 2014:8).

Beide Erhebungen zeigen deutlich, dass die Patienten ebenso wie die in der Pflege tätigen Personen gleichermaßen von der schlechten Personalausstattung belastet werden: Diese beiden, Pflegenden und Patienten, sind also an einer Seite vereint, wenn es darum geht, in Krankenhäusern eine Pflegeversorgung zu erreichen, die weder die Gesundheit der Pflegenden noch die der betreuten Personen gefährdet.

Kontinuierliche Anreize zur Senkung der Pflegepersonalausstattung

Bevor man sich der Frage zuwendet, welche Maßnahmen die Pflegesituation in Krankenhäusern verbessern können, lohnt ein kurzer Blick auf die Anreizsituation, der sich Krankenhausleitungen wie Krankenkassen in Bezug auf diesen Themenkomplex gegenübersehen. Hierbei sind einige wichtige Rahmenbedingungen bzw. Annahmen zu berücksichtigen:

- Die Krankenhausleitungen sind daran interessiert, einen möglichst hohen Erlös aus der Behandlung von Patienten zu erzielen.
- Die Krankenkassen wiederum haben ein Interesse daran, die Kosten für ihre Versicherten niedrig zu halten, um im Wettbewerb um den Zusatzbeitrag keine Nachteile zu erleiden.
- Die Qualität der Patientenversorgung ist gegenüber Patienten wie Krankenkassen weitgehend intransparent. Das gilt für Ergebnisparameter wie das Patientenüberleben und (vermeidbare) Komplikationen ebenso wie für die tatsächliche Personalausstattung.

In dieser Situation kann man die Kosten und Nutzen verschiedener Niveaus der Pflegepersonalausstattung in einer Grafik zusammenfassen (vgl. Abb. 1). Aus Sicht der Krankenhäuser ist eine extrem niedrige Pflegepersonalausstattung nahe null nicht rentabel, da sie mit gesperrten Betten und hohen Kosten für die Behandlung von Komplikationen noch während des initialen Krankenhausaufent-

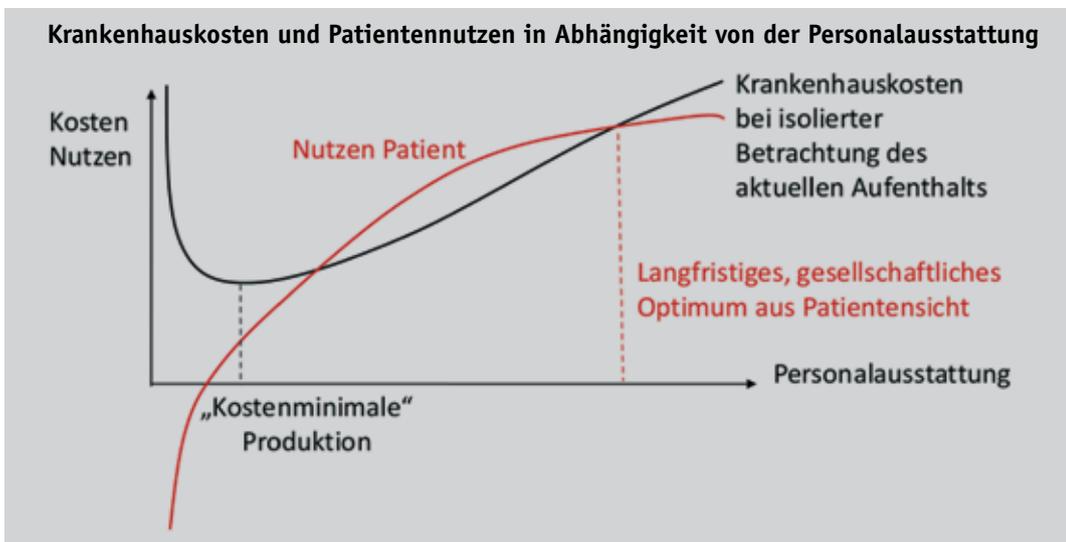


Abb. 1: Krankenhauskosten und Patientennutzen in Abhängigkeit von der Personalausstattung (eigene Darstellung, auch verwendet in vzbv 2017).

