

**monitor**

# PFLEGE

Fachzeitschrift zu Versorgung, Management und Forschung in der Pflege

A close-up portrait of a middle-aged man with short, graying hair and glasses, smiling. He is wearing a dark suit jacket over a white shirt and a red tie.

**Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege:**  
„Die Pflege hat nichts zu verlieren.“

## Wissenschaftlicher Beitrag

Mögliche Interventionen für Ergotherapeuten bei der Behandlung von Klienten mit einer Schwerhörigkeit, beschreiben Tina Fecher, B.Sc. und Dipl.-Päd. Evelyn Scotti.

## Berliner Pflegekonferenz

Zentrale Akteure der gesundheits- und pflegepolitischen Landschaft nutzten die Berliner Pflegekonferenz als interdisziplinäre Dialogplattform.

## Pflegereport

Wie kann die Finanzierung der Pflege in Zukunft sichergestellt werden? Andreas Storm mit Vorschlägen im DAK-Pflegereport – auch zu einer „Pflegeinfrastrukturgarantie“.



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 macht Fortschritte

### >> Titelinterview mit Staatssekretär Andreas Westerfellhaus

> S. 6 ff.

„Pflegeforschung und Pflegeversorgungsforschung in Deutschland bilden das Schlusslicht im europäischen und internationalen Vergleich.“ *Pflegerische Versorgungsforschung könnte z.B. eine „Antwort darauf liefern ..., warum Sie dreijährig gut Qualifizierte benötigen oder studierte Pflegekräfte einen Mehrwert bieten.“* Dass Evidenz für Deutschland zu oft fehlt, macht es schwerer, Forderungen für die Pflege im politischen System zu begründen und durchzusetzen. So Staatssekretär **Andreas Westerfellhaus**, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, im Titelinterview. Und zur großen, visionären Aufgabe der Überwindung der Sektorengrenzen in unserem Gesundheitswesen sagt er: „Genau hier kann die Pflege der Motor sein, das aus einem einzigen Grund: Sie hat nichts zu verlieren, sie kann nur gewinnen.“ Insgesamt hat man den Eindruck, in der Pflege geht es zur Zeit trotz aller aktueller Schwierigkeiten entscheidend nach vorn. Ein lesenswertes Gespräch.

### 5. Berliner Pflegekonferenz

Auch die 5. Berliner Pflegekonferenz zeigte, wie sehr es aktuell vorangeht. Zahlreiche Politiker und Minister waren zu Gast. Bundesministerin **Dr. Franziska Giffey**, begeisterte als Mit-Initiatorin der „Konzertierten Aktion Pflege“ – gemeinsam mit Arbeitsminister Hubertus Heil und Gesundheitsminister Jens Spahn – mit einem leidenschaftlichen Plädoyer: „Wir wollen uns mehr um die Kümmerner kümmern und die sozialen Berufe aufwerten: bessere Arbeitsbedingungen, bessere Ausbildungsbedingungen und eine bessere Bezahlung. Dann wird auch der Pflegeberuf attraktiver.“ Das muss jetzt „nur noch“ tatsächlich umgesetzt werden und in der Pflegerealität ankommen.

> S. 12 ff.

### DAK-Gesundheit „Pflegereport 2018“

**Andreas Storm**, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, plädiert für eine Deckelung der Eigenanteile von Pflegeleistungen und weist der Pflegeversicherung eine gewichtigere Rolle bei der künftigen Finanzierung der Pflegeleistungen zu. Denn viele Familien können sich Pflegedienste und Heime für ihre Angehörigen nicht leisten. **Professor Thomas Klie**, Evangelische Hochschule Freiburg, der wissenschaftliche Leiter des Pflegereports: auch der Sicherstellung gleichwertiger Versorgung im Bundesgebiet kommt die Pflegeversicherung nicht nach. Er schlägt ein regionales Monitoring der Pflegestrukturen vor, um sowohl Good Practices wie auch Fehler im System zu identifizieren und daraus Lösungen zu entwickeln.

> S. 21

### Wissenschaftliche Beiträge

**Fecher** und **Scotti** stellen Interventionen mit ihrem Setting, der Kommunikation und dem Therapeutenverhalten von Ergotherapeuten bei der Behandlung von Menschen mit Schwerhörigkeit vor. Zwar zählt Schwerhörigkeit nicht zu den ergotherapeutischen Indikationen; eine Hörstörung beeinflusst die Behandlung jedoch, so dass es sinnvoll ist, dass Ergotherapeuten sie einbeziehen.

> S. 22 ff.

**Runge** und **Kruskop** untersuchen die Wirkung von Haltungstrainern als Präventionsmaßnahme gegen Rückenschmerzen auf Kraft, Mobilität und subjektives Wohlbefinden. Zwar förderte der Haltungstrainer die Rückengesundheit (dynamische und statische Kraftausdauer und Mobilität der Wirbelsäule), allerdings sollte sein Einsatz mit gezielten Kraftübungen und Bewegungseinheiten am Büroarbeitsplatz kombiniert werden.

> S. 25 ff.

Ich wünsche Ihnen interessante Lektüre, frohe Festtage, einen guten Rutsch und ein gesundes, erfolgreiches und glückliches Neues Jahr 2019. <<

Mit herzlichen Grüßen  
Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski  
Herausgeber „Monitor Pflege“

*Reinhold Roski*

# monitor PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege

04/2018 4. Jahrgang

## INHALT

### Pflege macht Fortschritte

Editorial MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

### „Eine Pflegeinfrastrukturgarantie“

Editorial MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier

### „Die Pflege hat nichts zu verlieren“

Interview mit Staatssekretär Andreas Westerfellhaus

### Politik: Rückenwind für die Pflege

Am 8. und 9. November fand die Berliner Pflegekonferenz statt

### „Alle Möglichkeiten ausschöpfen“

Impressionen der Berliner Pflegekonferenz 2018

### „Menschen Stärke geben“

Fachforen auf der BPK zur ländlichen Versorgung und Prävention

### Pflege gehört in die Mitte der Gesellschaft

Wegweisende Projekte erhalten Otto Heinemann Preis und Marie Simon Pflegepreis

### Pflegepersonalstärkungsgesetz beschlossen

Am 9. November wurde im Bundestag das Pflegepersonalstärkungsgesetz beschlossen

### Regelversorgungstauglich

Das Modellprojekt „Familiale Pflege“ wird in die Regelversorgung überführt

### Kommentar

Jens Kuschel, Pressesprecher der AOK Nordost, nimmt Stellung zum Modellprojekt

### News

### Reform der Pflegefinanzierung nötig

Der DAK-Pflegereport 2018

## WISSENSCHAFT

### Tina Fecher, B.Sc.

### Dipl.-Päd. Evelyn Scotti

Mögliche Interventionen für Ergotherapeuten bei der Behandlung von Klienten mit einer Schwerhörigkeit

### Dr. med. Pia Runge

### Nicole Kruskop, B.A.

Empirische Untersuchung der Rückenkraft, Mobilität und des subjektiven Wohlbefindens

## Herausgeber

### Prof. Dr. Reinhold Roski

2

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



4

6

## Herausgeber-Beirat

### Akteure

12

### Franz Wagner\*

Präsident



13

### Yves Rawiel

Geschäftsführung



14

16

### Lutz Bandte

Geschäftsführung



17

18

### Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szezan

AOK-Bundesverband



19

### Universitäten/Hochschulen/Institute

19, 20

### Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten/Herdecke



21

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

IGV Research



22

25

\*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  
Kölstr. 119, 53111 Bonn  
www.erelation.org  
mail@erelation.org  
Verlagsleitung: Peter Stegmaier

### Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

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

### Herausgeber

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

### Chefredaktion

Peter Stegmaier  
(verantwortlicher Redakteur)

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

### Redaktion

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

### Marketing/Online

Anke Heiser  
heiser@monitor-pflege.de  
Kölstr. 119, 53111 Bonn  
Tel +49 228 7638280-0  
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  
zugewandten Beiträge bzw. Infor-  
mationen in Datenbanken einzu-  
stellen, die vom Verlag oder Dritten  
geführt werden.



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

## „Eine Pflegeinfrastrukturgarantie“

>> Andreas Westerfellhaus ist seit vielen Jahren das charmante, meist freundlich lächelnde, aber auch hart-> S. 6 fordernde Gesicht der Pflege. Als wortgewaltiger Präsident des Deutschen Pflegerats gelang es ihm immer wieder, auf dem – von ihm mitinitiierten und von der Schlüterschen finanzierten – Deutschen Pflgetag viele Tausende Pflegerinnen und Pfleger zu begeistern. Und ihnen vor allem eines zu geben: ein Wir-Gefühl. Und, was vielleicht noch viel wichtiger ist: den Glauben daran, doch ein klein wenig bewegen zu können, für die Profession als solche, natürlich auch für sich selbst, vor allem aber auch für die Millionen der privat Pflegenden und der zu Pflegenden in Deutschland. Seit einem guten halben Jahr ist **Staatssekretär Andreas Westerfellhaus** nun Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung und spricht als solcher vom „größten ambulanten Pflegedienst Deutschlands“. Er meint damit die pflegenden Angehörigen sowie viele Hilfsorganisationen und Institutionen. Er weiß jedoch nur all zu gut, dass es auch die Profession der Pflegenden in allen Sektoren braucht, um – wie er sagt – „die Sicherstellung einer quantitativen und qualifizierten Versorgung“ zu gewährleisten. Und die könne niemals funktionieren „ohne die Unterstützung des anderen“.

Doch wie steht es um diese Multimillionen „anderen“, die noch viel weniger als keine Bundespflegekammer haben, die Westerfellhaus für die Profession der Pflege im Interview mit „Monitor Pflege“ anmahnt? Laut des kürzlich erschienenen „Pflegerreports 2018“ der DAK Gesundheit sind sieben von zehn der im Zuge des Reports > S. 21 Befragten der Meinung, dass sich viele Familien Pflegedienste und Heime für ihre Angehörigen nicht leisten können. Aber auch der Sicherstellung gleichwertiger Versorgung im Bundesgebiet komme die Pflegeversicherung nicht nach, sagt **Professor Thomas Klie** von der Evangelischen Hochschule Freiburg, der wissenschaftliche Leiter des DAK-Reportes.

Es gebe, so der Pflegewissenschaftler, zahlreiche Beispiele, bei denen die Strukturen ineinandergreifen und gute Bedingungen für die Bewältigung von Pflege gewährleistet werden – soweit dies von der derzeitigen Pflegeversicherung finanziert wird. Ein derartiges Konzept ist das der regionalen Pflegekompetenzzentren, das die DAK-Gesundheit bereits konzeptuell vorgelegt hat: Diese Zentren können, zumindest nach Vorschlag der Krankenkasse, gut in von Schließung bedrohten Krankenhäusern umgesetzt werden, um alle Akteure der Pflege wie Beratungsstellen, Pflegedienste, stationäre Einrichtungen und Ärzte zu koordinieren. Ein erstes Pilotprojekt mit dem erklärten Ziel, im Sinne des Case Managements die beste Versorgung für jeden einzelnen Pflegebedürftigen zu schaffen, startet nach Angaben der DAK-Gesundheit im südwestlichen Niedersachsen, wo bereits ein Krankenhaus in ein Pflegeheim umgewandelt worden ist – die Finanzierung wird zu einem großen Teil durch zehn Millionen Euro aus dem Innovationsfonds sichergestellt. „Dort haben wir ideale Bedingungen, um das erste Pflegekompetenzzentrum umzusetzen und die Bedingungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige in der Region zu verbessern“, erklärt dazu DAK-Vorstand **Andreas Storm**, wohlwissend, dass das Geld aus der Krankenversicherung des SGB V und nicht der Pflegeversicherung stammt. Doch sei's drum: Wer fordert, sektoren- und professionenübergreifend zu denken und vor allen Dingen auch zu versorgen, der muss auch bereit sein, SGB-übergreifend zu handeln. Auch Bundesländer-übergreifend?

„Ich hoffe, dass wir das Konzept auch in anderen Regionen realisieren können“, sagt Storm, der nicht erst mit dem aktuellen Pflegerreport erkannt hat, dass die Möglichkeiten, die Pflegebedürftigen als Unterstützung zur Verfügung stehen, im Bundesgebiet alles andere als einheitlich sind. Was, so Klie, dem Gebot in Artikel 72 des Grundgesetzes widerspreche, welches die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse als Ziel der Bundesregierung ausweise. DAK-Vorstand Storm sieht hier die Bundespolitik in der Pflicht: Die Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ unter dem Vorsitz des Bundesinnenministers sollte darum seiner Meinung nach das Thema Pflege als Schwerpunkt auf die Agenda setzen, denn – so Storm – „wir brauchen eine Pflegeinfrastrukturgarantie.“ <<

Ihr

Peter Stegmaier,  
Chefredakteur „Monitor Pflege“





Deutscher Kongress  
für Versorgungsforschung

09. - 11.10.2019 | Urania - Berlin

# Save the date

18. Deutscher Kongress für  
Versorgungsforschung

**Wissenschaft / Forschung**



**Versorgungspraxis**



**Gesundheitspolitik**

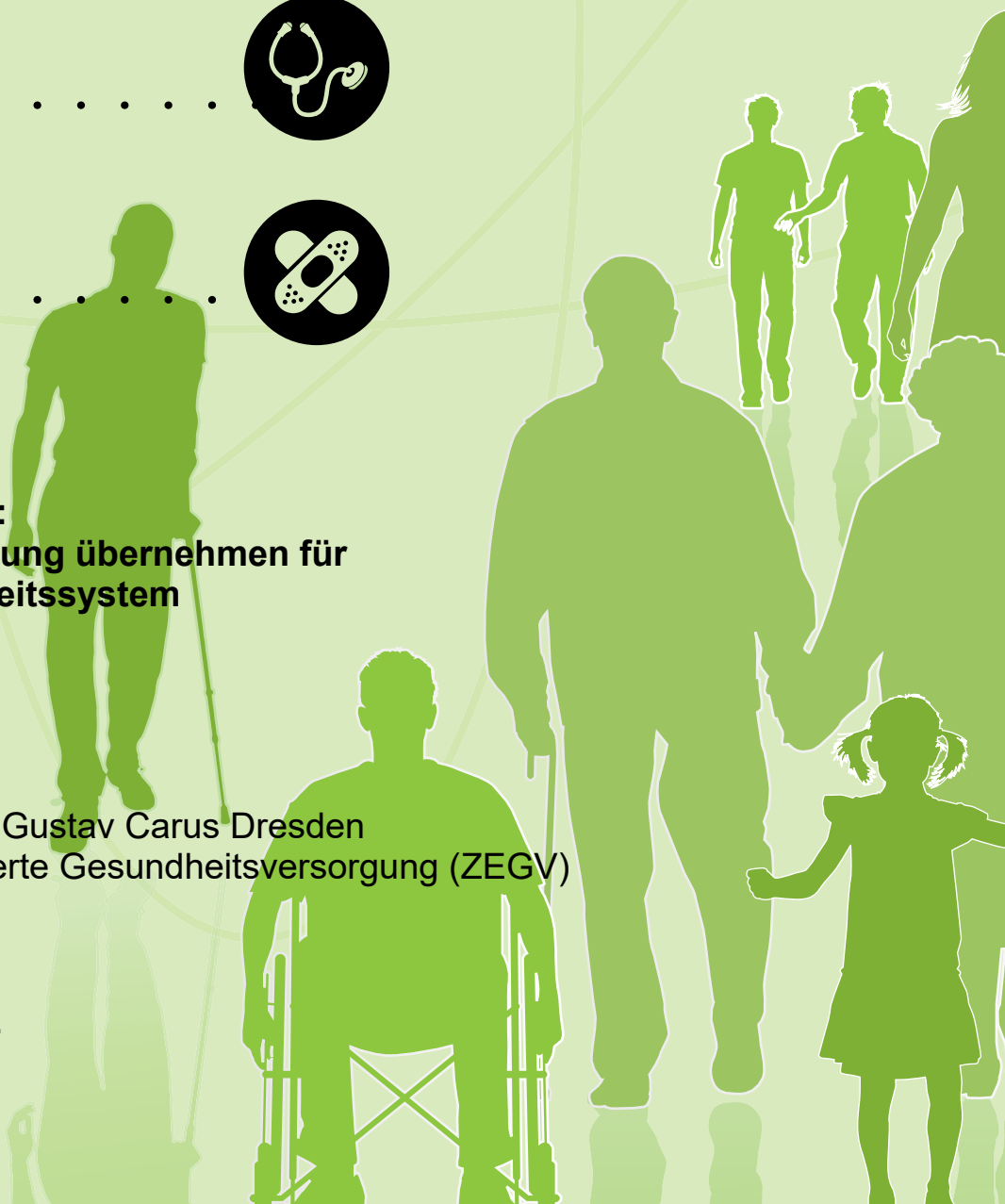


**Kongresstitel 2019:**  
**Versorgungsforschung:**  
**Gemeinsam Verantwortung übernehmen für**  
**ein lernendes Gesundheitssystem**

**Kongresspräsident:**  
**Prof. Dr. med.**  
**Jochen Schmitt, MPH**  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)

**Deutsches Netzwerk**  
**Versorgungsforschung e.V.**

[www.dkvf.de](http://www.dkvf.de)



Interview mit Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege

## „Die Pflege hat nichts zu verlieren“

Pflege bewegt. Und das bereits sein Leben lang. Man sah ihm die Leidenschaft für die Profession an, wenn er als Präsident des Deutschen Pflegerates auf dem von ihm mitinitiierten Deutschen Pfl egetag Tausende von Pflegerinnen und Pflegern begeisterte – Standing Ovationen waren keine Seltenheit. Als Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung hat Staatssekretär Andreas Westerfellhaus – seit einem halben Jahr – so etwas noch nicht erlebt. Kein Wunder vielleicht, denn, wie er selbst im Interview mit „Monitor Pflege“ einräumt: Es sei viel einfacher in der berufspolitischen Opposition Forderungen zu stellen, denn sie auf der anderen Seite, der Politik, in die Tat umzusetzen; man müsse Koalitionäre finden, Menschen überzeugen und mitnehmen sowie Vorschläge unterbreiten. Ein Einblick in das neue Politik-Erleben von Andreas Westerfellhaus, gelernter Pfleger und nun Staatssekretär.

>> Herr Staatssekretär Westerfellhaus, hat sich durch Ihren Wechsel vom deutschen Pflegerat, dessen Präsident Sie von 2009 bis 2017 waren, auf die Seite der Bundesregierung Ihre Sichtweise verändert?

Die Sichtweise hat sich keineswegs geändert. Ich bin und bleibe ausgebildeter Krankenpfleger. Mein langjähriges Ehrenamt und meine derzeitige Tätigkeit als Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege resultieren aus dieser Verbundenheit zur Profession. Was sich allerdings geändert hat, ist die Perspektive: Als Präsident des Deutschen Pflegerates war ich quasi Opposition, doch jetzt bin ich Teil der Regierung.

Was hat sich geändert?

In der Opposition kann und muss man alles fordern. In der Regierung hingegen muss man Koalitionäre finden, Menschen überzeugen und mitnehmen sowie Vorschläge unterbreiten. Das geht jedoch leider oft nicht so schnell. Es braucht seine Zeit, in einer großen Gemeinschaft – in diesem Fall in einer großen Koalition – gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsminister und in einem Team Vorhaben anzuschieben und in die Entwicklung zu bringen. Meine Erfahrung im Bereich Pflege und meiner berufspolitischen Arbeit der letzten Jahre sind dabei sicher sehr wertvoll, doch kann man schon sagen, dass Forderungen in der Opposition aufzustellen, viel einfacher ist.

Gibt Ihnen Ihre Sozialisierung in der Pflege eine besondere Überzeugungskraft in der Politik?

Das müssten eigentlich andere beantworten, ob es diese Überzeugungskraft gibt. Zumindest habe ich das Gefühl, tatsächlich etwas bewirken zu können.

Ein Beispiel?

Ich habe ja auch eine pädagogische Qualifikation absolviert. Didak-

tik gibt auf der einen Seite ein Stück weit Sicherheit. Doch weit wichtiger ist die Fachlichkeit als Basis meines jetzigen Amtes. Das politische Geschäft, das Miteinander, die Diskussion, das Überzeugen, lerne ich mithilfe meines Teams täglich besser kennen und erfahre so Strukturen, die dazu geeignet sind, der anspruchsvollen Aufgabe als Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung nachkommen zu können.



Haben Sie einige Beispiele für diese fachlichen Erfahrungen, die Ihnen jetzt nützlich sind?

