



Sabine Bätzing-
Lichtenthäler:

„Mit den zur Verfügung
stehenden Mitteln mög-
lichst viel bewegen“

Finanzentwicklung

Eine Novellierung des Pflegeversicherungssystems wird dringlicher. Die Bertelsmann-Stiftung hat eine Studie zur Feststellung des Status quo in Auftrag gegeben.

Deutscher Pflegetag

Die Konzertierte Aktion Pflege stand im Mittelpunkt des 6. Deutschen Pflegetages. Minister diskutierten über Ausbildung, Pflegekammern und Pflegeversicherung.

Rendite in der Pflege

Ist eine Erwirtschaftung von Gewinnen in der Pflege legitim? Professor Stefan Sell in der Diskussion über Gewinnmaximierung in der Daseinsvorsorge.



**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 mit Priorität

>> **Titelinterview mit Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz** > S. 6 ff.

„Die Bedeutung des Themas Pflege zeigt sich bereits darin, dass sich mit der „Pflege“ in meinem Haus drei Abteilungen beschäftigen.“ So Ministerin **Bätzing-Lichtenthäler** im Titelinterview. Eine Abteilung ist für die Pflege im Krankenhaus und die Landespflegekammer zuständig, eine für die Themen rund um die Pflegeausbildung und die Fachkräftesicherung, und die dritte für grundsätzliche Fragen zur Langzeitpflege einschließlich der Pflegeversicherung unter Angebotsstrukturen. Das ist typisch für die Pflege. Sie ist eine Schnittstelle zwischen den verschiedenen Fachgebieten, Ressorts und Sektoren des Gesundheitswesens. Zusätzlich gibt es im Ministerium in Rheinland-Pfalz noch eine interdisziplinäre Kompetenzstelle für Innovationen und Zukunftsfragen der pflegerischen Versorgung. Lesen Sie mehr über diesen integrativen Ansatz mit ressortübergreifender Zusammenarbeit, übrigens auch sehr stark in der Kooperation mit den jeweiligen Kommunen, in dem interessanten und faktenreichen Gespräch mit der Ministerin. Es lohnt sich.

Interview mit Barbara Klepsch, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz > S. 21

„Pflegekräfte verdienen eine größere gesellschaftliche Wertschätzung“, sagt Barbara Klepsch im Interview. Dazu gehört für sie auch eine angemessene Bezahlung. Nur so könne der Beruf attraktiver werden, um Menschen für die Pflege zu gewinnen.

Aktuelles vom Deutschen Pfl egetag 2019 > S. 10 ff.

Vom 14. bis 16. März 2019 fand der deutsche Pfl egetag in Berlin statt. Wir berichten ganz aktuell von den dort diskutierten Themen: z.B. von den Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze, den Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel, der Konzierten Aktion Pflege und der Rolle privater Pflegeheimbetreiber.

Aktuelle Studien

Die **Stiftung Münch** hat ihre Studie „**Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?**“ zur Situation in Großbritannien, den Niederlanden, Schweden und Kanada vorgelegt. Auf S. 14 f. erfahren Sie genaueres. > S. 14 f

Die **Bertelsmann-Stiftung** präsentiert mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut Prognos die Studie „**Perspektive Pflege – Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung**“. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass wir im Jahr 2045 5 Millionen Leistungsempfänger der Pflegeversicherung haben werden, 2017 waren es 3,3 Millionen. Damit müssen wir uns auseinandersetzen. > S. 17

Wissenschaftlicher Beitrag

Schaefer setzt sich mit den Erwartungen und der Realität der Versorgung von Pflegebedürftigen auseinander. Sie betont, dass es sich dabei um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Betroffenen und den Beteiligten, einschließlich der Pflegenden und der Ärzte, und ein abgestimmtes Herangehen erfordert. Pflege und Betreuung sollten immer individuell angepasst werden und den Rechten und Erwartungen der Einzelnen Rechnung tragen. Selbstverständlich gehören auch Kosten-Nutzen-Abwägungen dazu und in Zukunft mit Sicherheit geeignete digitale Lösungen. Ein guter Gesamtüberblick zu dieser großen Aufgabe. > S. 24 ff.

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

Mit herzlichen Grüßen
Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski
Herausgeber „Monitor Pflege“

INHALT

Pflege mit Priorität

Editorial MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Vom Rüttelschwur

Editorial Redakteurin Kerstin Müller

Herausforderung Flächenland

Interview mit Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Gesundheitsministerin in Rheinland-Pfalz

Von der Theorie in die Praxis – aber wie?

Pressekonferenz zur Eröffnung des Deutschen Pflergetages 2019

Langstreckenlauf

Impressionen vom Deutschen Pflergetag

„Einer für alle, alle für einen“

Die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) im Fokus des Deutschen Pflergetages

Wieso überhaupt Rendite?

Die Rolle privater Pflegeheimbetreiber wurde auf dem Deutschen Pflergetag diskutiert

„Nur Deutschland verweigert sich“

Studie der Stiftung Münch: „Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?“

Wer soll das bezahlen?

Studie: „Perspektive Pflege – Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung“

„Pflege im Jahr 2030 – Da wollen wir hin!“

Diskussionsrunde „Blaues Sofa“ der Hartwig-Hesse-Stiftung in Hamburg

Es gilt, dranzubleiben

Interview mit Barbara Klepsch, Staatsministerin für Soziales in Sachsen

Gesund im Gesundheitsfachberuf?

PsyMA-Studie: „Status Quo des Rauchverhaltens in der Pflege“

Sieben Forderungen an die Politik

Ute Gehrke, Regine Wörmann, Markus Rohner, Stephan Schikorra

News

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. sc. Marion Schaefer

Anforderungen an die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen

Impressum Monitor Pflege

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

5. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

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

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

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

Herausgeber

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

Chefredaktion

Peter Stegmaier
(verantwortlicher Redakteur)

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

Redaktion

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

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski

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



Herausgeber-Beirat

Akteure

Franz Wagner*

Präsident



Yves Rawiel

Geschäftsführung



Lutz Bandte

Geschäftsführung



Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szepan

AOK-Bundesverband



Universitäten/Hochschulen/Institute

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten/Herdecke



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

IGV Research



16, 20

24

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

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 Immatrikulationsbescheinigung 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 urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die

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



Kerstin Müller
Redakteurin von
„Monitor Pflege“.