haltes sowie hohen Haftungsrisiken bei Behandlungsfehlervorwürfen einhergeht. In diesem Bereich kann sogar der gesundheitliche Nutzen von Patienten bei einer Krankenhausbehandlung aufgrund der hohen Risiken in der Summe negativ sein oder doch sehr gering. Für Krankenhäuser liegt die optimale, da kostenminimale Personalausstattung dort, wo gerade so viele Pflegekräfte eingesetzt werden, dass die schlimmsten Risiken (und damit Kosten) vermieden werden. Eine höhere Personalausstattung hätte für Patienten aber einen wesentlich höheren Nutzen zur Folge, so dass es sich in gesamtgesellschaftlicher Perspektive lohnen würde, in weiteres Personal zu investieren. Da aber nicht die Patienten die Vorgaben für die Krankenhäuser aushandeln, sondern die Krankenkassen, und zudem auch der wirkliche Verlauf dieser Funktionen aufgrund der Qualitätsintransparenz unbekannt und nicht vergütungsrelevant ist, bestehen fortlaufend Anreize für die Krankenhäuser, bei kostenminima-

ler Personalausstattung zu arbeiten. Diese Darstellung, die aus Sicht des Patientennutzens gestaltet ist, würde sich vom Prinzip her auch nicht ändern, wenn man die negativen Auswirkungen der belastenden Arbeitssituationen auf die Pflegekräfte mit einbeziehen würde. Tatsächlich wäre der gesellschaftliche Nutzen ausreichender Personalausstattung nur höher und damit die optimale Personalausstattung noch weiter von der kostenminimalen entfernt. Zur Überwindung dieser adversen Anreizsituation sind Eingriffe von außen, etwa durch die Politik, erforderlich.

Reaktionen des Gesetzgebers auf das Pflegeproblem

Bereits 2015 wurde vom BMG eine Expertenkommission eingesetzt, um über das Thema, insbesondere mit Bezug auf die diagnosis related groups (DRG) der Krankenhausvergütung, weiter zu beraten (BMG 2015). Als Folge davon wiederum wurde im November 2016 vom Hamburg Center for Health Economics (hche) rund um Prof. Schreyögg ein – nicht unumstrittenes – Gutachten vorgelegt, das sich der Frage widmet, in welchem Zusammenhang sog. pflegesensitive Ergebnisparameter mit Pflegeverhältniszahlen in Deutschland stehen. In diesem Gutachten wurde untersucht, in welchen Fachabteilungen sog. pflegesensitive Ergebnisindikatoren (PSEI) mit den aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser abgeleiteten

Literatur

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015): „Krankenhausstrukturgesetz beschlossen“, in: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/khsg-bt-23-lesung.html#c8628> (abgerufen am 09.12.2017).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017): Bundesgesundheitsminister Gröhe: „Besserer Schutz vor übertragbaren Krankheiten und Pflegepersonaluntergrenzen für mehr Patientensicherheit“. In: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/2-quartal/epimod-bt-2-3-lesung.html#c10644> (abgerufen am 10.12.2017).
- Busse, R. (2015): „Welchen Einfluss haben qualitative und quantitative Parameter der Pflege in Akutkrankenhäusern auf Personal- und Patienten-Outcomes? - Ergebnisse der RN4Cast-Studie“, in: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg_2015.01.21.rb_RN4Cast-web.pdf (abgerufen am 09.12.2017).
- Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D., Siegling, B. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. In: <http://www.dip.de> (abgerufen am 09.12.2017).
- RN4CAST: <http://www.m4cast.eu/about1.html> (zugriffen am 07.12. 2017).
- Schreyögg, J.; Milstein, R. (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), in: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf (abgerufen am 09.12.2017).
- Simon, M. (2017): „Stellungnahme zum Änderungsantrag 18(14)249,2 zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung Übertragbarer Krankheiten“ in: [http://www.pflegenotstand-hamburg.de/media/files/Stellungnahme-Simon-18_14_0259\(17\)_PflegePersUntergrenze_ESV-Simon.pdf](http://www.pflegenotstand-hamburg.de/media/files/Stellungnahme-Simon-18_14_0259(17)_PflegePersUntergrenze_ESV-Simon.pdf) (abgerufen am 10.12.2017).
- vzbv (Verbraucherzentrale Bundesverband) (2017): „AUSREICHENDE PERSONALAUSSTATTUNG IN KRANKENHÄUSERN SICHERSTELLEN“ in: https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/05/18/17-05-15_vzbv_stellungnahme_bt-ausschuss_personaluntergrenzen.pdf (abgerufen am 10.12.2017).