Beispielsweise die Tätigkeit als Geschäftsführer einer großen Bildungseinrichtung vor dem Hintergrund des Pflegeberufereformgesetzes, das für viele Ausbildungsstätten und die dort tätigen Lehrerinnen und Lehrer eine große Herausforderung bezüglich der Umsetzung darstellt. Auch Fragen der Träger zur Finanzierung oder zur Organisation praktischer Ausbildungsplätze kann ich gut nachvollziehen. Da ist es natürlich hilfreich, ganz pragmatische Vorschläge auf der einen Seite denjenigen zu geben, die diese Unsicherheiten haben, auf der anderen Seite auch im politischen Umfeld Impulse zu setzen.

Zur Sache: Welche Schwierigkeiten können sich bei der Umsetzung des aktuellen Pflegeberufereformgesetzes in der Praxis ergeben?

Das Gesetz gilt ja schon ab dem Jahr 2020, darum müssen wir uns jetzt im Vorfeld Gedanken machen, wie wir mit den Ausbildungsstartern im Jahr 2019 umgehen. Aus dem Bewusstsein für die Praxis heraus kann ich von der politischen Seite Vorschläge unterbreiten und in die Diskussion einbringen, wie man sicherstellen kann, dass nicht der ganze Ausbildungsjahrgang verloren geht. Es ist mir jetzt möglich an den Stellschrauben zu drehen, Diskussionen und mögliche Lösungen an den Positionen zu generieren, bei denen ich mich früher immer gefragt habe, wer das wie regelt.

Was haben Sie sich vorgenommen, in Ihrer neuen Position als Pflegebevollmächtigter zu erreichen?

Wenn man sich das Aufgabenfeld eines Pflegebevollmächtigten anschaut, ist es die Kernaufgabe, Patienten und Pflegebedürftige in den Mittelpunkt zu rücken. Wenn man sich das nochmal verinnerlicht, dann muss jedem klar werden, dass dieser Mittelpunkt in der Versorgung durch verschiedene Akteure gespeist wird.

Einmal durch den größten ambulanten Pflegedienst Deutschlands, nämlich die pflegenden Angehörigen sowie durch viele Hilfsorganisationen und Institutionen. Auf der anderen Seite durch die Profession der Pflegenden in allen Sektoren. Ob Alten-, Kinderkranken- oder Erwachsenenkrankenpflege, durch die Palliativ-, Onkologie- oder die psychiatrische Pflege. Wenn man sich diesen Kreis einmal vorstellt, dann wird jedem die Komplexität und der Zusammenhang ganz schnell klar: Das eine funktioniert niemals ohne die Unterstützung des anderen.

Das Ehrenamt der pflegenden Angehörigen ist und bleibt sicher auch ein elementar wichtiger Bestandteil.

Im Mittelpunkt steht für mich die Sicherstellung einer quantitativen und qualifizierten Versorgung. Wenn dieser größte Pflegedienst, gestellt von den Angehörigen, auch nur marginal seinen Dienst versagt, dann haben wir richtige Probleme. Darum dürfen sich die pflegenden Angehörigen meiner Unterstützung gewiss sein, denn immer, wenn sie bei der Betreuung an ihre Grenzen stoßen und selbst Prävention und Rehabilitation benötigen, ruft das die professionell Pflegenden auf den Plan.

Und mit welchen Mitteln kann man diese quantitative und qualifizierte Versorgung sicherstellen?

Da kommen wir natürlich ganz schnell an den Punkt der fehlenden Fachkräfte. Doch auch hier muss man die pflegenden Angehörigen mit einbeziehen, denn Kurzzeitpflegeplätze oder Unterstützung im häuslichen Bereich sind nur möglich, wenn das Pflegeheim oder der ambulante Pflegedienst genug Fachpersonal haben. Die Zahlen sind dramatisch: Wir haben überall Beispiele, ob auf der Intensivstation einer Neonatologie, wo Kleinkinder mit schwersten Erkrankungen nicht aufgenommen werden können, der ambulante Pflegedienst oder eine Altenpflegeeinrichtung nur in Teilbereichen funktionsfähig sind. Es kann doch nicht angehen, dass Menschen aus Krankenhäusern nach einer Behandlung nicht entlassen werden können, weil sie keine Rehaeinrichtung oder einen häuslichen Dienst finden und sich dann zu Hause mit ihren pflegenden Angehörigen wiederfinden, die dafür Urlaub nehmen müssen. Die Frage ist: Woher bekommen wir in der Zukunft die Pflegefachkräfte?

Wird das nicht alleine auf Grund der Entwicklung der Demografie die Diskrepanz immer mehr verschärfen?

Die Weiterentwicklung von Pflege und Medizin ist unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung eine riesige Herausforderung. Doch eine ebenso große ist es, das berechtigte Anspruchsverhalten der Leistungsempfänger und der Pflegenden sicherzustellen.

Konnten Sie bereits Maßnahmen für solche Ziele anstoßen? Kann es nach einem halben Jahr Ihrer neuen Tätigkeit überhaupt schon erste Zwischenergebnisse geben?

Es sind ja nicht nur die Dinge, die ich anstoße, auch die Bundesregierung hat bereits vieles auf den Weg gebracht – das muss man an dieser Stelle einmal ganz deutlich sagen. Über das „Sofortprogramm Pflege“, das allen Kritikern zum Trotz, ein positiver Einstieg ist, über die Pflegesofort-Programmgesetze mit allen Ausprägungen, bis hin zur „Konzertierten Aktion Pflege“. Hier werden viele wichtige Fragestellungen angegangen wie: Was können wir tun, um letztendlich dafür zu sorgen, dass genügend Pflegekräfte

in den Krankenhäusern zum Einsatz kommen und diese auch ausreichend finanziert werden? Wie gehe ich mit der Anwerbung ausländischer Pflegefachkräfte um? Und wie sieht es mit flächendeckenden Tariflöhnen aus? Das sind Fragen, auf die die Politik Antworten finden will und zum Teil bereits gefunden hat. Denn schon ab dem Jahr 2019 wird in Teilschritten mit den Umsetzungen begonnen. Ich habe einen Aspekt in die Diskussion hineingebracht, indem ich auf das größte Problem hingewiesen habe, nämlich dass wir weiterhin Pflegekräfte aus dem Beruf verlieren, weil diese sagen: „Wir sind zu Wenige. Wir machen es im Dauerlauf. Wir fühlen uns gehetzt.“

Sie wollen finanzielle Anreize für diese Gruppe schaffen und Berufsrückkehrern beispielsweise einmalig bis zu 5.000 Euro auszahlen oder Pflegekräften, die sich direkt nach der Ausbildung fest anstellen lassen, 3.000 Euro zukommen lassen.

Primär muss man sich die Frage nach möglichen Rahmenbedingungen stellen, unter denen die Pflegefachkräfte in den Beruf zurückkehren würden. Da kann das Finanzielle ein Anreiz sein, an den jedoch Folgeschritte gekoppelt sind. Zum Beispiel neue Arbeitszeitmodelle: Drei Tage arbeiten, drei Tage frei als Garantie. Oder die Umsetzung des schwedischen Modells „80/20“, was 80 Prozent Arbeiten bei 20 Prozent vollen Lohnausgleich bedeutet, um mehr Präsenz an Patienten und Pflegebedürftigen zu zeigen, um die Gesunderhaltung der Pflegenden zu unterstützen und die Krankheitsraten zu drosseln. Das sind alles Maßnahmen, die für die Diskussion wichtig und sinnstiftend waren, die aber sicherlich an der ein oder anderen Stelle noch präzisiert werden müssen. Hier ist eben auch mal Querdenken gefragt. Unkonventionelle Ideen und eine pragmatisch orientierte Herangehensweise können gute Lösungen hervorbringen. Wem das alles nicht gefällt, ist aufgerufen, seinen Beitrag zu leisten und gute Vorschläge zu machen. Wenn die besser sind, dann nehmen wir die.

Die Diskussion um das Thema Pflege sind in der Öffentlichkeit stark mit dem Gesundheitsminister verbunden. Wie gestaltet sich denn die Zusammenarbeit mit Jens Spahn? Wie sind Ihre Erfahrungen der ersten sechs Monate im Ministerium?

Vom ersten Tag an war die Zusammenarbeit von Zuversicht geprägt, da wir uns erstens schon lange kennen und ich zweitens davon ausgehe, dass Vertrauen in meine Fachkompetenz besteht. In Talk-

shows oder Reportagen, die nicht das Thema Pflege im Titel tragen, hören Sie spätestens im zweiten oder dritten Satz, wie Jens Spahn die Thematik der pflegerischen Versorgung in allen Sektoren sehr ausgiebig betont.

## Spürt man da vielleicht schon Ihren Einfluss?

Wir sind in engen Austausch und diskutieren um die besten Lösungen. Wir haben bereits viel erreicht. Wichtige Gesetze zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, zur Verbesserung der Pflege im Krankenhaus und in der Altenpflege sind durch den Bundestag. Ich finde, das ist das Entscheidende.

Sicherlich erfahren Sie von Pflegenden doch manchmal den Vorwurf: „Sie reden doch nur.“

Sicher tue ich das. Doch gehört sorgfältiges Planen und dann Reden zu meiner aktuellen Tätigkeit. Ich werbe bei solchen Vorwürfen immer dafür, dass man uns in aller Ehrlichkeit die Zeit gibt, jetzt für die Zukunft zu planen. Es nützt uns nichts, zurückzudenken und zu sagen, warum ist in den letzten 10 oder 15 Jahren das und das nicht passiert? Wir müssen jetzt schauen, wie wir die Chancen, die wir aktuell in der Hand haben, ergreifen können. Die Zeit für Veränderung und für Einsicht war nie so chancenreich wie derzeit.

## Sieht das das BMG auch so?

Ich bin dem Gesundheitsminister sehr dankbar, dass er das genauso aufgreift. Wir diskutieren miteinander, haben einen regelmäßigen Austausch und nutzen alle Kanäle. Es ist ein wertschätzender Austausch, was am Ende des Tages nicht heißt, dass der Minister alles, was ich auf dem Wunschzettel habe, gleich umsetzt. Hier bin ich schließlich gefordert, Überzeugungsarbeit zu leisten.

## Auch Jens Spahn kann nicht im Alleingang entscheiden.

Richtig. Dass auch eine Regierung Zwängen ausgesetzt ist und wieder Partner braucht, die es zu überzeugen gilt, und am Ende einen Finanzminister, der das Geld dafür lockermachen muss, vereinfacht die Prozesse nicht. Ich finde jedoch, dass wir auf einem sehr, sehr guten Weg sind – das möchte ich gerne in den Vordergrund stellen.

## Sind wir quasi noch beim viel beschworenen ersten Schritt?

Natürlich ist alles das, was jetzt in Teilen auf den Weg gebracht worden ist – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, Personaluntergrenzen, Pflege-TÜV etc. – noch nicht der Weisheit letzter Schluss. Das ist mir durchaus bewusst. Doch gehe ich auch als menschlicher Seismograph in die Pflege-landschaft, um wahrzunehmen, wie unsere Vorschläge ankommen. Dabei nehme ich es sehr ernst, wenn mir jemand Verbesserungsvorschläge mit auf den Weg gibt.

Die – wen wundert es – aus den verschiedensten Interessenlagern kommen werden.

Es ist eine wahre Herkulesaufgabe zwischen begründeten inhaltlichen Forderungen und lobbyistischen Anliegen zu unterscheiden. Bei der Komplexität des Gesundheitswesens ist das zugegebenermaßen nicht ganz so ganz einfach.

## Gibt es denn erste messbare Ergebnisse der Regierungsarbeit?

Die Frage lautet doch immer: Was sind letztendlich messbare Ergebnisse? 30.000 Pflegekräfte mehr in den deutschen Krankenhäusern und in den Altenpflegeeinrichtungen? Ich bin nicht der Überzeugung, dass wir uns alleine über zusätzliche Zahlen retten können. Wir wissen doch alle, wenn wir eine Untersuchung präsentiert bekommen, die bis zum Jahr 2030 bzw. 2050 100.000 oder 200.000 fehlende Pflegefachkräfte in Deutschland prognostiziert, dass wir mit all unseren Maßnahmen doch ziemlich ratlos davorstehen. Unklar ist nämlich, wo wir die so schnell herbekommen.

## Was könnte hier weiterhelfen?

Die Neujustierung der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe spielt strukturell eine große Rolle. Da gibt es eine Menge Dinge zu bearbeiten. Aber wir leisten uns auch viele Verluste im Rahmen der Versorgung. Ideologische Grabenkämpfe müssen der Vergangenheit angehören, da wir die Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte nicht mit den Mitteln der vergangenen Jahrzehnte beantworten können. Die Ausbildung zusätzlicher Pflegekräfte – ob schulisch oder akademisch – dauert einfach, sodass es uns doch erstens helfen würde, diesen Exodus aus der Pflege zu stoppen, zweitens diejenigen, die den Beruf aus Resignation bezüglich der Rahmenbedingungen verlassen haben, überzeugen, zurückzukehren.

## Bedeutet das auch die Anwerbung ausländischer Fachkräfte?

Es gibt durchaus Menschen aus anderen Staaten, die sehr gerne eine Zeitlang bei uns als qualifizierte Pflegekraft – manche vielleicht auch auf Dauer – arbeiten möchten. Diesen gilt es, natürlich immer unter dem Aspekt der Patientensicherheit, einer klaren, transparenten Qualifikation sowie einer guten deutschen Sprachfähigkeit, die Gelegenheit zu geben, bei uns zu arbeiten. Dabei spreche ich nicht davon, anderen Ländern, in denen Pflege ebenfalls ein Mangelberuf ist, den Nachwuchs wegzunehmen, sondern adressiere junge Nationen, die möglicherweise über Bedarf ausgebildet haben und für die es eine Chance – auch zur gegenseitigen Befruchtung – sein kann. Jeder kreative Gedanke, was man hier aufnehmen kann, ist willkommen und wird von uns diskutiert. Wir müssen schließlich sehen, wie wir schnell auch mehr Köpfe und nicht immer nur Hände bekommen können. Hände heißt für mich, einfach nur etwas Motorisches tun zu können und ich betone Köpfe deswegen, weil es mir im Rahmen der Qualität auch um den Verstand geht.

## Welche Prozessoptimierungen sind notwendig?

Dahinter steht die Frage, womit werden Pflegenden belastet und womit sie eigentlich einen Großteil ihrer Zeit verbrauchen. Hier ist es wichtig, die Entbürokratisierung in den Altenpflegeeinrichtungen voranzutreiben – da haben wir sicher noch Luft, weil oft nur um der Kontrolle willen dokumentiert und kontrolliert wird.

## Was dann wieder Luft für Pflegepersonaluntergrenzen schafft ...

Wenn mir Krankenhäuser berichten, dass der MDK Chancen sieht, Pflegenden in den Krankenhäusern abzuwerben, um anschließend Personaluntergrenzen zu kontrollieren, die dazu dienen sollen, mehr Personal sicherzustellen, dann konterkariert das jede gute Absicht. Genau das ist



damit eben nicht gemeint. Wenn wir solche Entwicklungen wahrnehmen, müssen wir gegensteuern. Da werden wir sehr genau aufpassen.

**Kommen denn die bisherigen Maßnahmen bei den Adressaten an?**

Ich habe das Gefühl, dass unsere Bemühungen zunehmend ernst genommen werden. Zum Ende des Jahres sollen konkrete Pläne präsentiert werden, wie die Refinanzierung jeder zusätzlichen Pflegekraft in den Krankenhäusern möglich ist. Pflegenden müssen spüren, dass sie mehr Kollegen haben, weil der Arbeitgeber aktiv einstellt. Dieser kann sich dann nicht mehr damit herausreden, dass die Stelle nicht finanziert würde. Darüber hinaus werden Schulen spüren, dass sie auch mal über Kontingent Auszubildende einstellen können, ohne in irgendwelchen Regularien mit genehmigten Ausbildungsplätzen festzuhängen. Auch zur Entlastung pflegender Angehöriger werden wir Diskussionen anstoßen, in der Hoffnung, dass auch pragmatische Vorschläge Würdigung erfahren und teilweise ohne Gesetzesinitiative eine Umsetzung erfahren.

*<< Wir müssen schließlich sehen, wie wir schnell auch mehr Köpfe und nicht immer nur Hände bekommen können. >>*

**Bräuchte man vielleicht einen Innovationsfonds für die Pflege?**

Das Thema pflegerische Versorgung muss zuallererst den gleichen Stellenwert erhalten wie Umwelt- oder Energiepolitik. Wenn es dann einen intelligenten Innovationsfonds dafür geben würde, wie immer der aussähe, immer gerne, denn es gibt viele gute Ansätze in Regionen und in Sektoren, die zu fördern und zu evaluieren wären. Ich frage mich allerdings, wenn es schon so viel Innovation gibt, warum alles nicht weit mehr miteinander vernetzt ist und vor allem, warum es uns nicht gelingt, gute Einzellösungen in die Fläche zu bringen?

**Das ist die Idee des Innovationsfonds.**

Wenn man so ein Instrument braucht, um genau diese Dinge zusammenzubündeln, dann her damit. Aber ich will nicht darauf warten, ein langjähriges Bewerbungsverfahren zu durchlaufen. Klar ist, dass man Motoren braucht und dass man natürlich für solche Konzepte finanzielle Mittel benötigt, um sie in die Umsetzung zu bringen. Wir hören in Deutschland immer wieder, dass wir etwas Modellhaftes ausprobieren sollten. Modelle machen mich immer ein bisschen unruhig, weil die Beispiele häufig zeigen, dass sie oft nach dem gleichen Schema ablaufen. Wir probieren etwas aus, wir belobigen uns selbst dafür oder werden belobigt, und dann verschwindet das Ganze in der Schublade.

**Woran liegt das wohl?**

Das liegt doch auf der Hand. Tolle Ideen und Konzepte scheitern, weil sie nicht mit dem derzeitigen System kompatibel sind, das sich erst ändern müsste, was es aber nur sehr sehr ungern tut.

**Was Ideen aus dem Ausland auch nicht gerade befördert**

Manchmal sollten wir einfach auch mal etwas übernehmen, was wir über die Grenzen Europas hinaus als gut in der Umsetzung empfinden. Dann sollten wir nicht gleich den Anspruch haben, dass es die nächsten

40 Jahre halten muss, sondern wir sollten uns auf den Weg machen, diese Strukturen zu implementieren.

**Kommen wir zu einem anderen Projekt, das bereits länger vorbereitet wird. Derzeit existieren drei Landespflegekammern, seit September 2017 gibt es zudem die Gründungskonferenz für die Bundespflegekammer. Sie sind ein Verfechter der Pflegekammern, die die Pflege stärken können. Wie sehen Sie die weitere Entwicklung dieser Institution?**

Meine Rolle hat sich natürlich ein bisschen geändert. Ich kann jetzt nur noch an die Profession Pflege appellieren, sich schnellstmöglich in die Selbstverwaltung aufzumachen. Ich bin froh, dass wir drei Landespflegekammern haben, und es zeigt sich, dass diese gute

Arbeit leisten. Betrachten wir beispielhaft Rheinland-Pfalz mit der inzwischen am längsten existierenden Kammer, die uns valides, verlässliches Zahlenmaterial liefert. Mein Petition ist, dass es Pflegekammern auch in allen anderen Bundesländern geben muss, da sie der Pflege das Gefühl von Organisation und einer gemeinsam mächtigen Profession geben.

**Und die Lex Bavaria?**

Als Übergangslösung, so von Ministerpräsident Söder tituliert, ist es in Bayern in Ordnung, auch da kann ich immer noch mitgehen. Doch ist der Weg auch für eine Bundespflegekammer frei. Auch in Baden-Württemberg hat die Abstimmung stattgefunden, wobei sich der überwiegende Anteil der Pflegenden, 68 Prozent, für die Kammer ausgesprochen hat. Und in Brandenburg ist die Befragung im Gange.

**In Nordrhein-Westfalen läuft ebenfalls gerade die Abstimmung.**

Wenn das größte Bundesland mit vermuteten 160.000 bis 190.000 Pflegenden in einer Selbstverwaltung diesen Weg geht – wir werden die Ergebnisse zum Ende des Jahres kennen – wird es für alle anderen Bundesländer aus meiner Sicht nur noch die Aufforderung geben, ebenfalls zügig diesen Weg einzuschlagen. Denn warum sollte diese Institution in einigen Ländern Sinn machen, in anderen aber nicht? Ich als Pflegekraft würde genau diese Frage stellen. Die logische Konsequenz daraus ist, und das sage ich den Pflegenden auch schon heute und auch den drei Kammern: Gründet jetzt so schnell wie möglich eine Bundespflegekammer. Sie ist nicht davon abhängig, dass es 16 Kammern gibt, sondern es wird zwingend notwendig, dass es eine identifizierbare, legitimierte Ansprechbarkeit für professionelle Pflegearbeit auf Bundesebene gibt. Das hat jetzt gerade die Mitwirkung in der „Konzertierten Aktion Pflege“ gezeigt: Hier darf die Profession, hier muss die Profession eine bedeutende, gewichtige Rolle – nicht als Gegen- oder Kontrapunkt, sondern im Kontext – mit anderen Berufsprofessionen spielen.