Vom Rütlichwur

>> Stürmisch war's im März. Doch nicht nur Tief „Eberhard“ sorgte in Deutschland für Betrieb, auch in der Pflege tut sich so einiges. Ganz oben auf der Agenda steht derzeit die Novellierung des Pflegeversicherungssystems. Beim Wettlauf um die beste Lösung sind der Kreativität aber augenscheinlich wenig Grenzen gesetzt. Die FDP fordert mehr Eigenvorsorge, die Linke eine Novellierung des Systems hinsichtlich der Zusammenführung von privater und sozialer Pflegeversicherung und auch die SPD will das Doppelsystem abschaffen und schlägt Steuerzuschüsse vor. Eine Maßnahme, die Dr. Stefan Sell, Professor für Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik und Sozialwissenschaften an der Hochschule Koblenz, Campus Rheinbach, nicht sehr sinnvoll findet, da „Steuerfinanzierung politischer Willkür unterworfen“ sei und vor allem von der Wirtschaftslage abhängig. Das stellte Sell in einem Vortrag auf dem Deutschen Pflgetag in Berlin Mitte März fest, bei dem sich die drei verantwortlichen Minister der Konzierten Aktion Pflege (KAP) die Ehre gaben. > S. 13

Nun, letztlich waren es doch nur zwei, weil Arbeitsminister Hubertus Heil wohl ein Termin mit der Kanzlerin dazwischengekommen war. Oder etwas ähnlich wichtiges. Er hatte als Ersatz Staatssekretär Björn Böhning geschickt, der auf der Bühne mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und Familienministerin Franziska Giffey ohne viel Wind die KAP vorstellte. Frei nach der Losung Giffey's „Einer für alle, alle für einen“, demonstrierten die drei Geschlossenheit, die man ihnen auch tatsächlich abkaufte. Trotz stürmischer Koalitionszeiten. Die Ansätze der fünf Arbeitsgruppen klingen ganz vielversprechend, es bleibt jedoch abzuwarten, ob das Erarbeitete verpufft oder schnell und unbürokratisch in die Tat umgesetzt wird. Zu hoffen ist, dass die drei Ministerien ihre selbst gesetzten Ziele zügiger erreichen als die Selbstverwaltung, der anscheinend unendlich viel Zeit zur Verfügung steht. Genau davor hat Franz Wagner als Präsident des Deutschen Pflgerates Angst und brachte das auf der Pressekonferenz zum Deutschen Pflgetag auch deutlich zum Ausdruck, als er ganz klar „kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem“ ausmachte. > S. 10

Sein Vorgänger und heutiger Staatssekretär und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, wehte so einiges an Luft um die Nase, als er mit weiteren Akteuren über Personaluntergrenzen sprach. Hatte er vor zwei Jahren an Ort und Stelle als Präsident des Deutschen Pflgerates noch gefordert: > S. 12 „Die Pflege braucht Rückenwind“, so konnte man den Eindruck gewinnen, er brauche diesen nun selbst, da > S. 18 er nach dem Seitenwechsel viel Gegenwind aus den (ehemals) eigenen Reihen spürt. Ja, Ansprüche können und müssen gegenüber der Politik formuliert werden, aber der Pflege bleibt zu wünschen, dass sie sich immer mal wieder bewusst macht, wie viel Know-how sie da im Bundesgesundheitsministerium sitzen hat. Es sind eben stürmische Zeiten.“ <<

Ihre

Kerstin Müller
Redakteurin „Monitor Pflege“



MARIE SIMON

PFLEGEPREIS

MARIE SIMON PFLEGEPREIS 2019

Wir suchen die besten und innovativsten
Pflegeprojekte – bundesweit!

Prämierungswürdig sind für uns Projekte, die mit neuen Ideen und zielgerichtetem Vorgehen altersgerechte Strukturen schaffen und die Lebensqualität von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen nachhaltig verbessern. Machen Sie mit und überzeugen Sie uns mit Ihren Vorschlägen von besonders gelungenen Projekten zur Gestaltung der Pflege in städtischen und ländlichen Regionen. Dabei freuen wir uns auch sehr über die Einreichung von bereits erprobten Konzepten in der Pflege als Wettbewerbsbeitrag.

Bewerbungsschluss: **14. Juni 2019**



**CKD - DAS NETZWERK
VON EHRENTAMTLICHEN**

FACHVERBAND DES
DICV OSNABRÜCK

Feierliche Preisverleihung
am Donnerstag, dem 7.11.2019
im WECC Berlin.

Alle Informationen rund
um die Ausschreibung auf
www.marie-simon-pflegepreis.de



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

Herausforderung Flächenland

„Weniger, älter, bunter“, so beschreibt Sabine Bätzing-Lichtenthäler den demografischen Wandel in Rheinland-Pfalz, den es zu gestalten gelte. Die Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie führt die Arbeit ihrer Vorgängerin und heutigen Ministerpräsidentin Malu Dreyer fort und will die Entwicklung der Pflege in dem Flächenland mit ressortübergreifender Zusammenarbeit stärken. Bei prognostizierter abnehmender Bevölkerungszahl aber steigendem Anteil älterer und damit auch potenziell pflegebedürftiger Menschen spielen die Kommunen eine zunehmend wichtige Rolle bei der Etablierung effektiver Versorgungsstrukturen. Das erfolgreiche Modellprojekt der „Gemeindegeschwester plus“ hat als präventiver Hausbesuch sogar Eingang in den Koalitionsvertrag der Bundesregierung gefunden.

>> Frau Bätzing-Lichtenthäler, das Thema Pflege steht für Sie als Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz „ganz oben“ auf der Agenda. Sie bezeichnen es als DAS Thema der Zukunft. Worin manifestiert sich die Priorität auf der strukturellen Ebene der Ministeriumsorganisation und -arbeit?

Die Bedeutung des Themas Pflege zeigt sich bereits darin, dass sich mit der „Pflege“ in meinem Haus drei Abteilungen beschäftigen.

Die Abteilung Gesundheit ist insbesondere zuständig für die Pflege im Krankenhaus und für die Landespflegekammer. Die Abteilung Arbeit widmet sich den Themen rund um die Pflegeausbildung und der Fachkräftesicherung. Schließlich ist die Abteilung Soziales und Demografie für grundsätzliche Fragen zur Langzeitpflege einschließlich der Pflegeversicherung und der Angebotsstrukturen zuständig.

Sie führen als einziges Bundesland ein Demografieministerium ...

Als Demografieministerium haben wir auch die ganzheitliche und ressortübergreifende Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung im Blick. Zudem steuert die Stabsstelle „Gesundheit und Pflege 2020“ als interdisziplinäre Kompetenzstelle für Innovationen und Zukunftsfragen die Stärkung und Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie die Gesundheitswirtschaft und Telematik.

Gibt es besondere Herausforderungen, die das Bundesland aufgrund geografischer, struktureller oder demografischer Voraussetzungen bewältigen muss?

Die Situation in Rheinland-Pfalz ist ausgesprochen heterogen. Wir haben die speziellen Anforderungen im ländlichen Raum zu bewältigen, wir haben Ballungsgebiete, beispielsweise mit einem Anteil des

Rhein-Main-Gebiets, und wir haben Wanderungsbewegungen gepaart mit unterschiedlich verlaufenden Alterungsentwicklungen. Ein konkretes Beispiel für die unterschiedlichen Rahmenbedingungen: Eine kreisfreie Stadt in Rheinland-Pfalz weist bereits heute einen ähnlich hohen Altenquotienten auf, wie ihn eine andere kreisfreie Stadt nach der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes im Jahr 2070 erreichen könnte.



Welche Maßnahmen resultieren aus diesen Entwicklungen?

Diese erheblichen regionalen Unterschiede verdeutlichen, wie wichtig es ist, Pflegeplanung auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zu verorten. Dementsprechend haben wir den Landkreisen und kreisfreien Städten die Aufgabe der Pflegestrukturplanung landesgesetzlich übertragen und unterstützen die Kommunen mit einer Servicestelle bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung.