Personalbelastungszahlen korrelierten, um daraus pflegesensitive Bereiche abzuleiten. Daraus wurde der Vorschlag abgeleitet, die Personalausstattung entweder der 10 % (Dezil) oder 25 % (Quartil) schlechtesten Fachabteilungen auf das Niveau anzuheben, das dem nächstschlechtesten Dezil bzw. Quartil entspricht, woraus sich für Deutschland ein Personalmehrbedarf zwischen 1.022 bis 6.043 Pflegekräften ergeben hätte (Schreyögg et.al. 2016:36-37).

Deutlich beeinflusst von dem oben dargestellten Schreyögg-Gutachten erfolgte dann binnen sehr kurzer Frist eine Gesetzgebung zu sog. Pflegepersonaluntergrenzen als Anhang zum Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten im Juni 2017. Damals wurde der §137i SGB V1 neu geschaffen (BMG 2017). Demnach sollen der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in bilateralen Verhandlungen bis zum 30.06.2018 für „pflegesensitive Bereiche“ „Pflegepersonaluntergrenzen“ festlegen.

Schon im Zuge des Gesetzgebungsprozesses wurden praktische Probleme mit dem Vorgehen der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) in pflegesensitiven Bereichen (PSB) deutlich und teilweise zumindest aufgegriffen:

- Es muss ein Nachweis der Einhaltung der PPUG erfolgen. Wie dieser ausgestaltet ist, haben die Vertragsparteien auszuarbeiten (§ 137i Abs. 4).
- Personalverlagerungseffekte aus Bereichen, die nicht als pflegesensitiv ausgewiesen wurden, sind zu vermeiden und auch hierzu ist ein Nachweis zu führen (§ 137i Abs. 1 Satz 5).
- Um die Durchsetzung der PPUG zu gewährleisten, sind Vergütungsabschlüsse zu vereinbaren, die bei Nichteinhaltung greifen (§ 137i Abs. 5).

Außerdem sind die Ergebnisse des Nachweises zur Einhaltung der PPUG in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen (§ 137i Abs. 4 Satz 4).

Trotz der verschiedenen Vorkehrungen, die bereits im Gesetz gegen die Nichtumsetzung oder Umgehung der PPUG angelegt sind, gab es schon bei der Verabschiedung kritische Stimmen bezüglich der Frage, ob die Vorgehensweise, bei aller guten Absicht des Gesetzgebers, geeignet ist, tatsächliche Verbesserungen in Bezug auf den Pflegenotstand zu erzielen. Wichtige Fragen waren in diesem Zusammenhang beispielsweise (vzbv 2017):

- In Ermangelung von konkreter Evidenz, ab welcher Personalausstattung Patientengefährdung relevant zunimmt, wurde erwartet, dass die ausgehandelte Höhe zu niedrig für eine angemessene Patientenversorgung ausfallen würde und sich zudem nur auf sehr wenige PSB beziehen würde.
- Da keine Anreize bestehen bzw. gesetzt werden, Personalausstattung oberhalb der PPUG vorzuhalten, wurde eine Sogwirkung erwartet, die dazu führt, dass Krankenhäuser mit initialer Personalausstattung oberhalb der Untergrenze weiter Personal abbauen (vgl. Abb. 1), bis sie auch nur noch diese Minimalausstattung aufweisen.
- Die Vorgaben zur Verhinderung von Umgehung der PPUG und zur (nominellen oder tatsächlichen) Verlagerung von Personal aus anderen Bereichen wurden als unzureichend angesehen. Außerdem

können Aufgaben des Funktionsdienstes, des therapeutischen oder hauswirtschaftlichen Personals auf Pflegekräfte umgeschichtet werden, wenn dessen Zahl vorgegeben wird. Eine andere Möglichkeit ist die Umbenennung von Stationen bzw. die Verlegung von eigentlich zu erfassenden Patienten auf andere, nicht erfasste Fachabteilungen.

Diese und andere Kritikpunkte sind nach wie vor nicht entkräftet. Insbesondere zu der Befürchtung der Sogwirkung der PPUG auf die Höhe der Personalausstattung sind auch keine irgendwie gearteten Gegenmaßnahmen im Gesetz enthalten, so dass davon auszugehen ist, dass diese eintreten wird.