**Was können Sie als Pflegebeauftragter tun, um Kammern voranzubringen?**

Ich kann ermuntern und manchmal auch fordern. Außerdem kann ich Beispiele liefern; wie die Auftaktveranstaltung der „Konzertierten Aktion Pflege“, bei der Verbände, Institutionen, Arbeitgeberverbände, Ge-

werkschaften etc. befragt wurden. Eine Bundespflegekammer war nicht dabei, die für mich als Hauptaktivator hier gesetzt gewesen wäre. Auch wenn wir an weiterführende Dinge denken, wie beispielsweise die Berufsanerkennungsverfahren, dann gehört das in die Hände der Profession und in die Hände der Selbstverwaltung. Es können doch nicht Behörden und andere Fachfremde über Anerkennungsverfahren und Strukturen nachdenken und bestimmen. Genauso wie die Aufsicht über die Abschlüsse für Prüfungsverfahren und vieles andere mehr. Es geht doch um die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Bevölkerung. Da muss man diese Profession insgesamt einbinden, alles andere wäre Ressourcenverschwendung.

**Noch einmal weitergeschaut: In fast allen EU-Ländern gibt es Pflegekammern. Wie wichtig ist eine europäische Ebene in der Pflege?**

Natürlich ist eine Abstimmung in einer Europäischen Union auch unter Kenntnisnahme eines großen deutschsprachigen Raums oder einer Internationalität des Austausches über Berufsorganisationen oder Berufsverbände immens wichtig. Da will ich überhaupt gar nichts negieren: Wir können von den Kolleginnen und Kollegen in anderen Ländern so viel lernen. Vielleicht gibt es ja aber auch das eine oder andere, was man von uns lernen kann.

**In der Politik findet auf der Ebene relativ wenig Austausch statt.**

Die Einflüsse einer starken beruflichen Vertretung in Brüssel müssten schon noch stark untermauert werden, bis sie dort den gleichen Status wie in den nationalen Staaten hat. Wenn man aber auch dort eine starke Organisation hat, die nicht wieder nur auf Freiwilligkeit beruht, sondern eine zentrale europäische Stelle, die inhaltlich professionell aus der Berufsgruppe der Mitgliedstaaten gespeist wird, dann erhält die europäische Pflegepolitik auch eine größere Gewichtung. Darüber hinaus ist eine einheitliche Qualifizierung auf europäischer Ebene anzustreben. Sowohl was die Qualität, als auch was die Vergleichbarkeit der Ausbildung betrifft, ist eine durchgängige akademische Grundqualifikation in der Pflege die Zukunft. Aber auch von der anderen Seite müssen Forderungen laut werden: Es kann doch auch europäischen Staaten nicht gleichgültig sein, dass andere europäische Staaten in ihrem Bereich wildern und ihnen die Pflegekräfte, die sie dringend selbst benötigen, abwerben, weil wir zurzeit keine anderen Antworten in Deutschland finden. Das Thema europäische Pflegepolitik gehört genauso dringend auf die Agenda wie europäische Energie- und Agrarpolitik.

**Gibt es dazu konkrete Initiativen und Schritte der Regierung oder ist das eine Vision?**

Aus meiner Sicht bewegen wir uns hier noch im visionären Bereich. Ich will nicht verhehlen, dass es internationale Fachgesellschaften und Pflegeverbände gibt, die einen sehr guten Austausch miteinander pflegen. Aber der Anspruch, eine klare – und ich gebrauche jetzt einmal das Wort Lobby, obwohl das ja immer so negativ behaftet ist – Pflegelobby im europäischen Parlament zu verfestigen, ist noch eine Vision. Doch diese Vision sollte schnellstmöglich in Realität umgewandelt werden,

weil wir sie uns nicht mehr lange leisten können.

**Pflegekammern lassen die Pflege also mit einer einheitlichen Stimme sprechen. Diese Orchestrierung ist in der letzten Zeit als defizitär in der Profession aufgefallen. Können Sie etwas dazu beitragen, die Stimme des Berufsstandes Pflege im Gesundheitssystem stärker zu machen?**

In der Diskussion um das Pflegeberufereformgesetz haben wir hautnah erlebt, was das bedeutet. Wenn es an die eigenen Pfünde geht, hört es mit den Gemeinsamkeiten schnell auf. Ich habe in den letzten Monaten immer wieder wahrgenommen, dass die Interessenslagen von Verbänden in der Altenpflege, in der Kinderkrankenpflege, in der Erwachsenenkrankenpflege und in den Fachgesellschaften immer dann auseinanderdriften, wenn man es nicht schafft, in den Fokus zu rücken, dass es doch für alles eine gemeinsame Klammer gibt. Da würde ich mir schon wünschen, dass zwischen dieser Vielfältigkeit der Verbände, das Ziel einer qualifizierten Versorgungssicherheit merklich im Fokus steht. Man darf dann doch nicht gleich anderen Verbänden wieder unterstellen, dass sie die Versorgungssicherheit nur eingeschränkt im Blick haben, und versuchen Kinderkrankenpflege gegen Altenpflege auszuspielen oder umgekehrt. Auch Management gegen Lehre und Lehre gegen Management, all das hilft uns an keiner Stelle weiter.

**Welchen Einfluss können Sie konkret geltend machen?**

Mein Einfluss ist natürlich auch da sicherlich im Appell begründet, doch auch in dem in den vergangenen acht Jahren erworbenen Wissen um die Notwendigkeit eines nach außen einheitlichen Auftretens. Bei aller Sorge des individuellen Verblässens im Kollektiv. Ich kann immer nur sagen, wenn es der Pflege ernst ist – andere Berufe machen es der Profession vor – dann muss man an einer Stelle so dicht zusammenrücken, und das Gemeinsame, nämlich die Profession Pflege, in den Vordergrund stellen. Daraus ableitend können in der Folge die Unterschiede beantwortet werden, aber immer in der Achtung der eigenen Kompetenzen, ohne das Gesamtziel dabei aus dem Auge zu verlieren.

**Wobei Sie persönlich quasi auf der anderen Seite stehen.**

Natürlich bin ich an dieser Stelle raus: Ich kann ermahnen, ich kann Pflegeverbände auffordern, sich Gedanken zu machen, klar ihren Mehrwert zu beschreiben – gerade auch im Kontext mit den Pflegekammern oder den Gewerkschaften. Ich denke, wir brauchen alle Akteure; und das im Mit- und nicht im Gegeneinander. Genau da haben wir in Deutschland noch Nachholbedarf. In Großbritannien ist es beispielsweise ganz selbstverständlich, in einer Kammer und in einer Gewerkschaft Mitglied zu sein, und sich zudem in einem Berufsverband zu engagieren. Das können wir auch bei den Fachgesellschaften der Ärzteschaft sehen: Natürlich gibt es eine starke Bundesärztekammer, aber die zahlreichen Fachgesellschaften, die sich mit ihren Spezifika beschäftigen und die auch manchmal kontroverse Diskussionen führen, doch im Miteinander gemeinsam auftreten.

**Auch beim Thema Qualitätssicherung? Wie ist es Ihrer Meinung nach**

### um die Erfassung der Qualität in der Pflege bestellt?

Mit der Qualitätserfassung haben wir unsere Erfahrungen in den letzten Jahren gemacht. Die Frage ist, wie machen wir die Ergebnisse dem Nutzer verständlich und zugänglich? Wir brauchen ein verlässliches Instrument. Ebenso braucht man Bewertungsportale, die die gesammelten Informationen bündeln und liefern. Wenn ich einen Wochenendtrip nach Berlin mache, ist es selbstverständlich, dass ich bei Booking.com oder hrs nach Hotelbewertungen schaue und meine Wahl nicht auf das 5-Sterne-Haus fällt, sondern auf das am besten bewertete. Doch waren der Pflege-TÜV und die Pflegenoten der Vergangenheit in keinem Falle zielführend, weil es durch die inflationäre Bestnotenvergabe kein Orientierungssystem mehr darstellte.

### Ist das eben vorgestellte Pflege-TÜV-System denn zielführender?

Das vorgelegte Konzept für den Pflege-TÜV ist ein guter und überfälliger Schritt in die richtige Richtung. Qualitätsunterschiede können damit besser erfasst werden. Grundsätzlich muss bei der Umsetzung des Konzepts darauf geachtet werden, dass sämtliche Prüfergebnisse bereitgestellt werden und die erfassten Daten dann so aufbereitet sind, dass jeder sie auswerten und veröffentlichen kann. Das wird den Wettbewerb um die verständlichste Darstellung erst ermöglichen. Besonders wichtig ist mir dabei, dass schwerer verständliche Sachverhalte nicht unter den Tisch fallen, sondern nutzerfreundlich aufbereitet werden, damit Qualitätsmängel sofort sichtbar werden. Nur so wird eine echte Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen möglich. Die Umstellung der Bewertung ist für Herbst 2019 geplant. Die Heime müssen sich noch auf die neuen Methoden für die Bewertung einrichten. Aber es darf keine Verzögerung geben. Denn die Menschen warten zu Recht auf verlässliche Bewertungskriterien.

### Oft kann man feststellen, dass die Pflegeforschung den originären Patientennutzen der Pflege wenig erforscht. Was würden Sie sich wünschen, damit Sie als Politiker damit besser umgehen können?

Pflegeforschung und Pflegeversorgungsforschung in Deutschland bilden das Schlusslicht im europäischen und internationalen Vergleich. Wir haben internationale Studien, die belegen, dass Qualifikation in der Pflege, Morbidität und Komplikationsraten in direktem Zusammenhang stehen. Wenn Sie allerdings nach Deutschland kommen und daraus Forderungen ableiten, dann bekommen Sie als Antwort zu hören, dass das im internationalen Bereich so sein mag, aber mit Deutschland nicht vergleichbar sei. Doch weil man keine Studienlage dazu hat, wird man nie eine die Antwort darauf liefern können, warum Sie dreijährig gut qualifizierte benötigen oder studierte Pflegekräfte einen Mehrwert bieten. Das zu ändern, ist Aufgabe der pflegerischen Versorgungsforschung.

### Hier sehen Sie Mängel?

Jedwede politische Forderung muss in akzeptabler, das heißt evidenter Form durch Forschungsergebnisse untermauert werden: auch, um etwaigen Fehlentwicklungen vermeiden zu können. Es wird höchste Zeit, dass Deutschland sich von dieser Schlusslichtposition verabschiedet, weil Versorgungsforschung letztendlich auch ein Instrument ist, um politische Prozesse in Gang zu setzen. Diese führen dann dazu, dass Investitionen in Qualifikationen stattfinden, die zum Beispiel Personalschlüssel einsetzen. Ein Instrument, das ich für hilfreich halte. Doch wir

wissen nicht, ob viel tatsächlich auch viel hilft. Oder wie viel Personal mit welcher Qualifikation benötigt wird. Das muss wissenschaftlich untersucht und begleitet werden.

### Engagieren Sie sich, um die Pflegeforschung in diese Richtung zu erweitern?

Ich möchte es so formulieren: Mich animiert die Pflegeforschung mir darüber Gedanken zu machen und mit vielen Wissenschaftlern ins Gespräch zu kommen. Ich weiß von einigen vielversprechenden Projekten, die ganz konkret auf dem Weg, aber noch nicht spruchreif sind. Ein großes Problem ist hier die Finanzierung: Die Mittel für die Pflegeforschung sind knapp oder in vielen Fällen gar nicht vorhanden; eine Planung damit unmöglich. Das ist die eigentliche Katastrophe.

### Eine große, visionäre Aufgabe für das Gesundheitswesen besteht in der Überwindung der Sektorengrenzen. Könnte da nicht eigentlich sogar die Pflege eine Art stark integrierender Faktor sein?

Ob sie die Rolle ausfüllen kann, weiß ich nicht. Ich denke eher noch nicht. Doch aus einer starken pflegerischen Vertretung heraus, wäre ihre Position eine prominentere. Das aber braucht einen Paradigmenwechsel der Zuordnung pflegerischer Expertise und einer ihr zuzubilligenden Autonomie. Wir scheitern doch bislang immer an berufsrechtlichen oder Budgetfragestellungen, an Kompetenzen, auch in Bereichen der Sektoren des SGB XI. Das haben wir jetzt mit dem Pflegeberufereformgesetz zumindest im ersten Schritt getan.

### Es geht also im Kern um eine sichere qualifizierte Versorgung, um hier zu aller Erst um die Akzeptanz aller Berufsgruppen, dass diese Probleme nur gemeinsam zu lösen sind.

Genau hier kann die Pflege der Motor sein, das aus einem einzigen Grund: Sie hat nichts zu verlieren, sie kann nur gewinnen. Sie kann durch das, was sich jetzt entwickelt, auch berufsrechtlich Chancen in die Hand nehmen. Ich möchte aber auch dafür werben, in den Gesundheitsfachberufen wesentlich intensiver gemeinsame Ausbildung zu betreiben, damit wir mehr voneinander wissen und dann auch Entscheidungen anderer Heilberufler besser nachvollziehen und akzeptieren zu können – für eine sichere Patientenversorgung, die spätestens immer dann alle wollen, wenn es uns selbst betrifft.

Herr Westerfellhaus, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Bearbeitung durch MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier.

### Staatssekretär Andreas Westerfellhaus

absolvierte in den 1970er Jahren die Ausbildung als Krankenpfleger, arbeitete zunächst auf einer Intensivstation, durchlief die Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie und übernahm die Leitung der Abteilung. In den 1980er Jahren studierte er Pädagogik für Gesundheitsberufe und wurde Lehrer in der Krankenpflegeausbildung. Er gründete und leitete eine Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie. Dann wurde Westerfellhaus Schulleiter der Krankenpflegeschule der Westfälischen Kliniken, Gütersloh. Berufsbegleitendes BWL-Studium, im Jahr 2000 war Andreas Westerfellhaus Ratsmitglied des Deutschen Pflegerates. Von 2001 bis 2008 war er Vize-Präsident und von 2009 - 2017 bekleidete er das Amt des Präsidenten. Seit dem 16. April 2018 ist Westerfellhaus Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung.

spectrumK veranstaltete die 5. Berliner Pflegekonferenz

# Politik: Rückenwind für die Pflege

Zentrale Akteure der gesundheits- und pflegepolitischen Landschaft waren der Einladung von spectrumK in das Westhafen Event und Congress Center in Berlin gefolgt und nutzten die Berliner Pflegekonferenz als interdisziplinäre Dialogplattform, um den Status quo wie auch Perspektiven der Profession zu beleuchten und zu diskutieren. Familienministerin Dr. Franziska Giffey warb als Mitinitiatorin der „Konzertierten Aktion Pflege“ besonders für gute Arbeitsbedingungen zur Attraktivitätssteigerung. Wie Unterstützung aus dem Ausland wirken kann, stellte Ministerialdirektor Harald Kuhne vor.

>> Allen voran war Dr. Franziska Giffey, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, als Mitinitiatorin der „Konzertierten Aktion Pflege“ prominenter Gast der Konferenz und begeisterte das Auditorium mit einem leidenschaftlichen Plädoyer für die Vorhaben der „Konzertierten Aktion Pflege“, die sie gemeinsam mit Arbeitsminister Hubertus Heil und Gesundheitsminister Jens Spahn im Juli dieses Jahres auf den Weg gebracht hat. „Wir wollen uns mehr um die Kümmerer kümmern und die sozialen Berufe aufwerten: bessere Arbeitsbedingungen, bessere Ausbildungsbedingungen und eine bessere Bezahlung. Dann wird auch der Pflegeberuf attraktiver“, gab die Ministerin die Marschrichtung vor.

Ihre im Rahmen der Vorstellung zur Konzertierten Aktion aufgestellte Forderung „Pflege muss wieder cool werden“, die ihr viel Gegenwind eingebracht habe, verteidigte die Ministerin im Hinblick auf eine notwendige Attraktivitätssteigerung der Profession Pflege. „Mit der ‚Konzertierten Aktion Pflege‘ wollen wir erreichen, dass sich mehr Menschen für den Pflegeberuf begeistern.“ Voraussetzung hierfür sei „ein Beruf, mit dem Menschen für sich und ihre Familie gut sorgen können, in dem die Arbeitsbedingungen gut sind und nicht noch Schulgeld mitgebracht werden muss, wenn jemand in die Ausbildung startet.“, erklärte Giffey. Ein besonderes Anliegen war es ihr, den Fokus auf die pflegenden Angehö-

rigen zu lenken und hier besonders auch die Kinder und Jugendlichen in den Blick zu nehmen. Dieses müssten vor Überlastung und Selbstausbeutung geschützt werden. „Für sie haben wir das Projekt ‚Pausentaste‘ gestartet“, definierte Giffey die Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche, die dort online oder telefonisch Rat und Unterstützung erfahren können.

## Rheinland-Pfalz als nationales Partnerland

Das Bundesland, das die erste Pflegekammer in Deutschland installiert hat, war in diesem Jahr das nationale Partnerland der Berliner Pflegekonferenz. Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Ministerin für Soziales, Arbeit und Demografie stellte die Rahmenbedingungen vor, unter denen Rheinland-Pfalz eine flächendeckende pflegerische Versorgung gewährleisten will.

Es war ihr wichtig zu betonen, dass vor dem Hintergrund der stetig steigenden Zahlen an Senioren ein Gesamtkonzept vonnöten sei und Einzelmaßnahmen nicht zielführend. „Gegen so einen Megatrend kommt man mit ‚Klein-Klein‘ nicht weiter“, betonte sie und verwies auf die Pflegestrategie, die ihrerseits Bestandteil der Demografiestrategie des Bundeslandes ist. In den Jahren 2012 bis 2015 wurde in RLP eine Fachkraft- und Qualifizierungsoffensive Pflege initiiert, bei der zum einen die Steigerung der Ausbildungszahlen und zum ande-

ren die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege auf der Agenda standen. Und die Maßnahmen hatten Erfolg, bilanzierte die Ministerin und verwies auf die Zusammenarbeit vieler Akteure, die diesen erst möglich gemacht hatten. Die Fortsetzung des Programms werde mit der „Initiative 2.0“, die eine geplante Laufzeit von vier Jahren habe, Ende 2018 unterzeichnet.

Bätzing-Lichtenthäler sprach sich außerdem für die Generalistik aus, die eine moderne Ausbildung mit breiter Qualifizierung ermögliche und verwies auf die zwingende Notwendigkeit, Präventionsstrategien zu entwickeln. Hierzu sei im Jahr 2016 eine Landesrahmenvereinbarung mit einigen Akteuren geschlossen worden, die im ständigen Austausch stünden.

Aus der Praxis brachte Bätzing-Lichtenthäler unter anderem das Projekt der bisher zu 100 Prozent von der Landesregierung finanzierten „Gemeindeschwester Plus“ mit, das durch Hausbesuche bei hochbetagten Menschen diese im Alltag unterstützt, damit sie so lange wie möglich selbstständig in den eigenen vier Wänden verbleiben können. Das Projekt soll fortgesetzt und ausgedehnt werden, allerdings sei die langfristige Finanzierung noch unklar. Mit dem durch das Land Rheinland-Pfalz geförderten Projekt „STuDI“ schlug die Ministerin den



Familienministerin Dr. Franziska Giffey

Bogen zur Digitalisierung. Hauptziele des Projektes sind die Erprobung einer Smart Home-basierten und zielgruppenorientiert erweiterten Technikplattform in Verbindung mit präventiv, soziotechnisch und sozialräumlich ausgerichteten Beratungsdienstleistungen zur Unterstützung eines unabhängigen Lebens auch im höheren Alter in der eigenen Häuslichkeit sowie die Entwicklung eines tragfähigen Systems für die leistungsrechtliche Regelversorgung bzw. für ein entsprechendes Geschäftsmodell.

Staatssekretär und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung Andreas Westerfellhaus (siehe Titelinterview S. 6) zeigte sich beunruhigt von der Dimension des Fachkräftemangels – „in allen Sektoren“. Entscheidender Schlüssel seien die Veränderung der Arbeitsbedingungen. „Und ich brauche die Unterstützung der beruflich Pflegenden. Politik alleine kann die Lösungen nicht finden“, forderte Westerfellhaus. <<

Quelle der Fotos dieser Doppelseite: Berliner Pflegekonferenz



Die 5. Berliner Pflegekonferenz. Eine Nachlese.