Auf der Berliner Pflegekonferenz 2018 hat sich Rheinland-Pfalz als nationales Partnerland präsentiert. Sie haben dort die Vorreiterrolle des Bundeslandes in Sachen Pflege hervorgehoben. Was macht Rheinland-Pfalz hier zum Leader?

Für uns hat es einen hohen Stellenwert, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln möglichst viel zu bewegen. Das äußert sich dann beispielsweise in den 135 Pflegestützpunkten, an denen das Land als Träger beteiligt ist. Gemeinsam mit unseren Partnern, den Kranken- und Pflegekassen sowie Kommunen und den Anstellungsträgern der Fachkräfte für Beratung und Koordinierung ist es uns gelungen, ein engmaschiges und wohnortnahes Beratungsangebot aufzubauen und zu sichern.

Ganz wichtig ist natürlich, dass pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen vor Ort auch die Unterstützung finden, die sie be-

nötigen. Mit jeweils über 500 ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen haben wir eine gut ausgebaute Angebotsstruktur, die von mittlerweile knapp 400 Unterstützungsangeboten im Alltag flankiert wird. Gleichzeitig spüren wir natürlich auch in Rheinland-Pfalz die Auswirkungen des bundesweiten Fachkräftengpasses in der Pflege.

Wie eruieren Sie, in welcher Höhe dieser Fachkräftemangel tatsächlich numerisch zu beziffern ist?

Aufgrund unserer Arbeitsmarktanalyse „Branchenmonitoring“ wissen wir genau, wo wie viele Fachkräfte in welchen Sektoren des Gesundheitswesens und der Pflege fehlen. Auf Basis dieser Daten erstellen wir Prognosen zum zukünftigen Fachkräftebedarf und entwerfen gemeinsam mit den relevanten Akteuren Fachkräftesicherungszenarien. Diese bilden auch die Grundlage für die Ausbildungsstättenplanung, bei der wir mit den Krankenhäusern Zielvorgaben zum Ausbau der Ausbildungskapazitäten vereinbaren. Darüber hinaus haben wir schon vor Jahren Landesprojekte zur Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen in der Pflege auf den Weg gebracht, um die Teilzeitquote zu senken und die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Können Sie uns einen Einblick in das Monitoring geben?

Im Jahr 2010 zeigte das „Branchenmonitoring“ ein Defizit und für das Jahr 2015 wurde im Prognosegutachten eine Fachkräftelücke von insgesamt 5.367 Pflegekräften prognostiziert. Als Reaktion darauf wurde im Jahr 2012 die „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative“ auf den Weg gebracht. Die Maßnahmen waren erfolgreich, denn das „Branchenmonitoring 2015“ macht sichtbar, dass die prognostizierte Fachkräftelücke von 5.367 Pflegekräften nicht eintrat. Stattdessen wurde die prognostizierte Fachkräftelücke um rund 65 Prozent auf 1.912 fehlende Pflegekräfte reduziert.

Jede Fachkräftelücke in der Pflege bedeutet jedoch eine Arbeitsverdichtung für das vorhandene Personal. Wir steigern daher unsere Fachkräftesicherungsaktivitäten, damit es in Rheinland-Pfalz auch weiterhin attraktiv ist, in der Pflege zu arbeiten.

Mit welcher Strategie konnten Sie die Pflege in dieser Form stärken?

Ich will hier einige Beispiele nennen. Erstens, die Fachkräftesicherung: Unsere Gesellschaft befindet sich in einem tiefgreifenden demografischen, technologischen und strukturellen Wandel, der gleichermaßen Herausforderungen und Chancen für die Menschen in Rheinland-Pfalz bereithält. Im Gesundheitswesen und in der Pflege geht es um die Sicherstellung und Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung in den städtischen wie in den ländlichen Regionen. Wir setzen uns bereits seit längerem gemeinsam mit den Partnerinnen und Partnern im rheinland-pfälzischen Gesundheitswesen und der Pflege in Fachkräfteini-

tiativen und vielfältigen Projekten mit diesen Entwicklungen erfolgreich auseinander.

Sie haben bereits 2015 eine „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege“ gestartet.

Es ist unser gemeinsames Ziel, eine menschenwürdige und qualitativ hochwertige pflegerische und medizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz vorzuhalten und weiterzuentwickeln. Um dies sicherzustellen, sind fachkompetente Pflegekräfte in ausreichender Zahl unverzichtbar. Wir werden deshalb gemeinsam mit unseren Partnerinnen und Partnern die Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative fortführen und als „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0, 2018 - 2022“ weiterentwickeln. Dafür wurden gemeinsam und verbindlich die Ziele und Maßnahmen in folgenden Handlungsfeldern festgelegt:

- Zukunftsorientierte Formen von Ausbildung, Studium und Weiterbildung in der Pflege,
- Weiterentwicklung und Rahmenbedingungen der Pflegeberufe,
- Attraktive Beschäftigungsbedingungen in der Pflege,
- Integration ausländischer Pflegekräfte,
- Öffentlichkeitsarbeit.

Wohnformen spielen in Ihrem Konzept doch auch eine große Rolle.

Richtig. Einen Fokus legen wir auch auf das Feld neuer Wohnformen. In den letzten Jahren sind in Rheinland-Pfalz viele neue Wohn- und Versorgungsangebote entstanden, die ein langes Leben zuhause ermöglichen. Gemeinschaftliches Wohnen, zum Beispiel in einem Mehrgenerationenprojekt, bietet dafür die nötigen Grundlagen: Kontakte und vielfältige Möglichkeiten sich selbst einzubringen – das geht vom Mittagstisch über Einkaufsdienste oder Haushaltshilfen bis hin zum Repair-Cafe – das stärkt das Miteinander der Menschen, die darin leben.

Was bedeutet das für die professionelle Pflege?

Neue Wohnformen bieten auch für Pflege- und Sozialdienste ganz neue Ansätze, beispielsweise bei Wohn-Pflege-Gemeinschaften, in denen bis zu zwölf pflegebedürftige Menschen ihren Alltag gemeinsam organisieren. Ein anderes gutes Beispiel sind die neuen Quartiersprojekte mit barrierefreien Wohnungen und integrierter Nachbarschaftshilfe, wo der Pflegedienst eine 24-Stunden Bereitschaft anbieten kann. Da können dann Menschen wohnen bleiben, die sonst womöglich über einen Auszug nachdenken würden. Die neuen gemeinschaftlichen Wohnformen gelten deswegen zurecht als Modelle für eine älter werdende Gesellschaft: Hier wird Nachbarschaftshilfe gestärkt, Teilhabe ermöglicht und professionelle Dienstleister können gut eingebunden werden.

Wo setzen Sie da mit Ihrer Unterstützung ganz konkret an?

Um dem Interesse, das es an der zunehmenden Vielfalt an Wohnformen gibt, gerecht zu werden, haben wir eine ganze Reihe an Maßnahmen initiiert, nur beispielhaft nenne ich die vom Land finanzierte Beratungsstelle „Neues Wohnen“ bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung, die Anschubförderung für neue Wohnformen, die bis zu 10.000 Euro beträgt und die Unterstützung des Aufbaus von Wohn-Pflege-Gemeinschaften in kleinen Dörfern mit dem Projekt WohnPunkt.