Vereinbarkeit von Pflegepersonaluntergrenzen mit dem Leistungsversprechen der GKV

Bei allen Hoffnungen und aller Kritik, die sich im Umfeld des Gesetzgebungsprozesses an die PPUG gerichtet haben, blieb doch eine Problemlage unbeachtet, die im Folgenden kurz ausgeführt werden soll. Letztlich geht es dabei um das Niveau der Patientenversorgung, das von der Pflege erreicht werden soll. Dazu sollen die Funktionen und Ziele von Pflege aus Patientensicht in den Blick genommen werden. Für die Zwecke vereinfachter Kommunikation soll dazu ein Modell mit vier Stufen etabliert werden (Abb. 2). In der Realität gehen diese Stufen selbstverständlich ineinander über, und auch einzelne Elemente wie z.B. Ernährung oder Körperhygiene können z.T. unter ganz verschiedenen Pflegezielen subsummiert werden.

Alle in Abb. 2 genannten Ziele lassen sich direkt aus Grundbedürfnissen und -rechten ableiten, die sogar im Grundgesetz ihre Verankerung fanden: das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, auf Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 GG) und die Würde des Menschen (Art. 1 GG). Ebenso finden sie ihr Gegenstück in §1 des Fünften Sozialgesetzbuches: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“ Damit korrespondiert auch das Gebot zu Qualität, Wirtschaftlichkeit und Humanität in §70 (1): „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“ Gerade die Formulierung im § 1 kann man unmittelbar in die Stufen der Pflegeziele aus Abb. 2 übersetzen: Bei den ersten beiden Stufen geht es darum, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, indem vermeidbarer unmittelbarer und mittelbarer Schaden von ihnen abgewandt wird. Die nächste Stufe 3 steht unter der Überschrift, die Gesundheit wiederherzustellen bzw. zu verbessern und die Stufe 4 schließlich ist die Voraussetzung dafür, dass Versicherte Eigenkompetenzen entwickeln, um selbst Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen zu können. Daraus lässt sich ableiten, dass die Pflege-