# „Alle Möglichkeiten ausschöpfen“

Politische Wendepunkte in der deutschen Geschichte bestimmen die Retrospektive auf den 9. November. Und so kann das Veranstaltungsdatum der Berliner Pflegekonferenz, das immer in diesem Zeitraum gesetzt wird, inhaltlich hier anknüpfen – denn als interdisziplinäre Dialogplattform will die Veranstaltung einen Rahmen bieten, in dem neue Ziele für die Profession Pflege abgesteckt und diskutiert werden. spectrumK-Geschäftsführer und Initiator der Pflegekonferenz, Yves Rawiel, begrüßte nationale wie internationale Akteure aus Politik, Wissenschaft und Forschung und ganz besonders das internationale Partnerland Vietnam.



„Die Berliner Pflegekonferenz ist Dialogplattform, Innovationsportal und Branchentreff zugleich. Mit ihrem interdisziplinären Charakter geben wir Experten, Entscheidern und vor allem den Menschen, die in der Pflegepraxis tätig sind, ein Forum, um sich über neueste Entwicklungen und Lösungen für eine gute Pflege auszutauschen. Wir sind der festen Überzeugung, dass in den Debatten über die Verbesserungen der Pflege immer die Perspektive der Pflegenden und Pflegebedürftigen einen großen Raum einnehmen muss. Denn Pflege geschieht im Alltag der Menschen.“

Yves Rawiel, Geschäftsführer spectrumK und Initiator der Berliner Pflegekonferenz

„Die Pflegekonferenz ist eine wichtige Plattform, um jenen, die sich mit viel Kraft und innovativen Ideen für eine bessere Versorgung Pflegebedürftiger stark machen, zu unterstützen, wertzuschätzen und Raum zum Austausch zu bieten. Insbesondere die im Rahmen des Marie Simon Pflegepreises vorgestellten Projekte spornen uns dazu an, mehr zu tun. Das Thema Pflege hat zurecht in den letzten Jahren einen immer höheren Stellenwert bekommen und ist zur Chefsache geworden. Doch weitere Aufgaben liegen vor uns, um die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu verbessern und eine menschenwürdige Versorgung sicherzustellen. Hierfür müssen alle Möglichkeiten – auch die durch die Digitalisierung entstehenden Potenziale – genutzt werden.“

Dr. Gerd Landsberg, Geschäftsführendes Präsidialmitglied des Deutschen Städte- und Gemeindebundes. Der DStGB vergibt in Kooperation mit spectrumK den Marie Simon Pflegepreis



„Was mir sehr am Herzen liegt ist die Fachkräftesicherung, weil ohne Fachkräfte können wir gar nicht weitermachen. Das heißt hier müssen wir wirklich all unsere Kraft dransetzen und der zweite Weg ist der der Prävention: viel stärker noch auf die Menschen einzugehen und Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Die Berliner Pflegekonferenz ist wirklich schon eine Institution. Hier trifft man sich nicht nur des Inputs wegen, sondern auch wegen des Austausches und der Vernetzung wegen. Dafür bietet die Konferenz eine tolle Plattform. Auch die Möglichkeit, dass sich Länder präsentieren können, so wie wir heute die Gelegenheit haben, dafür kann ich nur werben.“

Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Ministerin für Soziales, Arbeit und Demografie von Rheinland-Pfalz

## Flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum

## „Menschen Stärke geben“

Finnland, Kanada, Brasilien, Slowenien – das Team um Kerstin Hämel war viel unterwegs, um zu eruieren, wie ländliche Räume die Problemstellung der flächendeckenden Versorgung organisieren. Die Professorin von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld führte mit einem wissenschaftlichen Blick auf internationale Lösungen in die Thematik ein und eröffnete damit die Best-practice-Vorstellungen im Fachforum „Flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum“ auf der Berliner Pflegekonferenz. Ein weiterer Schwerpunkt lag bei der Prävention.

>> „Wenn wir von Pflege und Versorgung sprechen, dann ist die Fragestellung: Wie können wir Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen unterstützen?“ Die Komplexität erbege sich nicht erst durch Pflegebedürftigkeit, sondern bereits bei einer chronischen Erkrankung oder Multimorbidität. „Komplexe gesundheitliche Problemlagen, erfordern komplexe Lösungen seitens des sozialen Gesundheitssystems“, konstatierte Hämel und verwies auf die sich verändernden Familienstrukturen, die vor allem im ländlichen Raum ursprünglich familiäre Organisationsstrukturen

wegbrechen ließen. Dieser Umstand verlange die Beschäftigung mit der Frage, wie ambulante Dienste zukünftig aufgestellt sein müssten. Als ausgewiesenes Ziel formulierte Hämel das Vorantreiben der Ambulantisierung, sodass eine wohnortnahe Primärversorgung sichergestellt werden könne.

Gesundheitliche Ungleichheit und unterschiedliche Zugangschancen, die es zu egalisieren gelte, hob Hämel in diesem Zuge noch einmal deutlich hervor. Denn sozial benachteiligte Menschen würden früher chronisch krank und stürben früher. Auch das Thema der Mobilisierung

von Gesundheits-Fachkräften stehe ganz oben auf der Agenda. Das betreffe jedoch für den ländlichen Raum nicht nur die Pflege, sondern auch Mediziner. Die Bielefelder Wissenschaftlerin plädierte in der Folge für die Implementierung lokaler Gesundheitszentren und präsentierte ein Modell aus dem Jahr 2014, mit dem in strukturschwachen Gebieten Versorgung gebündelt werden könne. Derzeit liefen, so Hämel, unterschiedliche Projekte, um die Organisation multiprofessioneller Zentren auf den Weg zu bringen und unter einem Dach möglichst unterschiedliche Dienste miteinander

zu verbinden. Es bestehe auch die Möglichkeit, Langzeitpflege dort zu inkludieren, wie es sie beispielsweise in Finnland in Form einer kleinen stationären Einheit gebe.

Präventive, curative und rehabilitative wie auch soziale und pflegerische Angebote befänden sich hier unter einem Dach und steuerten auch die aufsuchende Gesundheitsarbeit. Der Zugang zu schwer erreichbaren, vulnerablen Bevölkerungsgruppen sei damit leichter, so Hämel.

Allem voraus gehe natürlich eine individuelle Bedarfsanalyse der Kommune, die richtigen Angebote zu



Ein Fachforum der Berliner Pflegekonferenz widmete sich dem Thema „Flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum“. Professor Kerstin Hämel referierte zum Thema.

Bildquelle: Berliner Pflegekonferenz

entwickeln, die dann patientenorientiert organisiert sein sollen, soll heißen, es gibt nur eine zentrale Anmeldung, von wo aus die Angebote für den einzelnen Patienten orchestriert werden. Doch welche Rolle spielt die Pflege in diesem Modell? „Die Gruppe der Pflegekräfte spielt in diesem Setting zahlenmäßig die größte Rolle“, so Hämel. „International sind die Pflegekräfte oft akademisch ausgebildet und übernehmen als Community Nurses weitreichendere Aufgaben in der ambulanten Versorgung.“ Dazu gehöre die Gesundheitsaufklärung an Schulen oder die Durchführung von gesundheitsfördernden Angeboten.

Auch im klinischen Bereich weist die Pflege hier international partiell ein erweitertes Kompetenzfeld auf. „Das sind Entwicklungen, die in diversen Ländern unterschiedlich weit fortgeschritten sind und die meist aus dem Ärztemangel resultieren“, erklärte Hämel und umschrieb das Aufgabenfeld beispielhaft mit dem Anordnen und selbstständigen Auswerten von Bluttests, dem Durchführen von Ultraschalluntersuchungen und teilweise – wie in Skandinavien – auch die Hilfs- und Medikamentenverordnung. Eine Tatsache, die die Attraktivität des Pflegeberufs durchaus zu steigern vermag, jedoch auch die konkrete Auseinandersetzung mit der Aufgabenverteilung fordere; eine Herausforderung vor allem im klinischen Bereich, so Hämel. Alles in allem stellten Lokale Gesundheitszentren eine Stärkung der Grundversorgung dar, und seien somit eine attraktive Einrichtung.

Ein prägnantes Beispiel demonstrierte Landrat Klaus Peter Schellhaas aus dem Kreis Darmstadt-Dieburg. Die Kommune, die aus 23 Städten und Gemeinden und damit aus knapp 300.000 Einwohnern besteht, hat selbst ein Konzept zur Zukunft der medizinischen Versor-

gung und Pflege entwickelt, welches jüngst auch eine Förderzusage der Robert Bosch Stiftung erhielt: Das „supPORT“-Programm (Auf dem Weg zu Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) zeichnet dabei beispielhafte, lokale Gesundheitsinitiativen aus, ist mit insgesamt 800.000 Euro dotiert und beinhaltet überdies Vernetzungstreffen, Fachtagungen und eine Beratung durch Gesundheitsexperten.

Schellhaas klassifizierte den Landkreis Darmstadt-Dieburg als suburbanen Raum, in dem akuter Mangel an ambulant ärztlicher Versorgung bestehe. Insgesamt zählte der Landrat mittlerweile fünf im Landkreis installierte Zentren der medizinischen Versorgung (MVZ) auf. Im Jahr 2014 fiel der Entschluss, das ambulante Versorgungskonzept der Zukunft selbst in die Hand zu nehmen. Von Anfang an, so der Landrat, nahm die Kommune als Träger eine sehr hohe Akzeptanz der Menschen für diese Einrichtung wahr. Nach drei Jahren resümierte die Kommune, ob ein Engagement über die ärztliche Versorgung hinaus sinnvoll sei. Daraufhin habe man ein „Versorgungskonzept 2025“ geschrieben, welches mit der Unterstützung der Optimedis AG entwickelt wurde.

Das MVZ in Ober-Ramstadt soll demnach zu einem sogenannten Primärversorgungszentrum (PORT) weiterentwickelt werden, „um Versorgungsressourcen effizient einsetzen zu können“, erklärte Schellhaas. Darin sollen die 6 angestellten Ärzte, durch nicht-ärztliche Berufsgruppen – eine Weiterbildungsassistentin, eine NÄPa (Nichtärztliche Praxisassistentin) und eine Case-Managerin – entlastet werden, was insbesondere die Versorgung geriatrischer Patienten erleichtere.

Unterschiedliche Versorgungspfade adressierten genaue Zielgruppen. Schellhaas nannte den

Prä-Diabetes-Pfad sowie den kürzlich aufgenommenen geriatrischen Pfad. Menschen, die er im Krankenhaus auf der geriatrischen Station antreffe, könne man abholen, bevor sie dieses Stadium erreichten. „Und zwar in einem Netzwerk. Das funktioniert wirklich nur, wenn wir viele Akteure dabei mitnehmen“, konstatierte der Landrat. Zu nennen seien hier das Krankenhaus, der kommunale Pflegestützpunkt, und vor allem präventive Angebote vor Ort. Zukünftig werde es einen Fach- sowie einen regionalen Beirat geben, um alle Ressourcen für die Weiterentwicklung zu nutzen. „Das Ganze ist flächendeckend machbar, das Ganze ist eine Blaupause“, so Schellhaas und freute sich über den Rückenwind durch die Robert Bosch Stiftung: „Die Aufnahme in das Programm der Robert Bosch Stiftung ist eine Bestätigung unserer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik.“

### Auf Prävention setzen

Mit Blick auf den demografischen Wandel erhält das Thema Prävention immer größeres Gewicht und war somit auch Thema eines Fachforums auf der Berliner Pflegekonferenz. Anke Tempelmann vom AOK-Bundesverband stellte das auf vier Jahre angelegte Projekt „QualiPep“ (Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe) vor, welches im Jahr 2017 startete und als Forschungsförderprojekt im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführt wird. Erklärtes Ziel ist es, einen Qualitätsrahmen für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu entwickeln, zu pilotieren und umzusetzen. Desweiteren soll die Gesundheitskompetenz der Bewohner und der Beschäftigten

dieser Einrichtungen gestärkt sowie die betriebliche Gesundheitsförderung in den Einrichtungen qualitätsgesichert weiterentwickelt werden.

Katja Dierich, Geschäftsführerin des QVNIA e.V., präsentierte mit ihrem Vortrag „Bewegungsförderung in Pankower Pflegeeinrichtungen“ sodann ein Beispiel aus der Praxis, das auf dem im Jahr 2015 entwickelten „Lübecker Modell Bewegungswelten“ fußt. Ziel ist die Implementierung niedrigschwelliger Bewegungsangebote in Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen des altersgerechten Wohnens, um die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen 65+ zu verbessern und zu erhalten. Die geistige und körperliche Aktivierung durch das Aufgreifen bekannter Bewegungsabläufe wie beispielsweise dem „Äpfel pflücken“ würde ergänzt durch die Stärkung sozialer Kontakte, so Dierich. Zudem soll mit dem Projekt eine Öffnung der Einrichtungen in den Sozialraum gefördert werden.

Mit dem Projekt „Froach“ erhielt dann auch ein digitales Übungsprogramm eine Bühne. Über die Nutzung von Tablet oder Bildschirm können Pflegebedürftige ortsunabhängig motorische Übungen der animierten „Froach“-Figur nachempfinden. Das Unternehmen Froach GmbH ist 2011 mit dem Ziel betrieblicher Gesundheitsprävention gestartet, dehnt seine Aktivitäten jedoch zunehmend aus. Weitere Einrichtungen gewinnen will auch der seit 15 Jahren existierende Verein Rote Nasen e.V. Er stattet Clownvisiten in teil- und vollstationären Einrichtungen als Präventionsleistung nach § 5 SGB XI ab. Nach Angaben des Vereins ist ein professionell künstlerischer Hintergrund der eingesetzten Clowns obligatorisch, wie auch psychologische und medizinische Fortbildungen, um optimal auf die Zielgruppe eingehen zu können. „Unsere Bühne ist der zwischenmenschliche Raum.“ <<



Preisverleihung des Otto Heinemann Preises und des Marie Simon Pflegepreises

# Pflege gehört in die Mitte der Gesellschaft

Beispielhafte Projekte zeichnet spectrumK jedes Jahr im Rahmen einer feierlichen Abendveranstaltung auf der Berliner Pflegekonferenz aus. Optimale Bedingungen zur Vereinbarung von Pflege und Arbeit fand die Jury in diesem Jahr beim Oberlandesgericht Köln, dem LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein a.G. und der Henkel AG & Co. KGaA, Standort Düsseldorf. Diese drei Unternehmen durften aus der Hand von spectrumK-Geschäftsführer und Konferenzinitiator Yves Rawiel den Otto Heinemann Preis entgegennehmen. Für eine besondere Innovation in der Pflege hatte spectrumK gemeinsam mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund den roten Teppich ausgerollt: Der Marie Simon Pflegepreis ging 2018 an CKD – Das Netzwerk von Ehrenamtlichen, Fachverband des DICV Osnabrück.

>> Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird in immer mehr Unternehmen zu einem wichtigen Thema. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und des absehbaren Fachkräftemangels rücken dabei auch Erwerbstätige, die gleichzeitig Familienangehörige pflegen müssen, zunehmend in den Fokus der Arbeitgeber. „Nicht alle Eltern haben Kinder, aber alle Kinder haben Eltern“, erklärt die strahlende Gewinnerin, die für Henkel den Preis entgegennehmen durfte, die Universalität des Themas. Denn neben der Kindererziehung stellt insbesondere die Pflege eine Herausforderung für alle Beteiligten dar, da der Eintritt eines Pflegefalls vielfach nicht planbar ist. Arbeit und Familie sind nicht mehr kategorisch voneinander zu trennen. Und so kann es für ein Unternehmen nicht nur Herausforderung,

sondern auch Chance sein, Familienförderung als Faktor im Wettbewerb um High Potential zu nutzen und als effektive Maßnahme zur Mitarbeiterbindung zu begreifen. Gesucht wird das innovativste Unternehmen, das in herausragender Weise für seine Beschäftigten optimale Bedingungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Arbeit schafft. Die Preisträger 2018 sind:

**Kategorie 1: Unternehmen mit bis zu 1.000 Mitarbeiter/innen:**  
• Oberlandesgericht Köln

**Kategorie 2: Unternehmen mit 1.001 bis 5.000 Mitarbeiter/innen:**  
• LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein a.G.

**Kategorie 3: Unternehmen ab 5.001 Mitarbeiter/innen:**  
• Henkel AG & Co. KGaA, Standort Düsseldorf. <<

>> „Einsamkeit passiert hinter verschlossenen Türen und wenn wir diese Tür öffnen, dann öffnen wir auch eine zum Tür zum Herzen desjenigen, der einsam ist. Ich denke, das Ehrenamt kann da einiges tun, wenn es selber gut vorbereitet wird“, erklärte die Vertreterin des DICV Osnabrück als Gewinner des Marie Simon Pflegepreises 2018. Und so machen sich ehrenamtlich Engagierte auf den Weg zu hochaltrigen Menschen. Im Gepäck: Interessen wie Musik, Kunst oder auch ein Besuch bei den Landfrauen. So können die Ehrenamtler Türöffner für gesellschaftliche Teilhabe sein.

Mit dem Marie Simon Pflegepreis werden auf der Berliner Pflegekonferenz besonders innovative Pflegeprojekte ausgezeichnet und „verschafft guten Ideen eine Bühne“, wie der diesjährige Schirmherr, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, feststellte.

Der Preisträger 2018 ist:

- CKD – Das Netzwerk von Ehrenamtlichen, Fachverband des DICV Osnabrück, Preisträgerprojekt: Die Türöffner – begegnen – begleiten – besuchen. Neue Wege zu einem Miteinander.

Die Jury begründete ihre einstimmig gefällte Entscheidung wie folgt: „Menschen sollten in jeder Lebenslage füreinander da sein. Diesen Grundsatz hat sich das Projekt „Türöffner“ des Ehrenamtlichen-Netzwerks CKD auf die Fahnen geschrieben. Die Türöffner bringen ältere und pflegebedürftige Menschen mit ehrenamtlich Engagierten zusammen – zum gemeinsamen Kaffeetrinken, Plaudern, Spazierengehen. Sie sorgen dafür, dass sich Menschen finden, die gemeinsame Interessen haben und einander verstehen. Eine großartige Initiative gegen Vereinsamung und für ein sorgendes menschliches Miteinander.“ <<



Die Preisträger des Otto Heinemann Preises



## Pflegepersonalstärkungsgesetz beschlossen

>> Am 9. November 2018 hat der Bundestag das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals beschlossen. Mit dem Gesetz sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden. Der Gesetzentwurf ist ein wichtiger Schritt, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftigen weiter zu verbessern. Wesentliche Regelungen im Überblick:

### Pflegestellen

- In der vollstationären Altenpflege werden die Voraussetzungen für 13.000 zusätzliche Stellen geschaffen, die von den gesetzlichen Krankenkassen ohne finanzielle Beteiligung der Pflegebedürftigen finanziert werden. Dabei können auch Teilzeitstellen, die aufgestockt werden, berücksichtigt werden.
- Um die Personalausstattung in der Krankenhaus-Pflege zu verbessern, wird jede zusätzliche oder aufgestockte Pflegestelle am Krankenhausbett ab 2019 vollständig refinanziert.

### Vergütung für Pflegekräfte

- Ab 2018 werden die Tarifierungen für die Pflegekräfte im Krankenhaus vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Die zusätzlichen Finanzmittel sind zur Finanzierung von Tarifierhöhungen einzusetzen. Das ist zu belegen. Die Vergütungen von Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr werden ab 2019 vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Die Verbesserung schafft einen deutlichen Anreiz, mehr auszubilden.

### Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte

- Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser werden finanziell dabei unterstützt, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern.
- Krankenkassen werden verpflichtet, zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro jährlich für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzuwenden. Um Pflegekräfte zu entlasten, wird die Digitalisierung gefördert. Die Pflegeversicherung stellt dafür einmalig pro Einrichtung (ambulant oder stationär) 12.000 Euro zur Verfügung. Mit der Kofinanzierung der Einrichtung können somit Maßnahmen im Umfang von bis zu 30.000 Euro je Einrichtung finanziert werden.

### Pflege zu Hause

- Pflegenden Angehörige erhalten leichter Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen. Die pflegebedürftige Person kann gleichzeitig in der
- Für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 3 und Menschen mit Behinderungen werden Taxifahrten zu einer ambulanten Behandlung einfacher. Sie gelten mit der ärztlichen Verordnung als genehmigt.
- Wegezeiten in der ambulanten Alten- und Krankenpflege werden besser honoriert. Auch in der häuslichen Krankenpflege müssen Tariflöhne von den Krankenkassen akzeptiert werden.

### Pflegepersonaluntergrenzen

- Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus werden die Pflegepersonaluntergrenzen weiterentwickelt. Dazu enthält das Gesetz entsprechende Aufträge an die Selbstverwaltungspartner.
- 2020 wird der sogenannte Gesamthausansatz eingeführt, der die Pflegepersonaluntergrenzen flankiert. Mit diesem Instrument wird das Verhältnis der Pflegekräfte zu dem zu leistenden Pflegeaufwand („Pflegequotient“) ermittelt, was Aufschluss über die Pflegepersonalausstattung und Arbeitsbelastung im gesamten Krankenhaus gibt.