Das Landesprojekt WohnPunkt RLP begleitet Dörfer beim Aufbau von Wohn-Pflege-Gemeinschaften. Die Kommunen erhalten eine professionelle Aufbaubegleitung bei ihrem Wohnprojekt; eine Koordinierungsstelle fördert unter anderem den Austausch der Modellkommunen untereinander. Durch diese dörflichen Wohn-Pflege-Gemeinschaften kann die pflegerische Versorgung vor Ort verbessert, lokale Arbeitsplätze geschaffen und ein Beitrag zur Dorferneuerung geleistet werden. Gerade in kleinen Gemeinden geht es oft auch darum, überhaupt ein Angebot für unterstützungsbedürftige ältere Menschen vor Ort zu schaffen. Gleichzeitig signalisiert ein solches Projekt aber auch: Wir sind eine Dorfgemeinschaft, wir stehen zusammen und wir bringen gemeinsam unser Dorf voran.

Woraus besteht die dritte Säule Ihrer Strategie?

Ein weiterer pflegepolitischer Schwerpunkt des Landes ist die Demenzstrategie, in deren Rahmen sich mittlerweile rund 40 regionale Demenznetzwerke gebildet haben, in denen verschiedene Träger und Initiativen sich gemeinsam in einer Region für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen einsetzen. Die Demenznetzwerke werden dabei unterstützt durch die landesweit aktive Servicestelle „Landes-Netz-Werk Demenz“ bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung. Diese Investition in Vernetzung macht sich bezahlt, denn ohne die großen regionalen Demenznetzwerke in den Städten und Landkreisen könnten wir in Rheinland-Pfalz für Menschen mit Demenz nicht viel erreichen.

Und wie sieht das in der Praxis aus?

Im Landesgremium Demenz bringen wir zudem über die bestmögliche Versorgung, Beratung und Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen einen breiten Beteiligungsprozess voran. Ziel ist, in den Bereichen Selbsthilfe, Beratung, Medizin und Pflege professionenübergreifend gemeinsame Handlungsstrategien zu erarbeiten und umzusetzen, zum Beispiel durch entsprechende Fortbildungsangebote für Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte oder durch eine engere Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Beratung.

Ein wirklich gutes Beispiel, was wir auf der Landesebene erreichen können, ist auch unsere bereits 2013 gestartete Kampagne „Demenzkompetenz im Krankenhaus“, mit der wir die schwierige Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus verbessern.

Neben der Fachkräftesicherung, neuen Wohnformen und der Demenzstrategie haben Sie einen weiteren Pfeil im Köcher.

Nicht zuletzt ist das Projekt „Gemeindegewestern plus“ zu nennen, mit dem wir im Rahmen von präventiven Hausbesuchen hochbetagte, noch nicht pflegebedürftige Menschen aktiv ansprechen und beraten. Das Land Rheinland-Pfalz fördert hier ein ganz konkretes Angebot für hochbetagte Menschen, die noch keine Pflege brauchen. Es sind in der Regel Menschen über 80, die in ihrer aktuellen Lebenssituation den ein oder anderen Unterstützungsbedarf haben, gerne auf entsprechende Beratung zurückgreifen oder einfach nur das Gespräch suchen, um ihre Sorgen und Nöte mitzuteilen.

<< Vor allem geht es uns bei den Besuchen der „Gemeindegewestern plus“ auch darum, Rückzugstendenzen und Einsamkeit vorzubeugen. >>

Was ist denn das ausgewiesene

Ziel der „Gemeindegewestern plus“?

Mit dem Projekt „Gemeindegewestern plus“ wollen wir im Vorfeld der Pflege durch gezielte Interventionen, wie beispielsweise mit gesundheitsfördernden Aktivitäten, Pflegebedürftigkeit vermeiden oder hinauszögern und rechtzeitig über das umfassende Beratungs- und Versorgungssystem in Rheinland-Pfalz bei Pflegebedarf informieren. Vor allem geht es uns bei den Besuchen der „Gemeindegewestern plus“ auch darum, Rückzugstendenzen und Einsamkeit vorzubeugen. Gleichzeitig verbinden wir damit die Schaffung ausreichender sozialräumlicher Angebote im direkten Wohnumfeld, in dem die „Gemeindegewestern plus“ Rückmeldungen an die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister geben, welche Angebote für ein gutes, selbstbestimmtes Leben im Alter vor Ort noch fehlen und in direkter Zusammenarbeit mit den für Pflegestrukturplanung zuständigen Stadt- und Landkreisen im Land einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung unserer Sozialräume leisten.

Das Modell macht ja auch Schule.

Wir erhalten inzwischen viele Anfragen aus rheinland-pfälzischen Kommunen, die in der Modellphase des Projekts nicht eingebunden werden konnten. Mein Ziel ist, dieses präventive und gesundheitsfördernde Angebot Zug um Zug in die Fläche zu bringen. Allerdings lässt sich die bisherige alleinige Finanzierung durch das Land nicht dauerhaft begründen. Wir setzen hier auf die Unterstützung der Krankenkassen und der Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz und machen uns auf Bundesebene für diesen präventiven Hausbesuch stark. Als Land haben wir erreicht, dass er im Koalitionsvertrag auf Bundesebene verankert wurde.

Auf bundespolitischer Ebene werden derzeit unterschiedliche Lösungsansätze zur Fachkräfterekrutierung und -sicherung erarbeitet und initiiert. Rheinland-Pfalz hat hier mit der „Fachkräfteinitiative“ ein eigenes Programm aufgelegt. Auch die Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) erarbeitet Konzepte, mit denen der Arbeitsalltag und die -bedingungen spürbar verbessert werden sollen. Das Ergebnis der Arbeitsgruppe 1 liegt mit der „Ausbildungsoffensive Pflege“ bereits vor. Kann man da nicht Know-how zusammenführen?

In der KAP wurden Arbeitsgruppen unter dem Vorsitz verschiedener Bundesministerien gegründet, die sich mit Ausbildung und Qualifizierung, Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung, innovativen Versorgungsansätzen und Digitalisierung, Pflegekräften aus dem Ausland sowie Entlohnungsbedingungen in der Pflege beschäftigen. Diese AGs sind mit den jeweiligen relevanten Akteuren besetzt, die zu jedem Handlungsfeld Vereinbarungstexte erarbeiten. Im Rahmen der bereits erwähnten rheinland-pfälzischen „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0, 2018-2022“ wurden Vereinbarungen zur Fachkräftesicherung getroffen, die größtenteils mit den Themen der Arbeitsgruppen der KAP identisch sind. Wir können daher in Rheinland-Pfalz sehr gute Synergieeffekte erzielen.

Sie sind selbst in einem Gremium der KAP vertreten. Wie gestaltet sich denn der Abstimmungsprozess unter den doch sehr verschiedenen Akteuren?

Die Länder erhalten die Vereinbarungstexte der KAP wie alle Partner zur Stellungnahme, so dass am Ende eine konsentrierte Fassung dem Dachgremium vorgelegt wird. In dem Dachgremium bin ich vertreten. Ziel ist, am Ende einen zwischen allen relevanten Akteuren abgestimmten Vereinbarungstext zu erstellen, der Maßnahmen enthält, um die Rahmenbedingungen zur Fachkräftesicherung in der Pflege spürbar zu verbessern.