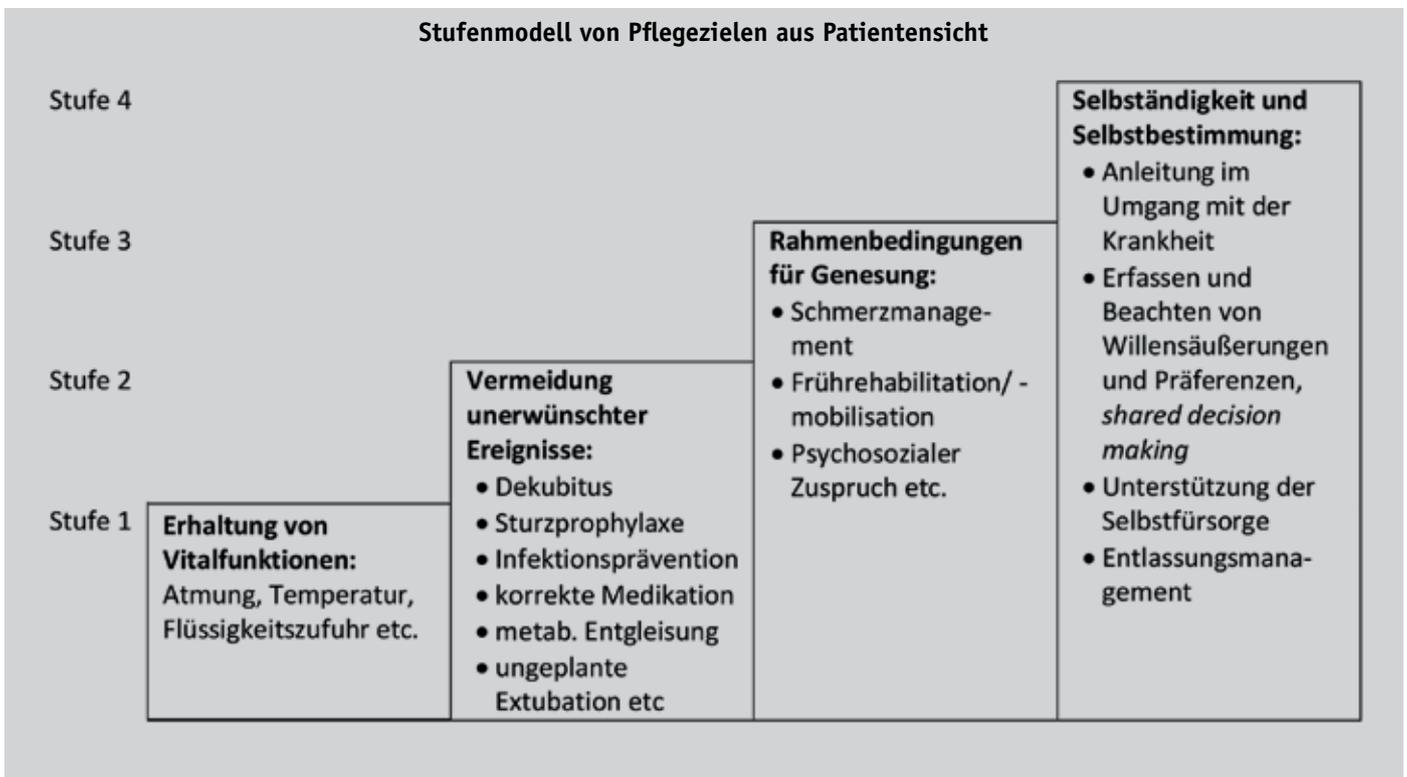


Abb. 1: Stufenmodell von Pflegezielen aus Patientensicht (eigene Darstellung).

ausstattung die Erreichung aller dieser Ziele gewährleisten muss, will sie bedarfsgerecht und konform mit dem im SGB V niedergelegten individuellen Leistungsanspruch der Versicherten sein.

Vor diesem Hintergrund lohnt ein vertiefter Blick in die Logik des neuen § 137i. Diese basiert, wie oben dargelegt, auf der Vorstellung, dass im Krankenhaus PSB identifiziert werden, „für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl der Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse evident ist.“ (Auszug aus der offiziellen Gesetzesbegründung zum § 137i). Daraus wiederum lässt sich die Zielsetzung ableiten, dass PPUG so festgelegt werden sollen, dass Patientengefährdung auszuschließen ist. Eine Personalausstattung, die aber lediglich auf die Patientensicherheit abstellt, würde nur ein Pflegeniveau auf der Stufe 2 des oben entworfenen Modells bedeuten, wäre also deutlich unterhalb des Leistungsanspruchs angesiedelt, der sich aus den §§ 1 und 70 ergibt. Geht man weiter von der oben dargelegten Sogwirkung der PPUG dahingehend aus, dass initial besser ausgestattete Krankenhäuser und Stationen nach unten an die PPUG angepasst werden, dann hätten selbige zur Folge, dass dauerhaft ein Pflegeniveau eingeführt würde, das deutlich unterhalb von „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ bzw. § 70 anzusiedeln ist. Aus Patientensicht zentrale Anliegen an die Versorgung im Krankenhaus, dass diese nämlich dazu geeignet ist, Heilung und den Aufbau von Eigenkompetenz im Umgang mit der Erkrankung bei sich selbst oder den betreuenden Personen zu fördern, würden dauerhaft aufgegeben.

Anforderungen an die Ausgestaltung von Pflegepersonaluntergrenzen aus Patientensicht

Aus dem in Abbildung 2 vorgestellten Denkmodell und dem individuellen Leistungsanspruch der Versicherten im SGB V ergeben sich zwei zentrale Anforderungen an eine Ausgestaltung von Pflegepersonaluntergrenzen, die dem Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung gerecht werden:

Anforderung 1:

Jeder Patient im Krankenhaus hat Anspruch darauf, dass sein individueller Pflegebedarf gedeckt wird. Die Vorstellung, dass bestimmte pflegesensitive Bereiche identifiziert und abgegrenzt werden können, ist vor dem Hintergrund des individuellen Leistungsanspruchs nicht haltbar. Beispielsweise ist sachlich nicht nachvollziehbar, wenn hochbetagte und demente Patienten auf einer (von PPUG erfassten) geriatrischen Station anders versorgt werden als auf einer inneren oder allgemeinchirurgischen Station. Folglich sind alle bettenführenden Abteilungen durch PPUG zu erfassen.

Anforderung 2:

Maßgeblich für die Pflegepersonalausstattung ist der tatsächliche Pflegebedarf der zu versorgenden Patienten. Ein wie auch immer gearteter Dezil- oder Quartilansatz, wie im Gutachten von Schreyögg, unternimmt nicht einmal den Versuch, den tatsächlichen Pflegebe-

darf in die Festlegung von PPUG einzubeziehen, und ist deshalb abzulehnen. Stattdessen ist die kontinuierliche Erhebung des tatsächlichen Pflegebedarfs (z.B. durch eine weiterentwickelte, ausgebaute und digital umgesetzte Pflegepersonalregelung (PPR)) für die Personalbemessung erforderlich.