### Stroke Units

- Zur Sicherung der Schlaganfall-Stationen (stroke units) in Krankenhäusern werden wirtschaftliche Belastungen der Krankenhäuser auf Grund von Rückforderungsansprüchen der Krankenkassen insbesondere durch eine Verkürzung der Verjährungsfristen abgemildert.

### Krankenhausfinanzierung

- Es wird vorgegeben, dass die Höhe der Zu- und Abschläge bei der stationären Notfallversorgung zukünftig ohne eine Verbindung zum Landesbasisfallwert zu vereinbaren sind.
- Der Krankenhausstrukturfonds wird ab 2019 für vier Jahre mit 1 Milliarde Euro jährlich fortgesetzt. Die Finanzierung erfolgt wie bisher je zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder. Die Anreize, für die Versorgung nicht mehr benötigte Krankenhausbetten abzubauen, werden verstärkt.
- Für bedarfsnotwendige kleine Krankenhäuser in ländlichen Gebieten werden aus dem Pflegezuschlag ab 2020 insgesamt rund 50 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.
- Rund 200 Millionen Euro aus dem Pflegezuschlag werden ab 2020 in die Landesbasisfallwerte überführt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass diese Mittel auch zur Finanzierung anderer Personalkosten als Pflegepersonalkosten genutzt werden.
- Ab dem Jahr 2020 erfolgt die Finanzierung der Kosten des einzelnen Krankenhauses für die Pflege am Bett durch ein eigenes Pflegebudget. Hierdurch wird sichergestellt, dass die in den Krankenhäusern anfallenden Pflegepersonalkosten vollständig von den Kostenträgern finanziert werden.

### Digitalisierung

- Der Anwendungsbereich der Nutzung von Sprechstunden per Video als telemedizinische Leistung wird erweitert.
- Die Frist für ärztlichen Praxen, sich an die Telematikinfrastruktur anzuschließen, wird aufgrund von Lieferschwierigkeiten der Industrie auf 1. Juli 2019 verschoben. Die notwendigen Verträge müssen die Praxen bis Ende März 2019 abschließen.

### Qualitätsprüfung

- Das von der Selbstverwaltung entwickelte neue System der Qualitätsprüfung und -darstellung wird ab dem 1. Oktober 2019 in der vollstationären Altenpflege verpflichtend eingeführt.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium

Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ wird in Regelversorgung überführt

## Regelversorgungstauglich

2004 ist das Modellprojekt „Familiale Pflege“ in Nordrhein-Westfalen gestartet und kann im Jahr 2018 auf 420 Allgemeinkrankenhäuser, Psychiatrien und Rehakliniken in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig-Holstein als Teilnehmer blicken. Das Programm hat sich der Begleitung und Kompetenzförderung von pflegenden Ehepartnern und Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus in die poststationäre Versorgung verschrieben. Wissenschaftlich begleitet von der Universität Bielefeld stellen die Pflegekassen der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK NordWest hierfür die erforderlichen Mittel im Rahmen einer Zuwendung bereit – und dies unabhängig von der Kassenzugehörigkeit der Versicherten. Am 1. Januar 2019 soll die Überführung in die Regelversorgung erfolgen. Der DBfK berichtete, dass die Pflegekassen „dabei offenbar zentrale Qualitätsmerkmale des Projektes nicht fortsetzen“ wollen.

>> „Im Krankenhaus der Zukunft leisten Sozialdienst und Entlassungsmanagement bzw. Fallmanagement oder Patientenservicezentren die Prozesssteuerung und darin eingeschlossen die soziale Überleitung. Die Pflege verantwortet arbeitsteilig die Information, Beratung und Praxisanleitung der Patientinnen und Patienten. So ist es im SGB V, den Fallpauschalen und den Krankenhausgesetzen der Länder normiert“, ist in der Programmbeschreibung des Modellprojektes „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ zu lesen. Und weiter: „Das Förderprogramm unterstützt ergänzend die Information, Praxisanleitung, Beratung und Bildung der pflegenden Angehörigen in Allgemeinkrankenhäusern, Psychiatrien und Reha-Kliniken bis sechs Wochen nach der Entlassung. Die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK Nordwest stellen jährlich die erforderlichen Mittel aus dem SGB XI bereit, und zwar unabhängig von der Kassenzugehörigkeit der Versicherten.“

Um Angehörige im Übergang von einem stationären Aufenthalt eines Pflegebedürftigen in die poststationäre Versorgung zu unterstützen, werden im Rahmen des Modellprojektes Pflegefachpersonen explizit geschult, um diese auf die Pflegesituation vorzubereiten. Die Fachkräfte führen im Rahmen von Pflegetrainings Erstgespräche

durch, informieren über die Diagnosen, sammeln Informationen und erörtern den poststationären Versorgungsbedarf (Pflegeplanung). Beratung, Praxisanleitung und Bildung setzen darauf auf und sollen die Angehörigen für die Ausübung der Pflege qualifizieren, damit die Pflege zu Hause gelingt und keine erneute Einweisung ins Krankenhaus erfolgt.

Die Schulungen werden von den PflegetrainerInnen am Krankenbett durchgeführt. Voraussetzung, so lässt die Projektbeschreibung wissen, ist ein (zu erwartender) Pflegegrad. Die Pflegetrainings seien auf die individuelle Situation abgestimmt.

Auch bei der Beschaffung adäquater Hilfsmittel sowie der Verträglichkeit, Dosierung und Einnahme von Medikamenten unterstützen die Fachkräfte. Aufsuchende Pflegetrainings in der Wohnung des Patienten sind laut Programmbeschreibung bis sechs Wochen nach der Entlassung möglich und zielführend, insofern ein (zu erwartender) Pflegegrad vorliege. Denn am Krankenbett gestalten sich die Bedingungen doch oftmals ganz anders als in der häuslichen Umgebung.

Aus Gründen der Trägerneutralität könne die aufsuchende Beratung nur von den Krankenhäusern selbst und nicht von zugehörigen oder kooperierenden ambulanten Diensten durchgeführt werden.

Einen Schwerpunkt setzt das Programm auch bei der Familienberatung. Forschungsergebnisse zeigten, dass fast alle Familien im Nachhinein den Rahmen und die Arrangements für die Pflege anders gesetzt hätten, wenn sie gewusst hätten, was sie erwartet.

Damit fordert das Programm umfangreiche Kompetenzen von den Pflegetrainerinnen, die innerhalb von Wissenschaftlichen Weiterbildungen (WWB) erworben werden. Laut Programminitiatoren bilden die WWB den „Nukleus“ für die Kompetenzförderung der Promotoren in den Krankenhäusern. Die WWB läuft über zwölf Präsenztage, verteilt über zwei Jahre. Acht Studienbriefe dienen ergänzend der Eigenarbeit. Adressaten seien engagierte und sozial kompetente Pflegefachkräfte, von denen inzwischen fast 1.000 im Rahmen des Programms qualifiziert werden konnten.

Am 30. Oktober 2018 veröffentlichte der DBfK Nordwest in einer Pressemitteilung die Information, dass die AOK Nordwest und Rheinland/Hamburg als finanzierende Pflegekassen bei der Überführung in die Regelversorgung dabei offenbar zentrale Qualitätsmerkmale des Projektes nicht fortsetzen wollten. Die von der AOK Nordwest vorgelegten Verträge sähen keinerlei Qualifizierung der Pflegefachpersonen vor, die aber für die komplexen häusli-

chen Versorgungssituationen dringend notwendig seien. „Es kann nicht sein, dass Kostenträger entscheiden, welche pflegefachliche Expertise für eine qualitätsgesicherte Versorgung nötig ist“, sagt Swantje Seismann-Petersen, stellv. Vorsitzende des DBfK Nordwest. Friederike Hohmann, Geschäftsführerin des Diakonissenkrankenhauses Flensburg und Mitglied im DBfK, kritisiert ferner, dass die Inhalte der Pflegekurse für Angehörige von der Pflegekasse festgelegt und vorgeschrieben würden. Auch die vorgelegte Finanzierung entspreche in weiten Teilen nicht dem Modellprojekt. „Es ist offensichtlich, dass bei der durch die Kostenträger eingeschlagene Vorgehensweise Kosteneinsparungen und nicht die Interessen der PatientInnen und ihrer Familien im Vordergrund stehen“, so Seismann-Petersen weiter. Um die Versorgung weiterhin sicher gewährleisten zu können, fordere der DBfK Nordwest die Kostenträger auf, die Verträge für die Regelversorgung entsprechend der guten Ergebnisse des Modellprojektes zu gestalten. Jens Kuschel, Pressesprecher der AOK Nordwest dementierte dies und erklärte, dass es weder Einbußen in der Qualität noch in der Vergütung geben wird – im Gegenteil.“

Lesen Sie das Statement von Jens Kuschel auf Seite 19. <<

### Keine Einbußen in der Qualität oder in der Vergütung

>> Das Modellprogramm hat sich als nachhaltig und strukturbildend erwiesen. Mehr als 70.000 pflegende Angehörige in ganz Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig-Holstein profitierten bislang jährlich von dem in dieser Form bundesweit einmaligen Programm. Dabei wurden die Teilnehmer zum Beispiel in speziellen Trainings und Kursen direkt am Krankenhausbett ihrer Angehörigen für die häusliche Pflege qualifiziert. PflegetrainerInnen unterstützten die pflegenden Angehörigen ferner bis zu sechs Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus durch Bildung und Beratung in verschiedenen Settings.

Um einen lückenlosen Übergang des Programms in die Regelversorgung zu gewährleisten, werden die beiden AOKs, die bislang über 420 beteiligten Kliniken in NRW, Hamburg und Schleswig-Holstein auf einer neuen vertraglichen Basis weiterhin durch zweiseitige Versorgungsverträge über die Durchführung von Pflegekursen in zugelassenen Krankenhäusern einbinden. Damit ist sichergestellt, dass auch zukünftig im Kontext einer stationären Krankenhausbehandlung die betroffenen Patienten und deren Angehörige frühzeitig durch Pflegekurse auf den Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege vorbereitet werden.

Die Pflegekurse können je nach Erforderlichkeit und Bedarf als Gruppen- oder als Einzelpflegekurse erbracht werden. Diese werden individuell auf den Patienten zugeschnitten und entweder direkt am Krankenhausbett und/oder in der häuslichen Umgebung des Patienten erbracht. Durchgeführt werden die Kurse – als Mindeststandard – von qualifiziertem Krankenhauspersonal, das mindestens über eine dreijährige staatlich anerkannte Ausbildung zur Pflegefachkraft verfügt.

Inhaltlich sind die Pflegekurse auf der Basis der Pflegekurskonzeption der Pflegekasse oder einer vergleichbaren Konzeption zu erbringen. Die Sicherstellung der Qualität der Pflegekurse gibt nicht die Pflegekasse vor. Das Krankenhaus ist vielmehr angehalten, diese sicherzustellen und sich an den aktuellen Expertenstandards der Pflege zu orientieren.

Die Kosten tragen die AOK Nordwest und die AOK Rheinland/Hamburg im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung für Versicherte aller Krankenkassen. Die Finanzierung der Pflegekurse im Rahmen der Regelversorgung entspricht dabei in weitesten Teilen der Finanzierung des Modellprojektes. Die Abrechnungssystematik wurde durch die zugrunde gelegten Pauschalen für alle Beteiligten sogar vereinfacht. Außerdem beinhalten diese Pauschalen im Vergleich zum Modellprojekt eine Finanzierungssteigerung für die zu erbringenden Pflegekurse in den Krankenhäusern im Rahmen der Regelversorgung ab dem 01.01.2019.

Ergänzend zu diesem Angebot setzen die beiden AOK-Pflegekassen als besonderes Beratungsangebot für ihre Versicherten speziell ausgebildete Pflegeberater ein. Sie helfen den betroffenen Familien, die Pflege zu organisieren und beraten diese zu Hause oder in einer der zahlreichen AOK-Geschäftsstellen. Die Pflegeberater kennen Leistungserbringer, niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung im Alltag und ehrenamtliche Anbieter vor Ort und können diese in die Umsetzung der Versorgungsplanung einbinden. So erhält jeder Pflegebedürftige eine qualifizierte und umfassende Beratung, die an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtet ist, und deren Ziel der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ist. <<

von: Jens Kuschel, Pressesprecher der AOK Nordwest

### Neuer Studiengang

>> Die Pflegewissenschaftliche Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) entwickelt ab November 2018 einen innovativen Masterstudiengang in „Community Health Nursing“. Dabei handelt es sich um ein Studium zur Qualifizierung von spezialisierten Pflegefachkräften, die gleichermaßen in Bereichen der ambulanten Primärversorgung als auch in der kommunalen Sozialraumentwicklung eingesetzt werden können. Als eine von drei Hochschulen in Deutschland konnte sich die PTHV in einem international besetzten Begutachtungsverfahren durchsetzen und erhielt den Zuschlag für die Entwicklung des Studiengangs.

Das Vorhaben in Vallendar wird von der Robert-Bosch-Stiftung mit rund 200.000 Euro gefördert und von der Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung begleitet. Bis September 2020 soll der zukunftsweisende Studiengang entwickelt und akkreditiert werden, so dass ab Herbst 2020 Studierende aufgenommen werden können. In vielen Ländern gibt es bereits Community Health Nurses, das sind spezialisierte Pflegefachkräfte für die ambulante Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen, die auch Tätigkeiten übernehmen, die hierzulande oft nur Ärzten vorbehalten sind.

Die Absolventen arbeiten eng mit anderen Versorgern, z. B. aus Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, aber auch mit Pflegestützpunkten und weiteren regionalen Angeboten zusammen. Darüber hinaus können sie auch Beratungs- und Präventionsaufgaben im Gesundheitswesen übernehmen. <<

## Digitalisierung entlastet Pflegekräfte und Angehörige

>> „Digitalisierung in der Pflege ist unverzichtbar, denn in den neuen Technologien liegt enormes Potenzial, das es zu nutzen gilt. Daher sollten digitale Kompetenzen auch in der generalistischen Pflegeausbildung, die im Jahr 2020 startet, vermittelt werden“, fordert Dr. Claudia Wöhler, Landesgeschäftsführerin der Barmer in Bayern. Digitalisierung kann die Arbeitsbedingungen und die Attraktivität des Pflegeberufes erheblich verbessern. Neun von zehn Menschen würden im Alter digitale Technologien, wie alltagsunterstützende Assistenzsysteme oder innovative Robotertechnik nutzen, zeigt eine aktuelle Umfrage der INQA – Offensive Gesund Pflegen 2018. Ziel der Digitalisierung müsse es sein, dass Pflegebedürftige so lange wie möglich selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden leben können und Arbeitsprozesse in der Pflege vereinfacht werden. „Durch elektronische Dokumentation, Robotik und künstliche Intelligenz werden Pflegekräfte und Angehörige entlastet und es wird mehr Zeit für menschliche Zuwendung geschaffen“, ist Wöhler sicher. Bisher habe aber nur ein geringer Teil der technischen Unterstützungssysteme den Weg in die Praxis gefunden. „Daher muss das Thema Smart Home unterstützt und Anreize zu deren Einsatz geschaffen werden“, fordert sie. „Wichtig ist, dass bei der Nutzung von pflege- und alltagsunterstützenden Technologien die Zuwendung und Empathie erhalten bleibt. Der Faktor Mensch bleibt in der Pflege unersetzlich“, so Wöhler. Digitale Möglichkeiten sollten ergänzen, nicht ersetzen.

Seit 2015 ermöglicht es das Präventionsgesetz den gesetzlichen Krankenkassen, gesund-

heitsförderliche Angebote für Pflegeeinrichtungen zu machen. „Daher fördert die Barmer innovative Ideen wie die Memore Box des Start-up's Retro Brain und Linder, den Gewinner des Digital Health Wettbewerbes der Barmer 2018. „Die MemoreBox ist eine Videospielkonsole, die in Pflege- und Altenheimen eingesetzt wird, um die körperlichen und geistigen Fähigkeiten von Seniorinnen und Senioren spielerisch zu fördern“, so Wöhler. Linder sorgt mit künstlicher Intelligenz für Sturzprävention in der Pflege.

Das automatische Öffnen von Türen ist selbstverständlich geworden. Computer aller Art sind heutzutage fast überall zu finden. Dies ist auch in der Pflege erforderlich, um Menschen, die aus verschiedenen Gründen mit Einschränkungen im Alltag zurechtkommen müssen zu unterstützen. Wie diese Zusammenarbeit zwischen Mensch und Roboter aussehen und funktionieren kann, stellt Professor Alin Albu-Schäffer vom Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) mit dem Projekt SMiLE – Servicerobotik für Menschen in Lebenssituationen mit Einschränkungen vor: „Im Projekt SMiLE erarbeiten wir Szenarien für die robotische Assistenz der Zukunft. Die Vision von SMiLE ist es, Menschen trotz alters – oder krankheitsbedingter Bewegungseinschränkungen zu einem erfüllteren und selbständigeren Leben zu verhelfen. Bei den SMiLE-Robotern kommen digitale Spitzentechnologien zum Einsatz, die seit Jahren in der Weltraumforschung entwickelt und mit Astronauten ausführlich, beispielsweise im ISS-Experiment zusammen mit Astronaut Alexander Gerst, erprobt wurden. Jetzt

kommen sie der Pflege zu Gute“, sagt Albu-Schäffer. Altersgerechte Assistenzsysteme können den Alltag älterer Menschen deutlich erleichtern und einen wichtigen Beitrag zur selbstbestimmten Lebensführung und zur gesellschaftlichen Teilhabe leisten. In der Entwicklung sollten jedoch sowohl die Nutzergrup-

pe als auch unterstützende Angehörigergruppen sowie soziale und ethische Aspekte einbezogen werden“, unterstreicht auch Professorin Veronika Schaut, die selbst u.a. als examinierte Altenpflegerin ausgebildet wurde, von der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Kempten in ihrem Vortrag. <<

## Klare Regeln für Roboter in der Pflege

>> Überall auf der Welt tüfteln Forscher an Robotern, die bei der Versorgung von alten und kranken Menschen helfen könnten. Dr. Rainer Wieching, Bereichsleiter Gesundheit und Prävention an der Universität Siegen, geht davon aus, dass Roboter künftig viele Aufgaben in der Altenpflege übernehmen werden – auch wegen des Personalmangels. Im Gesundheitsmagazin „Apotheken Umschau“ fordert der Experte, Regeln festzulegen. „Es darf auf keinen Fall so kommen, dass man in einigen Jahren in einem Heim sitzt, und plötzlich kommt



so ein Gerät auf einen zugerollt.

Das sollte nur mit dem Einverständnis der Betroffenen erfolgen, und es müssen klare Regeln gelten“, so Dr. Rainer Wieching. Auch Professor Oliver Bendel, Experte für Informations-, Roboter- und Maschinenethik von der Fachhochschule Nordwestschweiz in Windisch, ist der Meinung, dass jeder Pflegebedürf-

tige selbst bestimmen sollte, ob und wie viel Roboterhilfe er in Anspruch nehmen will. „Am besten stellt man das in seiner Patientenverfügung klar.“ Mögliche Probleme sieht er zudem beim Datenschutz. „Roboter sind mobile Spione“, betont er. „Sie erfassen und analysieren eine gigantische Menge an hochsensiblen Daten über uns und geben sie weiter.“ Bendel plädiert deswegen dafür, nicht jeden Roboter mit allen möglichen Fähigkeiten auszustatten und mit dem Internet zu vernetzen. Prinzipiell aber sieht der Exper-

te intelligente Maschinen positiv. „Denn sie können Pflegekräfte entlasten“ – zum Beispiel bei körperlich anstrengenden Tätigkeiten. Roboter könnten aber weder Pfleger ersetzen noch das Pflegeproblem lösen. „Das kann man nur schaffen, in dem man mehr Stellen schafft, die Gehälter erhöht und die Pflegeberufe attraktiver macht.“ <<

## vdek-Zukunftspreis für Töchter&Söhne

>> Das Berliner Unternehmen Töchter&Söhne wurde mit dem 1. Preis des vdek-Zukunftspreises geehrt. Unter dem Titel „vernetzt und mobil – mit digitalen Helfern die Versorgung stärken“ hatte der

vdek richtungsweisende Projekte gesucht. Das Berliner Unternehmen konnte die Jury mit seinen Online-Schulungen für pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegenden überzeugen. <<



DAK-Gesundheit „Pflegerreport 2018“

# Reform der Pflegefinanzierung nötig

Wie sieht die Pflegefinanzierung der Zukunft aus? Der Vorstandsvorsitzende der DAK-Gesundheit, Andreas Storm, plädiert im Rahmen der Vorstellung des „Pflegerreports 2018“ für eine Deckelung der Eigenanteile von Pflegeleistungen und weist der Pflegeversicherung eine gewichtigere Rolle bei der künftigen Finanzierung der Pflegeleistungen zu. Denn sieben von zehn der im Zuge des Reports Befragten sind der Meinung, dass sich viele Familien Pflegedienste und Heime für ihre Angehörigen nicht leisten können. Auch der Sicherstellung gleichwertiger Versorgung im Bundesgebiet komme die Pflegeversicherung nicht nach, konstatiert Professor Thomas Klie, Evangelische Hochschule Freiburg, dem die wissenschaftliche Leitung des Reportes obliegt. Er schlägt ein regionales Monitoring der Pflegestrukturen vor, um sowohl Good Practice wie auch Fehler im System zu identifizieren und darauf Lösungen aufzubauen.