Bund und Länder arbeiten dabei in der angesprochenen „Ausbildungsoffensive Pflege“ eng zusammen. Das heißt in der Umsetzung, dass wir im Handlungsfeld „Öffentlichkeitsarbeit“ der rheinland-pfälzischen Fachkräfteinitiative auch die Materialien des Bundes, wie beispielsweise Flyer für die neue generalistische Pflegeausbildung, nutzen und verbreiten.

Konsens im Rahmen der Diskussion um Pflegefachkräfte ist stets auch eine bessere Bezahlung. Doch wer soll diese finanzieren, um damit die Pflege – auf Bundesebene und in Rheinland-Pfalz – zukunftsfest zu machen?

Eine zukunftsfeste Pflege erfordert passgenaue professionelle Angebotsstrukturen, denn wir können pflegende Angehörige mit der Sorgearbeit nicht allein lassen. Mit Blick auf die weiter zunehmende Zahl pflegebedürftiger Menschen und die hohe Belastung vieler pflegender Angehöriger ist klar, dass diese professionellen Strukturen weiter wachsen müssen. Gleichzeitig sehen wir aber, dass die – richtigen und notwendigen – Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus dazu führen, dass sich Krankenhausträger auch bei ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen nach zusätzlichen Pflegekräften umsehen werden. Und mit Blick auf die Gehaltsunterschiede zwischen Akut- und Langzeitpflege können Krankenhausträger im Zweifel auch attraktive Angebote für einen Wechsel unterbreiten. Hinzu kommt die generalistische Pflegeausbildung, die den Wechsel zwischen Akut- und Langzeitpflege tendenziell weiter vereinfachen wird.

Das hört sich nach einer ungünstigen Entwicklung für die Altenpflege an.

Aufgrund dieser Entwicklungen müssen wir zu vergleichbaren Gehältern kommen. Und spätestens im kommenden Jahr müssen wir über die Erkenntnisse aus der Entwicklung und Erprobung des Personalbemessungsverfahrens diskutieren, das der Bundesgesetzgeber in Auftrag gegeben hat. Es wäre sicherlich überraschend, wenn ein solches Verfahren im Ergebnis nicht zu mehr Personal führen würde, wenn auch vielleicht mit einem anderen Qualifikationsmix als heute.

<< Bei Zuzahlungsbeträgen für vollstationäre Pflege, die teilweise jenseits der 2.000 Euro im Monat liegen, ist eindeutig eine Grenze überschritten. >>

Vergleichbare Gehälter und mehr Personal – das hört sich teuer an.

Letztlich gilt es, eine Antwort darauf zu geben, wer für steigende Pflegekosten aufkommt. Und das können aus meiner Sicht nicht länger die pflegebedürftigen Menschen sein. Bei Zuzahlungsbeträgen für vollstationäre Pflege, die teilweise jenseits der 2.000 Euro im Monat liegen, ist eindeutig eine Grenze überschritten. Die richtige Antwort auf die Finanzierungsfrage ist deshalb, die Eigenanteile zu fixieren und steigende Pflegekosten über die Pflegeversicherung aufzufangen. Die Höhe einer angemessenen Eigenbelastung ist sicherlich noch diskussionsbedürftig, in jedem Fall folgt aus der Klärung einer Finanzierungsfrage gleich die nächste. Denn zumindest perspektivisch wird die Pflegeversicherung bei einer solchen Umkehr des Leistungsprinzips stärker belastet und ist daher mit zusätzlichen finanziellen Mitteln auszustatten.

Welche Finanzierungsform können Sie sich denn vorstellen?

Allein an der Beitragssatzschraube können wir jedoch nicht beliebig weiterdrehen. Schließlich ist der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung bereits innerhalb von etwas mehr als sechs Jahren um über 50 Prozent gestiegen. Deshalb benötigen wir einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln, der einen Ausgleich für Pflegeversicherungsleistungen im gesamtgesellschaftlichen Interesse schafft, beispielsweise für die Beitragszahlungen an die gesetzliche Rentenversicherung für Pflegepersonen.

Frau Bätzing-Lichtenthäler, vielen Dank für das Gespräch. <<

Sabine Bätzing-Lichtenthäler

hat nach dem Abitur eine Ausbildung im gehobenen nichttechnischen Dienst bei der Verbandsgemeinde Altenkirchen absolviert, die sie 1997 als Diplom-Verwaltungswirtin (FH) beendete. Von 2002 bis November 2014 war sie Mitglied des Deutschen Bundestages, wobei sie im Zeitraum von 2005 bis 2009 als Drogenbeauftragte der Bundesregierung fungierte. Mitte November 2014 wurde sie rheinland-pfälzische Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie. Seit Juni 2015 ist sie stellvertretendes Mitglied im Deutschen Bundesrat für Rheinland-Pfalz. Zudem ist Bätzing-Lichtenthäler seit der Landtagswahl 2016 Landtagsabgeordnete im Wahlkreis Betzdorf/Kirchen.

Pressekonferenz zur Eröffnung des Deutschen Pfl egetages 2019

Von der Theorie in die Praxis – aber wie?

Mit dem Rückenwind der Pflegestärkungsgesetze ist es nun an Politik und Selbstverwaltung, die Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Pflege zu verbessern und damit auch dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Mit welcher Windstärke in Sachen Reformprozess hier allerdings zu rechnen ist, sollten verschiedene Diskussionen auf dem Deutschen Pfl egetag 2019 zeigen. Mit einer Pressekonferenz wurde die dreitägige Veranstaltung am 14. März eröffnet.

>> „Die jetzige Bundesregierung hat den Ernst der Lage erkannt.“ Dieses Zeugnis stellte Franz Wagner der politischen Führung in Berlin aus. Auf der Pressekonferenz zur Eröffnung des Deutschen Pfl egetages, die Nadine van Maanen als Bereichsleiterin Pflege & Gesundheit der Schlüterschen Mediengruppe eröffnete, erkannte Wagner an, dass die Regierung um Angela Merkel willens sei, „etwas zu unternehmen“. Er lobte die Konzentrierte Aktion Pflege, kurz: KAP, mit der ein wichtiger Schritt unternommen worden sei, um „konzentriert und koordiniert eine Trendwende einzuleiten“. Wer hier schon das „Aber“ wie ein Damoklesschwert über der Satzführung schweben hört, soll Recht behalten. Denn „wir haben weitgehend kein Erkenntnis-, sondern wir haben ein Umsetzungsproblem“, analysierte Wagner – auch im Hinblick auf die Diskussion sowie Zwischenergebnisse der KAP und verwies einerseits auf das gewinnbringende Aufeinandertreffen der unterschiedlichen Akteure, jedoch andererseits auf deren Ringen um Lösungen.

Der Pflegeratspräsident monierte, dass es an Orientierung und Zielvorgaben für die Weiterentwicklung des Berufsfeldes Pflege über die nächsten Jahre hinaus mangle. Mit dem vom DPR entwickelten „Masterplan Pflegeberufe“ denkt Wagner einen Schritt weiter und will diesen auf die Ergebnisse der KAP draufsatteln, um längerfristige Ziele zur Umsetzung zu bringen.