Es ist ein Verdienst der aktuellen Gesetzgebung rund um die PPUG, dass der Versuch ihrer Umsetzung dazu führt, dass die Problembeschreibung rund um den „Pflegerotstand“ und insbesondere die erforderlichen Maßnahmen zur Behebung besser ausgeleuchtet werden als bisher. Die einfache Festlegung von PPUG in einigen wenigen PSB auf dem Niveau der Verhinderung von Patientengefährdung wird dem Problem aber jedenfalls nicht gerecht und steht im Widerspruch mit dem Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung. Davon unabhängig ist zu konstatieren, dass es angesichts seines Ausmaßes nicht möglich sein wird, den „Pflegerotstand“ kurzfristig und in einem einzigen Schritt zu beheben. Folglich wird es darauf ankommen, die geeigneten Schritte auf diesem Weg zu konzipieren, in Gesetzgebung zu übersetzen, nachhaltig und nachdrücklich umzusetzen und durch Pflege und Versorgungsforschung umfassend zu begleiten.

Aus Patientensicht muss sich der Soll-Wert der Personalausstattung am Pflegebedarf der versorgten Patienten orientieren. Genau hier ist folglich eine wichtige Aufgabe der Pflegeforschung zu sehen, nämlich Instrumente zu schaffen, die diesen Bedarf auf allen Arten von Stationen sowohl im Tag- als auch im Nachtdienst hinreichend individualisiert erhebbar (und auf Personalkapazität umrechenbar) machen, ohne den Dokumentationsaufwand bei digitaler Erfassung übermäßig zu erhöhen.

Eine wesentliche Rolle könnten Pflege- und Versorgungsforschung aber auch bei der gesellschaftlichen Begründung von Verbesserungen bei der Pflegeausstattung spielen. Es leuchtet unmittelbar ein, dass eine schlechte Versorgung mit Pflege – zusätzlich zu den negativen Auswirkungen auf die Pflegenden selbst – auf Patientenseite zu höheren volkswirtschaftlichen Kosten führt: Todesfälle, vermeidbare Komplikationen und ihre Behandlungskosten, entfallene Produktivität, Frühverrentung, Pflegebedürftigkeit usw. Diese bezifferbar zu machen, wäre ein wichtiges Argument in einer politischen Debatte, die trotz der eindeutigen Rechtslage immer wieder unter Rechtfertigungsdruck für die vermeintlich zu hohen Kosten einer adäquaten Pflegepersonalausstattung steht. Ziel muss sein, bei notwendigen Krankenhausbehandlungen auch die bedarfsgerechte Pflege für Patienten zu gewährleisten, was auch in eine Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe münden würde. Es ist also nicht übertrieben, davon zu sprechen, dass hier die Pflege an der Seite des Patienten ist. <<

Lower limits for nursing staff in hospitals, the self-conception of German statutory health insurance and the importance of applied nursing research

Hospitals are under the continuous incentive to reduce nursing staff beneath the level of patients' needs. That leads to insufficient numbers of nurses. National and international surveys show this great lack of nursing staff in Germany. Therefore the German government established a new legislation in June 2017. It requires to set lower limits for nursing staff in so called nursing sensitive areas. The most important question is what level of patient care is intended to secure by these lower limits and whether patients' needs are met. There is the danger, that a level of care is fixed which is not sufficient and appropriate and violates the standards in the German statutory health insurance. The individual needs of the patients must determine the standards for nursing staff. New instruments to assess the extent of necessary care are needed to develop.

Keywords

nursing staff, lower limits for staff, nursing standards, health services research, entitlements in statutory health insurance

Autorenerklärung

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

promovierte 2004 in Volkswirtschaftslehre. Danach war sie von 2004-2010 Referentin und Teamleiterin bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Seit 2010 ist sie Referentin im Verbraucherzentrale Bundesverband. Ebenfalls seit 2010 ist sie Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss. Daneben ist sie Gastdozentin an der Hochschule für angewandtes Management in Erding und an der Alice-Solomon-Hochschule Berlin.



In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat, spectrumK 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 kündigt. Nach Begleichung 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 kündigt. 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