>> „Es gibt zahlreiche Beispiele, wo die Strukturen ineinander greifen und gute Bedingungen für die Bewältigung von Pflege gewährleistet werden – soweit dies von der derzeitigen Pflegeversicherung finanziert wird. Vielerorts gibt es Fehler im System. Von beidem können wir lernen“, sagt Pflegeexperte Professor Thomas Klie. Mit dem Konzept der regionalen Pflegekompetenzzentren hat die DAK-Gesundheit bereits konzeptuell vorgelegt: Ein solches Zentrum, das nach Vorschlag der Krankenkasse gut in von Schließung bedrohten Krankenhäusern umgesetzt werden könne, koordiniert alle Akteure der Pflege wie Beratungsstellen, Pflegedienste, stationäre Einrichtungen und Ärzte. Ziel sei es, im Sinne des Case Managements die beste Versorgung für jeden einzelnen Pflegebedürftigen zu schaffen.

Ein Pilotprojekt startet nach Angaben der DAK-Gesundheit in Nordhorn im südwestlichen Niedersachsen, wo ein Krankenhaus in ein Pflegeheim umgewandelt wor-

den ist. Die Finanzierung wird zu einem großen Teil durch zehn Millionen Euro aus dem Innovationsfonds sichergestellt. „Dort haben wir ideale Bedingungen, um das erste Pflegekompetenzzentrum umzusetzen und die Bedingungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige in der Region zu verbessern“, ergänzt Storm. „Ich hoffe, dass wir das Konzept auch in anderen Regionen realisieren können.“ Regionaler Partner im Landkreis Grafting Bentheim/Landkreis Emsland ist die Gesundheitsregion EUREGIO e.V.

Welche Möglichkeiten Pflegebedürftigen als Unterstützung zur Verfügung stehen, ist außerdem im Bundesgebiet nicht einheitlich, was, so Klie, dem Gebot in Artikel 72 des Grundgesetzes widerspreche, welches die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse als Ziel der Bundesregierung ausweise. DAK-Chef Andreas Storm sieht hier die Bundespolitik in der Pflicht: „Vor wenigen Wochen hat die Kommission ‚Gleichwertige Lebensverhält-

nisse‘ unter dem Vorsitz des Bundesinnenministers ihre Arbeit aufgenommen. Die Kommission sollte das Thema Pflege als Schwerpunkt auf die Agenda setzen. Wir brauchen eine Pflegeinfrastrukturgarantie.“ Denn ein Blick auf die Karte verrät: Stark unterdurchschnittlich ist die vollstationäre Versorgung in den östlichen Bundesländern, aber auch im Saarland, in Hessen und in Rheinland-Pfalz, ausgeprägt. In den nord- und süddeutschen Ländern Schleswig-Holstein, Bayern und Baden-Württemberg werden hingegen überdurchschnittlich viele Pflegebedürftige vollstationär versorgt und weniger durch Angehörige zu Hause.

„Die Ergebnisse des DAK-Pflegerreports zeigen: Pflegerische Versorgung ist nicht davon abhängig, welche Form für den Einzelnen am besten wäre. Sie ist abhängig vom regionalen Angebot“, ist Klie überzeugt. Denn schaut man auf die Qualität der pflegerischen Versorgung, so zeigt sich auch hier ein differenziertes Bild. Regionale Unterschiede sind auch hier wieder manifest. Zum Beispiel werden laut Report vielerorts Pflegebedürftige überdurchschnittlich oft im Krankenhaus behandelt – was als Hinweis auf eine suboptimale Versorgung gedeutet wird. Dies zeige sich vor allem in den östlichen Bundesländern: In Thüringen kommen demnach auf 100 Pflegebedürftige fast 150 Krankenhausbefälle. In Mecklenburg-Vorpommern sind es

146, in Sachsen-Anhalt 142 und in Brandenburg 143 Fälle. Unterdurchschnittliche Werte gibt es hingegen in Baden-Württemberg, hier kommen auf 100 Pflegebedürftige 115 Krankenhausbefälle.

Dass die Politik dem Thema Pflege mehr Beachtung schenken muss, davon sind 84 Prozent der Befragten überzeugt; wenn auch der Zeitpunkt der Befragung kurz vor dem Startschuss der „Konzertierten Aktion Pflege“ lag, wie Klie erklärt. Und dieser Wert zeigt sich seit 2009 als dauerhaft schlecht. Einen positiven Ausreißer weist das Jahr 2014 auf, als über das PSG I debattiert wurde. Zu diesem Zeitpunkt waren 45 Prozent der Bevölkerung mit dem Stellenwert der Pflege in der Politik zufrieden.

Dabei ist das Thema Pflege bei den Bürgerinnen und Bürgern in der Alltagserfahrung fest verankert. Während 30 Prozent aktuell oder früher Beteiligte an einem Pflegeprozess sind, haben 45 Prozent der Bevölkerung Pflege in der Familie oder im Bekanntenkreis erlebt. Nur vier Prozent der Bevölkerung geben an, nichts über Pflege zu wissen. Das Thema ist in der Bevölkerung also absolut präsent, was sich auch in der hohen Wertschätzung von Pflegekräften der Deutschen manifestiert. Die Pflegekräfte rangieren in der Meinung der Bürger, die Erfahrung mit der Pflege haben, deutlich vor den Ärzten. <<



„Es ist wichtig, dass wir zu einer ‚Pflegeinfrastrukturgarantie‘ kommen. Das heißt, es muss sichergestellt werden, dass es einen Mindeststandard an pflegerischer Versorgung in Deutschland gibt; Egal ob man im Norden, im Süden, an der Grenze zu Polen oder im Saarland an der französischen Grenze lebt.“

**Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, in der „Tagesschau“ am 14. November 2018**

Tina Fecher, B.Sc.  
Dipl.-Päd. Evelyn Scotti

## Mögliche Interventionen für Ergotherapeuten bei der Behandlung von Klienten mit einer Schwerhörigkeit

Je nach Zeitpunkt, -raum und Intensität der einsetzenden Schwerhörigkeit verändert sich die psychische, physische und soziale Entwicklung eines Menschen (Diller, 2008). Kommunikation zählt als engstes Bindeglied innerhalb der menschlichen Interaktion, weshalb Schwerhörigkeit oftmals zu sozialer Isolation im privaten und beruflichen Umfeld führt (viaSenso Media GmbH, 2016) und damit zusätzlich einen hohen Stressfaktor für den Betroffenen darstellt (Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Gehörlosen und Schwerhörigen e.V., 2000). Eine Hörminderung oder sogar Gehörlosigkeit haben somit einen starken Einfluss auf die Teilhabe, sowohl im privaten, als auch im öffentlichen und gesellschaftlichen Umgang. Görsdorf (2016) berichtet als selbst Betroffener von Missverständnissen in Einzelgesprächen, über sozialen Rückzug bei Gruppenaktivitäten bis hin zu verschiedenen Einschränkungen z.B. im Bereich der Orientierung im Straßenverkehr. Menschen zu befähigen, aktiv an ihrem Leben und Alltag teilzunehmen und sich zu betätigen, ist die primäre Aufgabe von Ergotherapeuten (Götsch, 2011). Das Ziel ist, Menschen mit einer Beeinträchtigung zu einer verbesserten Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Freizeit und Produktivität zu befähigen und somit die Klienten in ihrer Handlungsfähigkeit in Schule, Beruf und Alltag zu unterstützen und zu fördern (Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 2007).

>> Schwerhörigkeit und deren Folgen zählen, laut dem Heilmittelkatalog nicht zu den ergotherapeutischen Indikationen. In der Literatur findet man keine Verbindung zwischen der Ergotherapie und den speziellen Bedürfnissen von Erwachsenen mit Schwerhörigkeit. Ebenfalls im Heilmittelkatalog und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeuten wird Schwerhörigkeit nicht thematisiert. (IntelliMed GmbH, 2017; Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz & juris GmbH, 1999). Die hohe Repräsentanz von Menschen mit Schwerhörigkeit in der Gesellschaft spiegelt sich in der Klientel der Ergotherapie wider, weshalb Ergotherapeuten mit dieser Problematik konfrontiert werden und Handlungssicherheit benötigen. Der hier in Auszügen vorgestellte

### Zusammenfassung

Hörstörungen zählen zu den sechs häufigsten Erkrankungen in den Industrieländern, die die Lebensqualität am meisten beeinflussen. Schwerhörigkeit und deren Folgen zählt, laut dem Heilmittelkatalog, nicht zu den ergotherapeutischen Indikationen; dennoch weisen viele Klienten eine Hörstörung auf, welche die Behandlung beeinflusst. In dieser Arbeit werden konkrete Interventionen in Bezug auf das Setting, die Kommunikation und das Therapeutenverhalten für Ergotherapeuten bei der Behandlung von Menschen mit Schwerhörigkeit benannt.

### Schlüsselwörter

Ergotherapie, Schwerhörigkeit, Teilhabe, Interventionen

Leitfaden soll diese auf verschiedenen Ebenen ermöglichen.

### Setting bezogene Interventionen

Technische Hilfen können dem Schwerhörigen in vielerlei Hinsicht die Teilhabe am Alltag erleichtern, jedoch bestehen auch mit Hörhilfen weiterhin Defizite, weshalb es umso wichtiger ist, auf die speziellen Bedürfnisse des Betroffenen einzugehen (Brüser, 2012). Eine wichtige Voraussetzung zur Teilhabe für Menschen mit Schwerhörigkeit ist ein angepasstes Setting. Entscheidend sind hier insbesondere die Gegebenheiten des Therapieraumes. Dazu zählen die Akustik, geringe Stör- und Hintergrundgeräusche (Wallner & Struma, 2011), da diese auch mit Hörhilfen eine zusätzliche Beeinträchtigung für den Klienten darstellen (Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Gehörlosen und Schwerhörigen e.V., 2000). Die Raumakustik ist von der Beschaffenheit der Wände, Decke und Boden und den darin befindlichen Personen und Gegenständen abhängig (Erdmann & Schauffler, 2016). Nachrüstungen des Raums mit glasgewebekaschierten Glaswollenpaneelen, Vorhängen, Pflanzen oder Teppichen (hier auf Sturzgefahr achten, besser verlegter Teppichboden) können eine enorme Verbesserung der Raumakustik bewirken (ebd.). Um den Betroffenen das Absehen zu ermöglichen, ist die Sitzanordnung entsprechend zu gestalten und auf gute Lichtverhältnisse zu achten (Böttges & Schauffler, 2016).

### Epidemiologie der Schwerhörigkeit

462 Millionen erwachsene Menschen weltweit leben, laut den aktuellsten Zahlen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2018), mit einer Schwerhörigkeit. In Deutschland sind Hochrechnungen zufolge ca. vier bis sechzehn Prozent der Bevölkerung hörgemindert (Statistisches Bundesamt, 2016; DIAS GmbH, 2017). Hörstörungen zählen, nach der WHO-Studie „Burden of Disease“, zu den sechs häufigsten Erkrankungen in den Industrieländern, die die Lebensqualität am meisten beeinflussen (Zahnert, 2011). Aufgrund des demografischen Wandels und der damit verbunden steigenden Anzahl der älteren Arbeitnehmer und Rentner, steigt auch die Anzahl der schwerhörigen Menschen in Deutschland, die frühberentet, arbeitsunfähig oder pflegebedürftig werden (DIAS, 2017). Somit hat Schwerhörigkeit nicht nur für den Einzelnen, sondern auch für die Gesellschaft gravierende Auswirkungen (DIAS, 2017).

## Kommunikations- und Interaktionsbezogene Interventionen

Sprachverstehen ist für Menschen mit Schwerhörigkeit keine Frage des Willens, sondern auch mit technischen Hilfsmitteln nur eingeschränkt möglich (Böttges & Schauffler, 2016). Deshalb sollte der Gesprächspartner, in diesem Fall der Ergotherapeut, den Klienten mit Schwerhörigkeit bei den Bemühungen am Gespräch und der Gemeinschaft teilzuhaben, unterstützen (ebd.). Denn ein Vertrauensverhältnis kann nur durch eine funktionierende Kommunikation erreicht werden (Erdmann et al. 2016). Die drei Basisvariablen nach Rogers, Akzeptanz, Empathie und Wertschätzung, bilden die Grundlage für eine funktionierende Therapeuten-Beziehung (Lagemann, 2017). In Bezug auf die Interaktion und Kommunikation mit Menschen mit Hörminderung ist vor allem bei der Sprache, Sitzposition und Körperhaltung auf die in folgender Tabelle dargelegten Faktoren zu achten (Hüster-Leibbrand, 2016).

## Kognitionsbezogene Interventionen

Gerade die kognitiven Fähigkeiten werden im Alltag von Menschen mit Schwerhörigkeit stark beansprucht (Böttges & Schauffler, 2016). Jede Gesprächssituation erfordert höchste Konzentration (Brüser, 2012), Denk- und Kombinationsarbeit für Menschen mit Hörminderung (Neuhold, 2011). Das Gehörte wird zunächst verarbeitet, zugeordnet und dann verstanden (Neuhold, 2011). Betroffene zeigen deshalb schnell Konzentrationsstörungen und Gedächtnisdefizite (Lehen-Beyel, 2005). Hör- und Ruhepausen

| Intervention in Bezug auf ... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sprache                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• deutlich und langsam sprechen (für die Verständlichkeit und ein deutliches Mundbild)</li> <li>• mit natürlicher Stimme in normaler Lautstärke sprechen</li> <li>• nicht von Hinten oder der Seite ansprechen</li> <li>• möglichst kurze und prägnante Sätze bilden</li> </ul> |
| Sitzposition                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gegenüber, Gesichter zugewandt (für ein klares Sprach- und Mundbild)</li> <li>• Therapeut Gesicht zur Lichtquelle (Beleuchtung des Gesichts für besseres Mundablesen)</li> <li>• Klient mit dem Rücken zur Lichtquelle (Vermeidung von Blendung)</li> </ul>                   |
| Körperhaltung                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hand nicht vor den Mund halten</li> <li>• Ruhige Körperhaltung</li> <li>• Mundbild nicht überbetonen, sonst wirkt es verzerrt</li> <li>• Blickkontakt</li> </ul>                                                                                                              |

**Tab. 1:** Interaktionsbezogene Interventionen (in Anlehnung an Hüster-Leibbrand, 2016).

sind im Verlauf des Tages besonders wichtig (Böttges & Schauffler, 2016), denn bereits nach einer halben Stunde Konversation zeigen sich erste Ermüdungszeichen bei Menschen mit Schwerhörigkeit (Lorang, 2010). Der Ergotherapeut kann den Betroffenen unterstützen, indem er während der Behandlung versucht, Neben- und Störgeräusche zu beseitigen (Brüser, 2012), in Unterhaltungen langsam und deutlich spricht und immer wieder kurze Sinnespausen einlegt (Lehen-Beyel, 2005).

## Literatur

- Becker, M. (2011). Der schwerhörige Patient Ein Leitfaden für Arztpraxis, Klinik und Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Böttges, N. & Schauffler, I. (2016). In Deutscher Schwerhörigenbund e.V. (Hrsg.), DSB-Ratgeber 2. Tipps für schwerhörige und gut hörende Menschen im Umgang miteinander. Für Menschen mit Hörminderung und ihre Angehörigen (7. Auflage). Berlin: Deutscher Schwerhörigenbund e.V.
- Brüser, E. (2012). Besser hören (2. Aufl.). Berlin: Stiftung Warentest.
- Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Gehörlosen und Schwerhörigen e.V. (2000). Hörgeschädigte Kinder - schwerhörige Erwachsene Kommunikation mit schwerhörigen und ertaubten Menschen. Hamburg: Signum-Verlag.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2007). Zugriff am 11.04.2018 unter <https://www.dve.info/ergotherapie>
- DIAS (2017). Schwerhörigkeit in Zahlen. Zugriff am 15.04.2018 unter [http://www.hoerkomm.de/schwerhoerigkeit\\_in\\_zahlen.html#H%C3%A4ufigkeit](http://www.hoerkomm.de/schwerhoerigkeit_in_zahlen.html#H%C3%A4ufigkeit)
- Diller, G. (2008). Rehabilitation mit Hörgeräten. In: Diller, G., Kießlinger, J. & Kollmeier, B. (Hrsg.), Versorgung und Rehabilitation mit Hörgeräten (S. 153-217) (2. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Erdmann, R., Giez, I & Schauffler, I. (2016). In Deutscher Schwerhörigenbund e.V. (Hrsg.), DSB-Ratgeber 5. Als Patient beim Arzt, im Krankenhaus oder in der Pflege für Menschen mit Hörschädigung und ihre Angehörigen (8. Aufl.). Berlin: Deutscher Schwerhörigenbund e.V.
- Erdmann, R. & Schauffler, I. (2016). In Deutscher Schwerhörigenbund e.V. (Hrsg.), DSB-Ratgeber 12. Lärm und die Folgen Eine Information für alle (4. Aufl.). Berlin: Deutscher Schwerhörigenbund e.V.
- Görsdorf, A. (2016). Taube Nuss Nichtgehörtes aus dem Leben eines Schwerhörigen (3. Aufl.). Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Götsch, K. (2011). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers & U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung. (4. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Hüster-Leibbrand, L. (2016). In Deutscher Schwerhörigenbund e.V. (Hrsg.), DSB-Ratgeber 4 Tipps für die Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten Für Ärzte, Pflegekräfte und Mitarbeiter im Gesundheitswesen (7. Aufl.). Berlin: Deutscher Schwerhörigenbund e.V.
- Lagemann, H. (2017). Behandlungsverfahren in der Psychiatrie. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie. (3. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Lehen-Beyel, I. (2005). Warum Schwerhörigkeit aufs Gedächtnis schlägt. Zugriff am 25.03.2018 unter <https://www.wissenschaft.de/umwelt-natur/warum-schwerhoerigkeit-aufs-gedaechtnis-schlaegt/>
- Lorang, C. (2010). Deshalb! Ein Plädoyer für Schwerhörige. Luxemburger Wort, 03.12.2010, 4.
- ViaSenso Media GmbH (2016). Schwerhörigkeit. Zugriff am 10.04.2018 unter <http://www.meinhoergeraet.de/de/p34/schwerhoerigkeit>
- Wallner, W. & Struma, A. (2011). Raumakustik. Zugriff am 18.04.2018 unter <http://www.oessh.or.at/hoerspuren/raumakustik>
- World Health Organization (2018a). Deafness and hearing loss. Zugriff am 15.04.2018 unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>
- Zahnert, T. (2011). The differential diagnosis of hearing loss. Deutsches Ärzteblatt International; 108(25): 433–44. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0433.

## Fazit

Die Auswirkungen und Folgen einer Schwerhörigkeit sind weitreichend und die an die speziellen Bedürfnisse angepassten Interventionen durch Ergotherapeuten für eine erfolgreiche Behandlung sind sehr wichtig. In der Ergotherapie nimmt das Thema Schwerhörigkeit leider keine tragende Rolle ein. Aussagen wie, „Achtet darauf, dass euer geriatrisches Klientel die Hörgeräte trägt.“ zeigen, wie gering das Grundverständnis von Hörminderungen ist. Deshalb ist es wichtig, dass Ergotherapeuten für dieses Krankheitsbild, unter Berücksichtigung der Klientenzentrierung, Teilhabe und Betätigung sensibilisiert werden. Wissenschaftliche Forschung ist vor allem in Bezug auf die Betätigung, die Teilhabe, die Auswirkungen von angepassten Interventionen sowie die Möglichkeiten für die Ergotherapie notwendig. Wir empfehlen die Entwicklung eines strukturierten Konzeptes für die Behandlung von Klienten mit Schwerhörigkeit, unter Berücksichtigung der Achtsamkeit, Krankheitsakzeptanz, ADL-Bereichen und der speziellen ergänzenden Hilfsmittelberatung, Arbeitsplatz- und Wohnraumgestaltung sowie der Voraussetzungen zur Betätigung und Teilhabe. Wir erachten außerdem die Aufnahme der Schwerhörigkeit als Krankheitsbild der ergotherapeutischen Berufspraxis in den Heilmittelkatalog und in die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung als notwendig. <<

## Intervention Options for Occupational Therapists treating People with Hearing Loss

Hearing disorders are among the six most common diseases found in industrialized countries that most affect the quality of life. According to the German catalog of non-physician practitioner services (Heilmittelkatalog), hearing loss and its implications are not indications for occupational therapy; however, many occupational therapy patients have hearing disorders which influence their treatment. This paper identifies specific interventions pertaining to the setting, communication, and behavior of occupational therapists when treating people with hearing loss.