Eine klare „Zielmarke“ vermiste auch der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, und zwar in Sachen Pflegeberufegesetz. Der mit diesem Gesetz eröffnete Weg, die Pflegeausbildung an einer Hochschule zu absolvieren, wird für Litsch von der KAP nicht in angemessener Form unterstützt. Er sprach sich für die Festlegung einer Akademisierungsquote aus, denn gestufte und durchlässige Bil-



Nadine van Maanen, Bereichsleiterin Pflege & Gesundheit der Schlüterschen Mediengruppe, Franz Wagner, Präsident des Deutschen Pflegerates, Martin Litsch Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes (v.l.n.r.), Foto: Privat

dingsangebote machten die Pflege attraktiver.

Leergefegter Arbeitsmarkt

Laut Bundesarbeitsagentur, so Wagner, dauere es etwa 5 Monate, bis eine freie Stelle in der Pflege wieder besetzt werden könne. Und doch forderte der DPR-Präsident als ersten Schritt, um die Pflege aus der

Krise zu führen, eine Verbesserung der Personalausstattung und eine deutliche Belastungsreduktion für Pflegefachpersonen. Was wie ein Paradoxon klingt, wird laut Wagner durch die Ressourcen, die sich hinter einer hohen Teilzeitquote verbergen und sich zudem aus Berufsaussteigern speisen, aufgelöst.

Einen Indikator für die Belastung der Pflegeberufsangehörigen hatte Litsch mitgebracht. Der Kran-

versorgungssektoren ein Personalbemessungsverfahren sein, wie es derzeit für die Langzeitpflege in Entwicklung ist. Ohne ein solches greifen bereits vorgenommene gesetzliche Veränderungen, wie die zu den Personaluntergrenzen im Krankenhaus, zu kurz und liefern sogar Gefahr, sich negativ auszuwirken.

Neben der Politik mahnte Wagner Arbeitgeber für eine bessere Arbeitsorganisation, verlässlicher Dienstpläne oder flexible Arbeitszeitmodelle zu sorgen. Genauso verlangte er jedoch von den Pflegenden selbst mehr Engagement im Politischen wie in der Selbstverwaltung. Mittel der Wahl sind hier die Pflegekammern auf Landes- wie auch auf Bundesebene. „Und wir benötigen mehr Mitsprache in den entscheidenden Gremien der sozialrechtlichen Selbstverwaltung, z.B. im G-BA und im Qualitätsausschuss“, forderte Wagner, der nicht zuletzt auch eine bessere Bezahlung für die professionell Pflegenden forderte, welche auch Litsch als Schlüsselfaktor unterstrich. Für ihn stehen die Nachweispflichten der festgelegten Tariflöhne beziehungsweise der vereinbarten Vergütung ganz oben auf der Agenda. „Einen Vorstoß zur Rechtsverordnung haben wir bereits in die KAP eingebracht“, ließ Litsch die Zuhörer wissen. Beide Sprecher betonten abschließend die Notwendigkeit der Novellierung des Rollenverständnisses und forderten ein Plus an eigenverantwortlichem Handeln, das auch punktuell die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten miteinschließe. <<

kenstand 2018 in dieser Berufsgruppe habe 2018 bei 7% gelegen, der Bundesdurchschnitt nur bei 5,5%. Um eine echte Trendwende einzuleiten, bedürfe es aber wesentlich mehr Stellenschaffungen, als der im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vorgesehenen, so Wagner und stellte mit 100.000 eine beachtliche Zahl in den Raum. Grundlage müsse jedoch in allen

Impressionen des Deutschen Pfl egetages 2019

Langstreckenlauf

Durchhaltevermögen ist gefragt – aber auch Motivation und schon mal Reflexion, ob der eingeschlagene Weg der richtige ist. Ob Awareness-Lauf nach Hannover, die Suche nach Ministern, Diskussion um Pflegekammern oder Personaluntergrenzen: Das Programm des Deutschen Pfl egetages war hochkarätig besetzt und präsentierte sich dynamisch. Ein Besucherrekord von rund 10.000 Teilnehmern spricht für sich; und für die Initiatoren, den Deutschen Pfl egerat (DPR) e.V. und die Schlütersche Verlagsgesellschaft, bei Programmentwicklung und Organisation alles richtig gemacht zu haben.



Stefanie Hollaus, Psyma, stellte den „Care Klima-Index 2018“ vor. Fazit: „Die Stimmung wird frostiger.“



Dr. Eckhart von Hirschhausen hielt Ausschau nach den Ministern der Konzertierten Aktion Pflege.

Fotos: Deutscher Pfl egetag/Dirk Enters allefarben-foto



Dorothee Bär, Staatsministerin für Digitales, soll im nächsten Jahr die Schirmherrschaft für den Deutschen Pfl egetag übernehmen.



Lutz Bandte (links), Geschäftsführer Schlütersche Verlagsgesellschaft, übergibt PP-Fachkraft Jens Wackerhagen den Staffelstab als Startsignal für die Aktion #jensrennt. Um Awareness für das Berufsfeld der Pflege zu schaffen, lief der Ultraläufer in drei Tagen von Berlin nach Hannover. Verbunden war der Lauf mit einem Spendenaufruf für Wackerhagens Charity Projekt, bei dem er Geld für Kinder sammelt, deren Eltern nicht die Finanzmittel für notwendige Operationen aufbringen können. Wackerhagen hat die Mission erfüllt und ist am Samstag, dem 16.3. um 15:33 Uhr in Hannover eingetroffen..



Sandra Mehmeke (Präsidentin der Pflegekammer Niedersachsen), Patricia Drube (Präsidentin der Pflegekammer Schleswig-Holstein) und Dr. Markus Mai (Präsident der Pflegekammer Rheinland-Pfalz) (v.l.n.r.)

Die Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) im Fokus des Deutschen Pflergetages 2019

„Einer für alle, alle für einen“

Gleicher Ort, gleiche Stelle: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn erinnerte sich zu Beginn der Diskussionsrunde zur Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) an seinen ersten Auftritt nach der Ministerversammlung 2018. Was sich seitdem in der Pflege getan hat, kann durchaus als Indikator dafür gelten, dass die Bundesregierung es ernst meint. Mit der Pflege und vor allem den Fachkräften – von denen es zu wenige gibt, zu viele schlecht bezahlte und überlastete. Nach dem Pflegeberufegesetz und dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ist die Konzentrierte Aktion Pflege ein weiterer Meilenstein der Politik. Oder soll vielmehr ein solcher werden. Das Ergebnis ist offen.

>> Dass diese Aufgabe nur mit gemeinsamer Kraftanstrengung gelöst werden kann, machten neben Jens Spahn auch Familienministerin Franziska Giffey und Staatssekretär Björn Böhning deutlich, der in Vertretung für Arbeitsminister Hubertus Heil das Trio vervollständigte. „Einer für alle, alle für einen“, gab Giffey als Lösung aus, und man mochte den Drei die Harmonie tatsächlich abnehmen – trotz stürmischer Koalitionszeiten.

Was die Arbeitsgruppe 1 der KAP mit der „Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023)“ bereits vorgelegt hat, soll bei den vier weiteren Gruppen bis Juni folgen: Ein Ergebnis, das den Weg in die Zukunft ebnet. Giffey zeigte sich sehr zufrieden mit dem 111-Punkte-starken Maßnahmenkatalog, der beispielsweise die bundesweite Abschaffung von Schulgeld und Einführung der Ausbildungsvergütung oder die Erhöhung der Ausbildungsstellen beinhaltet.

Darüber hinaus war es der

Ministerin wichtig zu erwähnen, dass ein Beratungsteam aus dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben sich auf den Weg an die Schulen mache, um für den Ausbildungsberuf Pflege zu werben. Nicht zuletzt habe man auch erreicht, dass die Pflege-schulen am „Digitalpakt Schule“ partizipierten.

Björn Böhning stellte im Anschluss Zwischenergebnisse der Arbeitsgruppe fünf vor, die sich mit den Arbeitsbedingungen in der Pflege beschäftigt. Technischeinsatz in der Pflege, „massive Einschränkungen der sachgrundlosen Befristungen“ oder die Entlohnung stehen hier auf der Agenda. Gerade der letztgenannte Punkt nimmt in der aktuellen Diskussion einen großen Stellenwert ein. Böhning monierte, dass „weniger als die Hälfte der Beschäftigten einen tarifgebundenen Lohn erhalten und deswegen ist unser oberstes Ziel, endlich besseren Lohnbedingungen zu kommen.“ Und wie erreicht man die? Indem die Regierung Tarifverträge für allgemeinverbindlich erklären könne, sagte Böhning an die Adresse der Arbeitgeber jeglicher Couleur und die Gewerkschaften gewandt.



KAP-Team: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, Familienministerin Franziska Giffey und Beamteter Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Vertretung für Arbeitsminister Hubertus Heil (v.l.n.r.).

Fotos: Deutscher Pflergetag/Dirk Enters allefarben-foto



Staatssekretär und Pflegebeauftragter der Bundesregierung Andreas Westerfelhaus.

„Wir reden hier über eine konzentrierte Aktion Pflege und nicht über eine kleinkarierte Aktion Pflege“, stellte Böhning klar und bat Gewerkschaften und Arbeitgeber zur Lohnverhandlung an einen Tisch – wie das in jeder anderen Branche ebenso Usus sei. „Es kann nicht sein, dass das in der Pflege nicht möglich ist.“

In Sachen Pflegekammer wies Spahn darauf hin, dass diese Institution nur aus der Berufsgruppe selbst heraus getragen werden könne. Und beim Thema „Pflege-TÜV“ mahnte der Minister auch die Selbstverwaltung, hier ernsthaft und ergebnisorientiert zu verhandeln. Sollte der Qualitätsausschuss nicht zu einem Ergebnis kommen, „dann werden wir die Konfliktlösungsmechanismen ziehen, stär-

ker als Ministerium eingreifen und wenn das alles nicht hilft, notfalls auch den Gesetzgeber bitten“.

Dieser war bezüglich der Festlegung von Personaluntergrenzen in der Vergangenheit bereits aktiv, was Gegenstand einer weiteren Podiumsdiskussion war. Während für Andrea Lemke, als Mitglied des Deutschen Pflergerates und Pflegedirektorin im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau, die Personaluntergrenzen „überfällig, aber zu bürokratisch“ sind, kritisierte Dr. Jens Schick als Vorstand der SANA Kliniken AG, die fehlende Evidenz als Basis für dieses Instrument. Staatssekretär Andreas Westerfelhaus konstatierte: „Wir wollen, dass eine ausreichende Sicherstellung der Besetzung in allen Bereichen gewährleistet wird.“ <<

Die Rolle privater Pflegeheimbetreiber wurde auf dem Deutschen Pfl egetag diskutiert

Wieso überhaupt Rendite?

Sie heißen Alloheim, Pro Seniore oder Korian. Private Pflegeheimbetreiber rücken zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit. Dabei wird die Frage nach der Tragbarkeit von Gewinnerwirtschaftung in Rahmen der Daseinsfürsorge immer lauter. Und so hatte der Programmbeirat des Deutschen Pfl egetages mit der Veranstaltung „Rendite gegen Qualität: Wie viel Geld darf man mit der Pflege verdienen? Chancen und Risiken der freien Marktwirtschaft“ ein Thema auf die Agenda gesetzt, das Dr. Stefan Sell, Professor für Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik und Sozialwissenschaften an der Hochschule Koblenz, mit einem Vortrag einleitete und das im Anschluss mit weiteren Partnern diskutiert wurde.

>> Mit den Pflegestärkungsgesetzen aus der letzten Legislaturperiode ist die Zahl der Anspruchsberechtigten auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung deutlich gestiegen. War zwischen 2010 und 2016 jährlich ein Anstieg von rund 100.000 Leistungsempfängern zu verzeichnen, so fällt der Sprung von 2016 auf 2017 mit rund 550.000 Empfängern extrem hoch aus, wie Zahlen des Statistischen Bundesamtes belegen. So waren im Dezember 2017 in Deutschland 3,41 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Knapp ein Viertel (24% oder 0,82 Millionen Pflegebedürftige) wurde in Pflegeheimen vollstationär betreut.

Doch anders als möglicherweise durch die öffentliche Diskussion wahrgenommen, entfällt auf die großen Betreiber von Pflegeheimketten nur ein Marktanteil von 13%. Insgesamt macht die Zahl der privatgewerblichen Träger 42,6% aus, worunter sich jedoch mehrheitlich kleinere Anbieter fänden, die ein bis drei Heime bewirtschafteten und nicht an Gewinnmaximierung, aber an der Erwirtschaftung eines angemessenen Überschusses interessiert seien, wovon der Großteil auch wieder reinvestiert werde. Doch, so referierte Sell, sei die Gesamtbettenkapazität der 30 führenden Pflegeheimbetreiber – worunter übrigens auch einige freigemein-

nützige Betreiber fallen – innerhalb von drei Jahren (2014-2017) um knapp 20.000 Plätze auf insgesamt 172.000 Pflegeplätze in der vollstationären Versorgung gestiegen, was einem Wachstum von 13% entspreche. Die Wachstumsrate liege damit überproportional höher als die Wachstumsrate des Gesamtmarktes, die mit etwa 4% beziffert wird.

Neben der wachsenden Zahl der Leistungsempfänger werde der Expansionsstrategie zudem durch die Aufgabe von in den 60er-70er Jahren in Betrieb genommenen Einrichtungen der Boden bereitet. „Darf man in der Pflege Rendite erwirtschaften? – die an Investoren ausgeschüttet und nicht wieder der Pflege zugute kommt?“, stellte Sell die Frage in den Raum, die er gemeinsam mit Christiane Rock, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Axel Hölzer, Geschäftsführer der Dorea-Familie und Vizepräsident beim Arbeitgeberverband Pflege diskutierte.

Sell machte klar, dass sich 3%-4% Rendite im Altenheim nur erwirtschaften ließen, wenn man beim Personal spare: „Bei Kostenanteilen von 70 Prozent und mehr für den Personalbereich ist es zwangsläufig klar, wo die Kosten gedrückt werden – vor allem und so lange, wie die Politik nicht in der Lage ist, durch eindeutige und bei Missachtung streng zu sanktionierende Personalvorgaben eine „Produktivitätssteigerung“ durch

Personalverkürzung zu verhindern“, stellte der Professor fest.