### Keywords

Occupational therapy, hearing loss, participation, interventions

## Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

### Tina Fecher, B.Sc.

ist Absolventin des Studiengangs Ergotherapie an der Hochschule Fresenius in Idstein.

fecher.tina@stud.hs-fresenius.de



### Dipl.-Päd. Evelyn Scotti

ist seit 2000 als Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Fresenius im Studiengang Ergotherapie tätig. Sie hat Weiterbildungen als Systemische Paar- und Familientherapeutin, als Entspannungspädagogin, als Achtsamkeits-, Stressmanagement- und Mentaltrainerin absolviert. Kontakt: scotti@hs-fresenius.de





**Dr. med. Pia Runge  
Nicole Kruskop, B.A.**

Präventionsmaßnahme gegen Rückenschmerzen

# Empirische Untersuchung der Rückenkraft, Mobilität und des subjektiven Wohlbefindens

Die Prävalenz von haltungsbedingten Rückenschmerzen bei Büroarbeitern nimmt stetig zu. Chronische Rückenschmerzen zählen bereits in den westlichen Industrieländern als „die Volkskrankheit Nr. 1“ (Zober et al. 2002). Nicht nur die individuelle Beeinträchtigung durch die Schmerzen ist hierbei problematisch. Einschränkungen bei der Teilnahme am Berufsleben und die steigenden Ausgaben für medizinische Leistungen sind ebenfalls wichtige Aspekte, die dabei berücksichtigt werden müssen. Laut DAK-Gesundheitsreport 2014 stehen die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 21,5% an der Spitze der Krankheitsarten mit dem größten Anteil an den Krankheitstagen (DAK-Gesundheitsreport 2014). Unter den Muskel-Skeletterkrankungen dominieren Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens mit rund 50% (Weiß 2014). „Rückenschmerzen gehören zu den allerhäufigsten Gesundheitsstörungen, zu den häufigsten Motiven für Arztbesuche, zu den größten Kosteninduktoren und zu den folgenschwersten Verursachern für Arbeitsabsenzen und Invalidenrenten.“ (Gerber & Cachelin 1998). Büroarbeiter leiden häufig an haltungsbedingten Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und Halswirbelsäule. Durch zusammengesunkene Sitzhaltung wird die Wirbelsäule unphysiologisch belastet, während eine neutralere Haltung an Bildschirm- und Büroarbeitsplätzen die Rückenschmerzen reduziert. So konnte beispielsweise ein sechswöchiges Haltungstraining bei Büroarbeitern eine Wirbelsäulenaufrichtung von 40% auf 70% bewirken und somit eine deutliche Schmerzreduktion erzielen (Kist 2012). Aus diesem Grund wurden Haltungstrainer entwickelt, um die Chronifizierung von Rückenschmerzen zu vermeiden und an dieser Stelle präventiv einzugreifen. Die Intention der Geräte ist es, durch eine ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen in Verbindung mit rückengerechtem Haltungstraining die Rückengesundheit zu fördern (Waiber 2008, Waibel et al. 2013, Kist et al. 2013). Das Ziel dieser Arbeit liegt in der Überprüfung dieser Intention im Hinblick auf die Rückenkraft, Mobilität und des subjektiven Wohlbefindens als Präventionsmaßnahme gegen Rückenschmerzen.

## Zusammenfassung

Ziel der hier vorliegenden empirischen Studie ist die Untersuchung der Wirkung von Haltungstrainern auf die Kraft, die Mobilität und das subjektive Wohlbefinden als Präventionsmaßnahme gegen Rückenschmerzen. Hierzu sollten zehn Probanden mit einer mindestens 80% sitzenden Tätigkeit einen Haltungstrainer für sechs Wochen tragen. Die Überprüfung der dynamischen und statischen Kraftausdauer sowie der Mobilität der Wirbelsäule brachte positive Ergebnisse. Die Überprüfung des subjektiven Wohlbefindens mittels eines Fragebogens zeigte nur leicht positive Tendenzen. Zwar förderte der Haltungstrainer die Rückengesundheit, allerdings kann er nicht als alleinige Präventionsmaßnahme gegen Rückenschmerzen dienen. Vielmehr sollte das Haltungstraining mit gezielten Kraftübungen und Bewegungseinheiten am Büroarbeitsplatz kombiniert werden.

## Schlüsselwörter

Rückenschmerzen, Haltungstrainer, Biofeedback, Präventionsmaßnahme

>> Der in dieser Studie verwendete BackWell-Haltungstrainer der Firma ASENT0 gibt ein Feedback zur Korrektur der Haltung. Mittels eines Gurtsystems wird der Haltungstrainer wie ein Rucksack entweder unter oder über die Oberkleidung geschnallt (Abb.1). Wird die Wirbelsäule kyphosiert, kommt Spannung auf die Zugleine und der Haltungstrainer gibt ein Feedback in Form eines vibrierenden Signals. Auf diese Weise soll eine gesunde Körperhaltung durch Training und Einsatz der eigenen Muskulatur erlernt werden (Elschner et al. 1990). Um die Wirksamkeit des Haltungstrainers in Bezug auf die Förderung der Rückengesundheit zu überprüfen, wurden folgende Parameter ausgewählt, die sowohl vor Beginn und nach Beendigung der Tragezeit erfasst wurden: Messung der Kraft der Rückenstrecker-muskulatur, Messung der Mobilität der Wirbelsäule und Messung des subjektiven Wohlbefindens.

## Rückenkraft

Die Effektivität von Krafttraining zur Stabilisierung der Rumpfmuskulatur ist mehrfach wissenschaftlich belegt und ist eine wirksame Maßnahme zur Vorbeugung und Reduzierung von Rückenbeschwerden (Pfeifer 1997). Durch länger andauernde muskuläre Inaktivität bei statischen Sitzberufen schwächt die phasische Rumpfmuskulatur rasch ab. Die passiven Wirbelsäulenstrukturen können nur über eine kräftige und sensomotorisch geschulte Rumpfmuskulatur entlastet und somit vor Belastungsspitzen geschützt werden. Um zu messen, ob durch Haltungstraining die Rückenkraft verbessert werden kann, wurden drei verschiedene standardisierte Testverfahren zur Messung der Rückenkraft ausgewählt: die Maximalkraft, die Kraftausdauer und die isometrische Ausdauerkraft der Rückenstrecker-muskulatur vor Beginn der Haltungstrainerphase und nach Abschluss der sechswöchigen Testreihe.

Die Messung der (konzentrischen) Maximalkraft erfolgte mit der „Ein-Wiederholungs-Maximum-Methode“ am Rückenstrecker. Veränderungen konnten in prozentualen Änderungen der Maximalkraft ausgedrückt werden (Bildungswerk Physio-Akademie 2006).

Die dynamische „Kraftausdauer“ wurde am 45° Hyperextension ermittelt. Hierbei führte der Proband so viele Wiederholungen wie möglich im Viersekundentakt durch (je zwei Sekunden für Konzen-

trik und Exzentrik). Zur genauen und vergleichbaren Durchführung sollte der Proband bei jeder Wiederholung mit seinem Rumpf eine festgelegte Markierung erreichen. Gezählt wurde die Anzahl der Wiederholungen, bis der Patient die Übung abbrach (Bildungswerk Physio-Akademie 2006).

Zuletzt wurde die isometrische Kraftausdauer des Rückenstreckers auf dem Winkeltisch ermittelt. Der Proband lag in Bauchlage auf dem Winkeltisch, der ab den SIASs negativ eingestellt wurde. Der Rumpf wurde gegen die Schwerkraft in der Waagerechten in der Luft gehalten. Zudem sollte die Testperson ihre Arme in Verlängerung der Wirbelsäule so lange wie möglich ausgestreckt halten. Dabei wurde die korrekte Rumpf- und Armposition anhand einer Markierung überprüft. Gemessen wurde die Zeit in Sekunden (Bildungswerk Physio-Akademie 2006)

## Mobilität

Getestet wurde die globale Beweglichkeit der Wirbelsäule einschließlich der Lenden-Becken-Hüft-Region (LBH) in Flexion mit dem standardisierten Fingerspitzen-Boden-Abstand (FBA)-Test, während die zu testende Person auf einem Hocker stand. Veränderungen wurden in absoluten Messwerten zu den verschiedenen Testpunkten vor und nach der Testreihe ausgedrückt (Bildungswerk Physio-Akademie 2006).

## Subjektives Wohlbefinden

Zur Untersuchung des subjektiven Wohlbefindens wurde die deutsche Übersetzung des California-Functional-Evaluation-Fragebogens (CAFE 40) verwendet. Die englische Originalversion des CAFE-Fragebogens wurde bereits in einer methodologischen Studie als reliabel, konsistent und sensitiv bewertet (Fung et al. 1997). Der CAFE 40-Fragebogen besteht aus drei Teilen. Der erste Teil beinhaltet Fragen zur allgemeinen Gesundheit, der zweite Teil umfasst Fragen zum Aktivitätsniveau und der letzte Teil Fragen bezüglich Rückenschmerzen. Aus den Fragen über die allgemeine Gesundheit und das Aktivitätsniveau wurde jeweils die Summe aus den Antworten gebildet. Das Ergebnis wurde ins prozentuale Verhältnis zum maximal möglichen Gesamtscore gesetzt. Im dritten Teil sollten die Probanden die Intensität der Rückenschmerzen zum Untersuchungszeitpunkt im Ruhezustand, beim Arbeiten, beim Gehen und bei Freizeitaktivitäten auf einer visuellen Analogskala von 0-10 einstufen (Junge & Manion 2004).

## Probanden

Für die Studie wurden Daten von zehn Probanden aus verschiedenen Unternehmen ausgewertet. Hiervon waren 50% Männer und 50% Frauen. Die Altersspanne reichte von 21 bis 55 Jahren. Das Durchschnittsalter betrug 35,6 Jahre. Einschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie war eine sitzende Bürotätigkeit bei mindestens 80% der Arbeitszeit. Ausschlusskriterien waren akute Zustände nach Wirbelsäulenoperation sowie Wirbelsäulenversteifungen, Morbus Bechterew, Morbus Scheuermann, schwere Skoliosen, Probanden mit

### Der BackWell-Haltungstrainer



Abb. 1: Der BackWell-Haltungstrainer im Einsatz.

Fassthorax, Schwangere und Patienten mit Herzschrittmachern.

## Versuchsaufbau

Zu Beginn der Studie wurden alle zehn Teilnehmer der Versuchsreihe zu einer Eingangsuntersuchung eingeladen. Hier sollte jeder Proband einen Anamnesebogen und einen Fragebogen zum subjektiven Wohlbefinden ausfüllen. Anschließend wurden die Rückenkraft und die Mobilität der Wirbelsäule gemessen. Nach der Eingangsuntersuchung bekam jeder Proband einen Haltungstrainer ausgehändigt. Dieser wurde der Testperson in seiner Handhabung und Anwendung erklärt und speziell auf sie eingestellt. Die Probanden wurden aufgefordert, den Haltungstrainer für sechs Wochen dreimal wöchentlich je zwei Stunden am Arbeitsplatz zu tragen. Dabei sollte ein Trainingstagebuch geführt werden. Am Ende der Testreihe sollten die Probanden einen kurzen Feedbackfragebogen zu dem Haltungstraining ausfüllen. Abschließend zur sechswöchigen Haltungstrainerphase erfolgte eine Abschlussuntersuchung. Hier wurden wie bei der Eingangsuntersuchung dieselben Parameter erfasst. Im Anschluss erfolgte die Auswertung der Fragebögen und Untersuchungsparameter (Abb. 2).

## Ergebnisse

Der Haltungstrainer sollte während den sechs Wochen insgesamt 36 Stunden (entspricht 100%) getragen werden. Die Zahl der Vibrationen pro Stunde verringerte sich jede Woche und somit war ein positives Trainingsergebnis zu verzeichnen (Abb. 3).

### Rückenkraft

Die Maximalkraft beim Erstversuch betrug im Durchschnitt 87,6 kg. Bei der Abschlussuntersuchung erreichten die Probanden eine durchschnittliche Maximalkraft von 88,7 kg. Demnach fand eine Kraftsteigerung von durchschnittlich 1,1 kg statt (Abb. 4).

Bei der Eingangsuntersuchung schafften die Probanden im Durchschnitt 18,8 Wiederholungen. Nach der sechswöchigen Trainingsreihe konnten durchschnittlich 24,1 Wiederholungen ausgeführt wer-

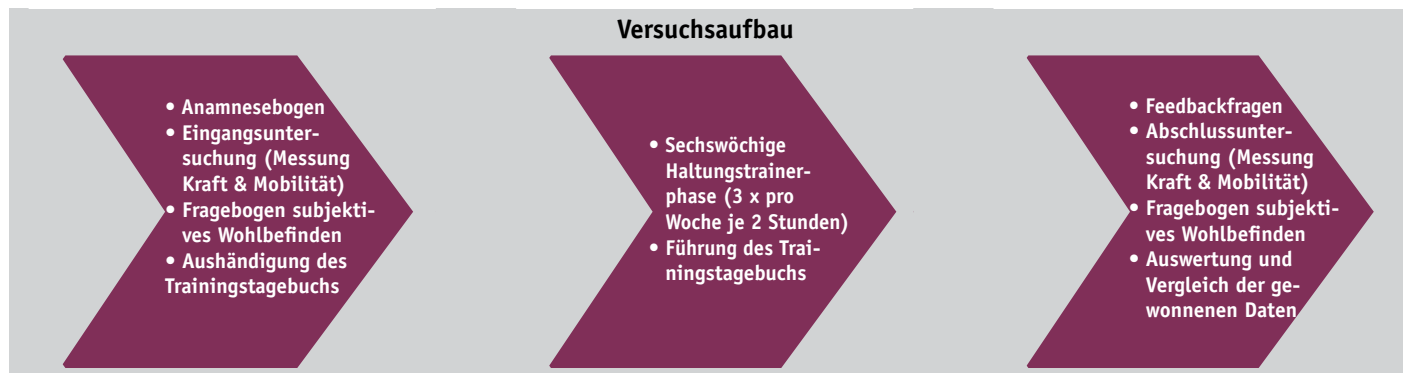


Abb. 2: Der Versuchsaufbau

den. Demnach verbesserte sich die dynamische „Kraftausdauer“ der Testpersonen um durchschnittlich 24,9 % (Abb. 4).

Die Halteposition des Oberkörpers beim Erstversuch konnte durchschnittlich 37,5 Sek. auf dem Winkeltisch gehalten werden. Beim Zweitversuch erzielten die Probanden im Durchschnitt 44,7 Sek. Es fand also eine Verbesserung der isometrischen Kraftausdauer von durchschnittlich 20,4 % statt (Abb. 4).

### Mobilität

Im ersten Versuch betrug der durchschnittliche Abstand + 0,1 cm. Bei dem zweiten Versuch zur Abschlussuntersuchung lag der Durchschnittsabstand bei + 2,4 cm. Das heißt, im Durchschnitt haben sich die Probanden um 2,3 cm verbessert (Abb. 4).

### Subjektives Wohlbefinden

100 Prozent schätzen die Probanden ihre allgemeine Gesundheit zu Beginn der Studie mit durchschnittlichen 79,1% ein. Nach der sechswöchigen Haltungstrainerphase bewerteten die Probanden ihre allgemeine Gesundheit mit durchschnittlich 79,3%. Die Gesundheit verbesserte sich innerhalb der sechs Wochen also um durchschnittlich 0,2% (Abb. 4). Ihr Aktivitätsniveau bewerteten die Probanden mit durchschnittlich 81,5% und zur Abschlussuntersuchung mit durchschnittlich 84,4% ein. Es fand demnach eine durchschnittliche Verbesserung von 2,9% statt (Abb. 4).

Ob sich die Rückenschmerzen durch aufrechte Haltung verbessern lassen, schätzte der Durchschnitt mit 3 von möglichen 7 Punkten ein. Nach der Haltungstrainerphase bewertete der Durchschnitt diese Frage mit 2 Punkten. Die Intensität der Rückenschmerzen von 0 („kein Rückenschmerz“) bis 10 („den schlimmsten Rückenschmerz, den ich kenne“) bewerteten die Probanden zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung mit durchschnittlich 0,93% und abschließend mit durchschnittlich 0,88%.

### Feedbackfragebogen

20% der Probanden spürten eine Besserung. Eine subjektive Haltungsbesserung erlebte genau die Hälfte der Probanden. Durch das Haltungstraining hatten 60% der Probanden zu Beginn Muskelkater. Das Biofeedback in Form eines Vibrationssignals fanden 90% der Testpersonen nützlich. 40% empfanden den Nutzen des Haltungstrainers groß in Relation zu einem kleinen Aufwand.

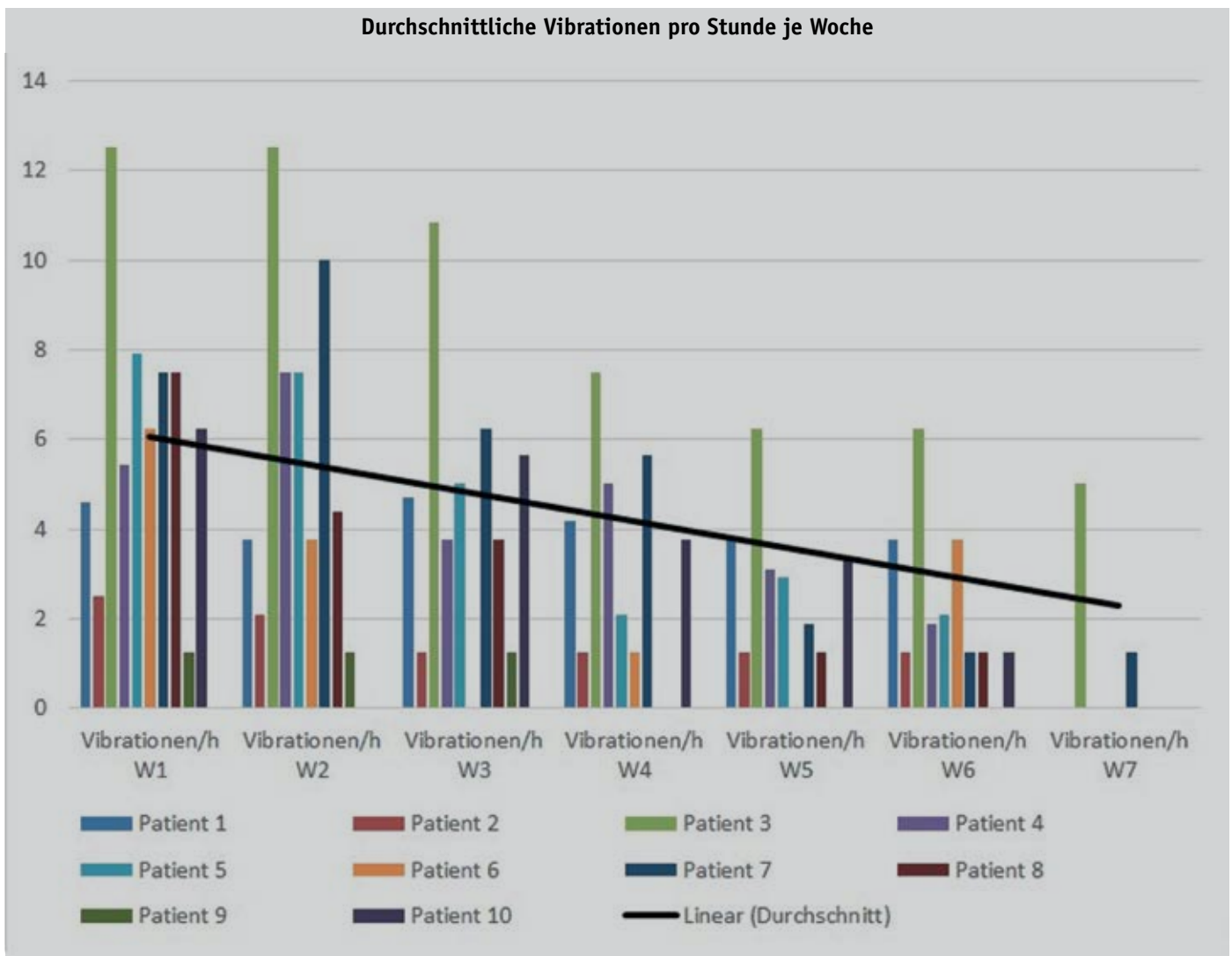
## Diskussion

### Trainingstagebuch

Bei der Auswertung des Trainingstagebuches wurden erhebliche Differenzen beobachtet. Einige Probanden haben die vorgegebene Tragezeit von sechs Wochen überschritten, andere zum Teil massiv

## Literatur

- Bildungswerk Physio-Akademie des ZVK gGmbH. (2006). Handbuch – Standardisierte Ergebnismessung in der Physiotherapie. Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten (ZVK)
- DAK-Gesundheitsreport 2014. Berlin. <https://www.dak.de/dak/download/vollstaendiger-bundesweiter-gesundheitsreport-2014-1374196.pdf>
- Elschner H., Kleditzsch J., Schulze K.-J., et al. 1990. Der Haltungstrainer – Funktion und erste Tests. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kur-ortmedizin 42, S. 105-108.
- Fung S., Byl N., Melnick M., et al. (1997). Functional outcomes: The development of a new instrument to monitor the effectiveness of a physical therapy. European journal of physical medicine & rehabilitation A. 7(2):31-41
- Gerber NJ, Cachelin AB (1998). Rückenschmerz – Wann banal? Wann gefährlich? Wie abklären? Wie behandeln? Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.
- Junge A, Mannion A. (2004). Fragebögen für Patienten mit Rückenschmerzen – Diagnostik und Behandlungsergebnis. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Kist S. (2012). Der Effekt von sofortigem und verzögertem automatischen Haltungsfeedback auf Wohlbefinden und Haltung, Phil. Diss. Tübingen. <http://hdl.handle.net/10900/37678>
- Kist S, Fischer P, Axmann D. (2013). Pilotstudie zum Effekt von Haltungsfeedback auf die Schmerzen und die Aufrichtung von Personen an Büroarbeitsplätzen. ErgoMed / Prakt. Arb. med. 37:1
- Pfeifer K. (2007). Rückengesundheit – neue aktive Wege. Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- Waibel C. (2008). Feedback zur Veränderung von individuellen habituellen Haltungspositionen – Können durch Feedbackmechanismen Veränderungen der Haltung und eine daraus resultierende Verbesserung von Rückenproblemen erzielt werden?, Phil. Diss. Mutlangen. <https://d-nb.info/992033977/34>
- Waibel C, Fischer P, Rapp W. et al. (2013). Haltungsfeedback am PC-Arbeitsplatz – Auswirkungen auf Kraft Mobilität, Wohlbefinden und Aktivitätsniveau. ErgoMed / Prakt. Arb. med. 37:1
- Weiß K. 2014. Evaluation eines gerätegestützten Arbeitsplatz-aufsuchenden Rückentrainings als Maßnahme im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements, Phil. Diss. Heidelberg. <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/17336/>
- Zober A., Pluto R., Nolting H. (2002). Rückenprobleme am Arbeitsplatz. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.



**Abb. 3:** Durchschnittliche Vibrationen pro Stunde je Woche

unterschritten. Bei den Vibrationen pro Stunde gab es ebenfalls große Unterschiede. Dies lag zum Teil daran, dass die Gurte bei einigen Teilnehmern lockerer eingestellt waren, sodass es zu unterschiedlichen Auslösungszeitpunkten kam. Die Gurte mussten bei jedem Tragen nachjustiert werden, was zur Folge eine Ungenauigkeit der Ergebnisse hat. Nichtsdestotrotz lässt sich bei den Vibrationen pro Stunde ein deutlicher Trend zur Verbesserung in der Grafik erkennen. Dies spricht für einen Trainingseffekt, der bereits ab der ersten Woche einsetzt und bis zur sechsten Woche anhält. Die vorgegebene Tragezeit von zwei Stunden pro Trageeinheit wurde von den Probanden sehr gut eingehalten.

## Rückenkraft

Die Ergebnisse der Maximalkraft sind nicht eindeutig. Im Durchschnitt erhöhte sich die Maximalkraft um 1,4%, dabei zeigt sich aber eine große Volatilität. 30% der Probanden verschlechterten sich, bei 30% blieb das Ergebnis unverändert und bei 40% wurde eine Verbesserung gemessen. Deswegen kann keine pauschale Aussage darüber

getroffen werden, ob der Haltungstrainer die Maximalkraft erhöht.

Sowohl bei der Kraftausdauerübung als auch bei der Messung der statischen Ausdauerkraft haben sich neun von zehn Testpersonen verbessert. Ob dieses Ergebnis durch das Haltungstraining geschuldet ist oder ob sie von anderen Faktoren wie der Motivation oder zusätzlicher Trainingseinheiten abhängig ist, lässt sich nicht beweisen. Die Studie deutet daraufhin, dass sich zwei Parameter der Rückenkraft durch das Haltungsfeedback positiv entwickeln.

## Mobilität

Neun Personen konnten Verbesserungen erzielen. Ein Kritikpunkt am FBA-Test ist allerdings, dass durch sein grobes Verfahren keine spezifische Aussage gibt, aus welchen Strukturen die Beweglichkeit eigentlich kommt. Da in dieser Testreihe ausschließlich die globale Funktionsfähigkeit der Wirbelsäule bzw. des LBH-Bereichs in Flexion gemessen werden soll, ist dieser Test trotzdem ein praktikables Mittel, um Ausgangswerte und Verbesserungen zu ermitteln. Demnach kann durch die vermehrt lordosierte LWS-Einstellung beim Tragen



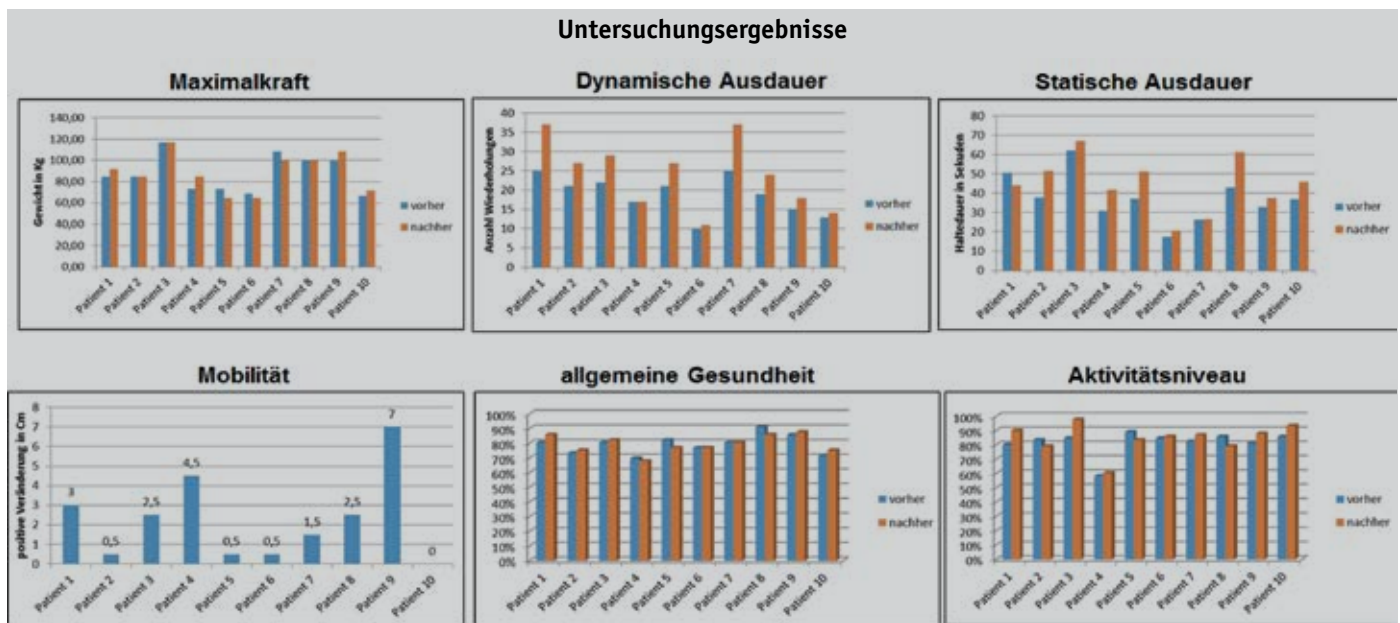


Abb. 4: Untersuchungsergebnisse

des Haltungstrainers eine leichte Verbesserung der Mobilität festgestellt werden.

#### Subjektives Wohlbefinden

Bei der allgemeinen Gesundheit konnte lediglich eine durchschnittliche Steigerung von 0,2% beobachtet werden. Das Aktivitätsniveau veränderte sich positiv mit durchschnittlich 2,9%. Da das subjektive Wohlbefinden auch stimmungsabhängig sein kann, zeigen die Resultate keine signifikanten Verbesserungen der allgemeinen Gesundheit oder des Aktivitätsniveaus. Dies könnte davon abhängen, dass das Tragen eines Haltungstrainers in der ersten Zeit als eher unangenehm empfunden wird und sich negativ auf das subjektive Körpergefühl auswirkt.

#### Haltungstrainer als Präventionsmaßnahme gegen Rückenschmerzen

Bei der Auswertung des subjektiven Wohlbefindens konnte ein leicht positiver Trend des Aktivitätsniveaus festgestellt werden (+2,9%). Die allgemeine Gesundheit zeigte kaum eine Veränderung (+0,2%). Wenn alle drei Parameter summiert werden, spricht mehr für eine Prävention von Rückenschmerzen als dagegen. Nichtsdestotrotz sind die Indizien dafür zu schwach, um den Haltungstrainer als alleinige Präventionsmaßnahme zu empfehlen. Vielmehr ist er ein effektives Mittel, um eine aufrechte Körperhaltung im Sitzen zu trainieren. Außerdem spricht gegen eine vollumfängliche Prävention, dass die Wirbelsäule sich dynamisch um ein Lot herum-bewegen und nicht in einer statisch aufrechten Position verharren sollte. Unabhängig davon vermuten die Autorinnen, dass die erlernte Aufrichtung des Körpers in regelmäßigen Zeitabständen aufgefrischt werden muss, um die positiv gemessenen Effekte beizubehalten. In zukünftigen Studien könnte die Fragestellung interessant sein, in welchen Abständen ein solches Training erfolgen sollte um eine

möglichst hohe Effizienz und einen möglichst langlebigen Effekt zu haben. Auch eine Möglichkeit zur Steigerung der Maximalkraft und das dynamische Sitzen in aufrechter Position um das Lot sollte in zukünftigen Studien mit in den Fokus genommen werden.

### Schlussfolgerung

Resümierend kann dem Training mit dem Haltungstrainer eine Förderung der Rückengesundheit zugesprochen werden. Allerdings kann er nicht als alleinige Präventionsmaßnahme gegen Rückenschmerzen dienen, da einige Parameter wie die Steigerung der Maximalkraft und das dynamische Sitzen in aufrechter Position um das Lot herum außer Acht gelassen werden. Zwar gibt der Haltungstrainer durch seinen Verzögerungsmodus Raum für Bewegung am Arbeitsplatz, dennoch fehlt die gezielte Instruktion für Bewegungseinheiten am Büroarbeitsplatz. Für eine umfassende Prävention gegen Rückenbeschwerden müsste demnach das Haltungstraining mit gezielten Bewegungs- und Kraftübungen kombiniert werden. <<

## Preventive Measure against Back Pain. Empirical investigation of Back Strength, Mobility and Subjective Well-Being

The objective of this empirical study is to examine the effect of postural trainer on strength, mobility and subjective well-being as a preventive measure against back pain. For this purpose, ten volunteers with at least 80% sitting activity should wear the postural trainer for six weeks. Checking the dynamic and static power endurance as well as the mobility of the spinal column shows positive results. The review of subjective well-being by a questionnaire showed only slightly positive tendencies. Although the postural trainer supports the back health, it cannot serve as a sole preventive measure against back pain. Rather, the postural trainer should be combined with specific exercises and movements at the office workplace.

### Keywords

backache, postural trainer, biofeedback, prevention

### Autorenerklärung

Pia Runge ist Mitarbeiterin der Hochschule Fresenius in Idstein, Nicole Kruskop arbeitet als Physiotherapeutin. Beide Autorinnen haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung. Das Projekt wurde von der Firma „Asento“ durch das zur Verfügungenstellen der Rückentrainergeräte unterstützt und ermöglicht.

#### Dr. med. Pia Runge

ist staatlich examinierte Physiotherapeutin und hat anschließend ihr Medizinstudium erfolgreich absolviert. Sie arbeitet seit 3 Jahren an der Hochschule Fresenius in Idstein als Studiendekanin des Physiotherapiestudiengangs.

Kontakt: pia.runge@hs-fresenius.de



#### Nicole Kruskop, B.A.

ist staatlich examinierte Physiotherapeutin und hat im Jahr 2016 das berufsbegleitende Studium zum Bachelor of Arts für Medizinalfachberufe erfolgreich absolviert. Sie arbeitet seit 3 Jahren in einer renommierten Physiotherapiepraxis und bildet sich derzeit in den Bereichen manuelle Therapie und Osteopathie fort.

Kontakt: n.stofft@web.de



## Vier Forderungen der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS für eine offensive Pflegepolitik

# Autonomie, Selbstorganisation und Lebensqualität

Immer häufiger wird über einen Pflegenotstand in Deutschland geklagt. Dabei stehen in der Regel die Probleme der Pflegenden im Vordergrund, nämlich die unzureichende Anerkennung der stark belastenden Tätigkeit, eine generelle Überlastung der Pflegekräfte und nicht zuletzt der sich abzeichnende Nachwuchsmangel. Gleichzeitig steigt durch den demographischen Wandel die Zahl an multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen.

>> Die Pflege und Betreuung alter und hochbetagter Menschen steht demnach im Spannungsfeld zwischen zwei Herausforderungen:

- der demographischen Entwicklung und der sich ändernden Familienstruktur und
- den begrenzten personellen und finanziellen Mitteln, die für die Pflege eingesetzt werden können.

Seit Einführung der Pflegeversicherung hat es regelmäßig Anstrengungen in der Sozialgesetzgebung gegeben, die Kosten von Pflege und Betreuung alter, betagter und kranker Menschen zu steuern. Drei Pflegestärkungsgesetze, das Pflegeberufgesetz und das Bundesteilhabegesetz haben bereits zu einigen Verbesserungen geführt. Dennoch bleibt als wichtigste Frage offen, wie die offenkundigen Probleme in der Pflege so gelöst werden können, dass sich alternde, betagte und gebrechliche Menschen auch in Pflegeeinrichtungen gut aufgehoben fühlen und gemäß ihrer individuellen Situation weiterhin am sozialen Leben teilhaben können.

Bisher wird das Älterwerden in der politischen Debatte meist unter dem Gesichtspunkt der pflegerisch-materiellen Versorgung verhandelt. Ein Altern bei möglichst guter Gesundheit kann nicht nur der Eigenverantwortung der Betroffenen überlassen werden, sondern bedarf der gesellschaftlichen Solidarität und Unterstützung. Zukünftige Strukturen und die personellen Kapazitäten der Pflege müssen sich vorrangig an den Bedürfnissen alter Menschen orientieren. Denn Autonomie, Selbstorganisation und Lebensqualität sind wichtige Bereiche ihres Lebens. Andererseits müssen auch für die Pflegenden Bedingungen geschaffen werden, die es ihnen erlauben, auf individuelle Bedürfnisse einzugehen.

Die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS stellt deshalb folgende Forderungen zur Diskussion:

### 1. Erarbeitung eines Nationalen Leitbilds der Pflege, das internationale Erfahrungen berücksichtigt:

- Es ist notwendig, einen nationalen Pflegeleitgedanken zu formulieren, der sich an den Bedürfnissen der zu Pflegenden ausrichtet und an dem sich

alle Beteiligten orientieren können und müssen. Die Definition von Pflege und Betreuung darf nicht nur der Sozialgesetzgebung überlassen werden.

### 2. Evidenzbasierte Pflege:

- Evidenzbasierte Arbeit muss auch in die Pflege Eingang finden, wobei der Nutzeffekt von Pflegemaßnahmen beim Patienten zu messen ist. Gleichzeitig sollte gewährleistet werden, dass gesetzgeberische Vorgaben dies berücksichtigen und nicht einem überreguliertem Absicherungs- und Abrechnungsverhalten Vorschub leisten.
- Die fachliche Beratung des Gesetzgebers muss deutlich stärker durch die Berufsgruppe der Pflegenden selbst erfolgen, um von kompetenter Seite Entscheidungshilfen an die Hand zu geben. Zusätzlich sind die Vertreter von Seniorenorganisationen noch stärker einzubeziehen.

### 3. Erweiterungen der Kompetenzen der Pflegenden:

- Die Kompetenzen der Pflegenden müssen eine eigenständige Beratungs-, Koordinations- und Richtlinienkompetenz beinhalten, um eine bestmögliche Betreuung der Menschen zu ermöglichen.
- Pflegenden brauchen mehr Befugnisse bei der Organisation der unmittelbaren persönlichen Pflege, die mit den übrigen Heilberufen abzustimmen ist und der Verbesserung des Pflegeprozesses dient.
- Die Übertragung von bestimmten ärztlichen Aufgaben an das Pflegepersonal sollten in diesem Zusammenhang diskutiert werden.

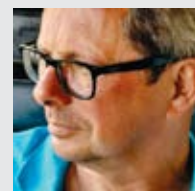
### 4. Stärkere Differenzierung und Vernetzung der Pflege:

- Die Pflege muss sich nach Langzeitpflege, Pflege chronisch Kranker und Akutpflege differenzieren und die dazu erforderlichen personellen Ressourcen anpassen.
- Möglichkeiten der digitalen Vernetzung sind zu

## Kommentar

Liebe Leser,

Autonomie und Lebensqualität sollen im Fokus der Politik für eine älter werdende Generation stehen. Fremdbestimmtheit ist kein Lebensziel. Die eigene Lebensgestaltung in die Hände anderer Menschen zu geben – und seien sie noch so zugewandt – widerspricht dem Willen der meisten Menschen zur Selbsttätigkeit.



Thomas Brauner,  
65 PLUS

Da, wo Autonomie durch physische oder psychische Handicaps eingeschränkt ist, soll Unterstützung „in Päckchen“ gewährt werden, um ein Höchstmaß an Selbstbestimmung zu erhalten.

An diesem Leitgedanken sollten sich gesundheits- und sozialpolitische Akteure, die rechtliche Rahmenbedingungen setzen und Strukturen gestalten, genau so orientieren wie auch die Akteure vor Ort.

Unterstützer/Pflegende werden dem gerecht werden, wenn ihnen ihr beruflicher Alltag ihrerseits Handeln in Eigenverantwortung und Eigenständigkeit ermöglicht. Diskussionen um die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation haben gezeigt, wie schwer sich viele Akteure mit der Gratwanderung zwischen Eigenverantwortlichkeit und Kontrollimpulsen tun – aber auch, wie motiviert und engagiert die Akteure vor Ort sind, wenn Vertrauen in die Qualität ihrer Arbeit gesetzt wird.

Die Ablösung der Pflegestufen durch früher ansetzende Pflegegrade bedarf der Entsprechung durch gestufte Unterstützungsstrukturen. Hier sind die Kommunen gefragt. Doch mit der Einführung der Pflegeversicherung haben sich viele von ihnen – auch unter dem Druck der Kämmerer – aus der aktiven Politik für eine älter werdende Gesellschaft zurückgezogen. Das rächt sich jetzt durch Mangel auf den bekannten Ebenen.

Mehr Fachkräfte und mehr Geld für die Pflege sind wichtige Maßnahmen; was bisher noch zu kurz kommt, sind Initiativen, Pflegebedarf so lange wie möglich zu vermeiden.

Ihr Thomas Brauner

nutzen, um die sektorübergreifende Betreuung, die im Alter besonders häufig notwendig wird, zu optimieren und gleichzeitig eine unangemessene Überversorgung zu verhindern.

- Der zu Pflegenden und seine Angehörigen müssen in Kenntnis der daraus resultierenden individuellen Nutzeffekte dennoch die Möglichkeit haben, über die Freigabe der personenbezogenen Daten zu entscheiden.

Ob die genannten Ziele mit einer Verkammerung der Pflege besser und schneller zu erreichen sind, sollte ebenfalls Gegenstand der öffentlichen Diskussion sein. Für die zu Pflegenden wird am Ende nur zählen, ob sie in einer Form betreut werden, die ihre eigenen Bedürfnisse erkennt und berücksichtigt. <<

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](http://www.monitor-pflege.de)

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

☐ Ich möchte „Monitor Pflege“ testen

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



Firma

Straße

Telefon

E-Mail (für Passwortübermittlung)

Datum, 1. Unterschrift:

Name

PLZ, Ort

Fax

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

Datum, 2. Unterschrift:

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