Christiane Rock verwies auf die Notwendigkeit eines verbindlichen einheitlichen Personalschlüssels auf Basis eines Personalbemessungsinstrumentes, welcher für die Langzeitpflege derzeit erarbeitet und für 2020 erwartet wird. „Der Markt wird es selber nicht richten“, erklärte sie und forderte eine flächendeckende tarifliche Entlohnung der Pflegekräfte, der Sell beipflichtete.

Sell machte deutlich, dass die Altenpflege einen „Rieseninvestitionsbereich“ darstelle, aus dem sich der Staat weitestgehend zurückgezogen habe. Aber Investitionen müssten selbstverständlich getätigt werden. Investitionskosten (IK) sind nach dem derzeitigen System Bestandteil der Pflegesätze, werden jedoch auf die Heimbewohner umgelegt. Transparenz suche man hier vergebens, denn die Investitionskosten sind nicht Bestandteil der Pflegesatzverhandlungen und werden von den Betreibern der Einrichtungen veranschlagt; und seien in der Regel nicht einsehbar, so Sell, der angibt, dass sich die IK in den letzten Jahren zum „zweiten Heimentgelt“ entwickelt hätten. Er beziffert diese Kosten auf 447 Euro im Monat und beruft sich dabei auf aktuelle Zahlen vom Januar 2019.

Hölzer verwies darauf, dass beispielsweise im Krankenhaus rund 6% Rendite üblich seien.

Laut Gesetz (§84 SGB XI) müssen die Pflegesätze eine „angemessene Vergütung des Unternehmersrisikos“ zulassen. Doch was bedeutet das? Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte im August 2018 im Handelsblatt gesagt: „Ein kapitalmarktgetriebenes Fokussieren auf zweistellige Renditeerwartungen“ sei „eher nicht angemessen“.

Die Studie „Unternehmerisches Wagnis in der stationären Pflege“, die im Auftrag des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) von IEGUS-Institut und der Unternehmensberatung contec durchgeführt wurde, kommt zu dem Schluss, dass das „branchenunabhängige Wagnis“ mit 4% zu beziffern ist. Zudem veranschlagt die Studie einen „branchenspezifischen Risikozuschlag“, der auf einen regional unterschiedlichen Bereich zwischen zwischen 4,84%-5,62% taxiert wird.

„Sie brauchen Überschüsse; auch um innovative Personalpolitik betreiben zu können“, stellte Sell abschließend fest. Wohl unter der Voraussetzung, dass ein Großteil dessen reinvestiert werde. Nicht zuletzt ist für Sell auch ein Systemumabau der Pflegeversicherung von Nöten. Die Verwendung von Steuermitteln sieht er dabei allerdings kritisch: „Steuerfinanzierung ist politischer Willkür unterworfen und geht mal hoch, mal runter – je nach Wirtschaftslage.“ <<

Studie der Stiftung Münch: „Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?“

„Nur Deutschland verweigert sich“

Wie geht Pflege in Großbritannien, den Niederlanden, Schweden oder Kanada? Ob und welche Aspekte als Blaupause für eine strukturelle und organisatorische Novellierung der Pflege in Deutschland dienen könnten, hat Professor Michael Ewers, Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, mit einem Autorenteam im Auftrag der Stiftung Münch untersucht. „Wachsende Anforderungen in der Pflege erfordern fundiertere Kompetenzen“, erklärt Ewers. Was das für die Praxis bedeutet, zeigt die Publikation exemplarisch auf.

>> Dabei sei es nicht so, dass nicht auch die betrachteten Länder ähnliche Probleme wie Deutschland hätten: Rekrutierung von Fachkräften oder die Sicherung der pflegerischen Versorgung bei zugleich wachsendem Bedarf in allen Versorgungsbereichen seien Herausforderungen, die auch von anderen Ländern gemeistert werden müssten, stellen die Studienautoren klar.

Doch anders als in Deutschland fänden sich als Lösungsansätze größere Investitionen in die hochschulische Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen, in Maßnahmen zur Stärkung der Selbstorganisation und Selbstverantwortung der Pflege sowie in die Erweiterung pflegerischer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche. Die Autoren haben zwei Ziele ausgemacht, die in den exemplarisch betrachteten Ländern jeweils die Ausrichtung der Maßnahmen bestimmen: Die Förderung der Attraktivität der Pflege als zukunftsfähiger Gesundheitsberuf und die Sicherung einer hochwertigen und innovativen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.

Die Pflegebildung in Deutschland nimmt eine berufs- und bildungsrechtliche Sonderstellung ein, in der Form,

dass sie in den meisten Bundesländern nicht im dualen System, sondern in Form einer vollzeitschulischen Ausbildung stattfindet. Sie unterliege damit, anders als für berufsbildende Schulen üblich, meist nicht dem Schulrecht der Länder. Die Pflegeausbildung sei deshalb bezüglich Finanzierung, Ausstattung und Qualifikation des Lehrpersonals sowie unter Qualitätssicherungs- und Entwicklungsaspekten benachteiligt. Die Autoren sehen hier klaren Handlungsbedarf; und dass es auch anders geht, zeigt ein Blick nach Großbritannien, Schweden, die Niederlande und Kanada, wo die Aus- und Weiterbildung von Pflegenden in den regulären Bildungsstrukturen verortet und eine klare politische Rahmensetzung zur Erhöhung ihrer Kapazität und

Qualität erkennbar sei.

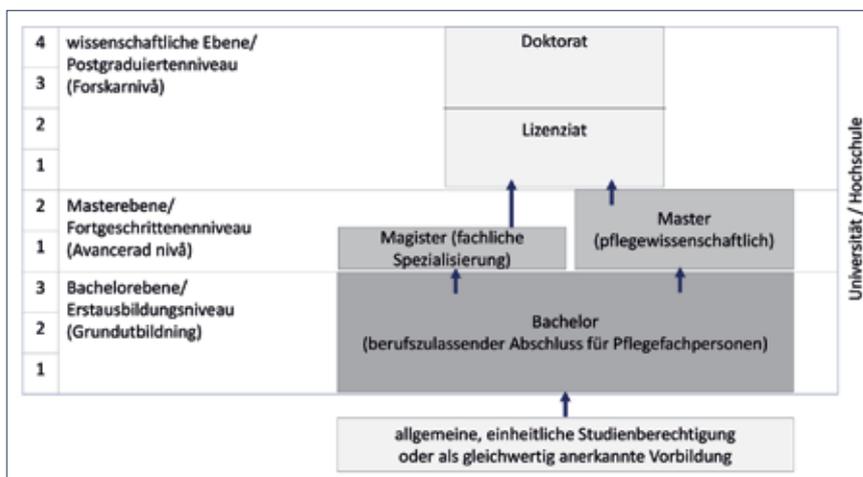
„Die Novellierung der Ausbildung von Pflegefachpersonen durch das Pflegeberufegesetz, das 2020 in Kraft tritt, kann nur ein erster Schritt einer umfassenden Reform der Qualifizierungen und Berufsausübung in der Pflege sein“, betont Ewers. Dass Lehrer beispielsweise nicht durchgängig hochschulisch qualifiziert seien, zählt der Wissenschaftler als weiteres Manko auf und verweist damit auf das Feld der Akademisierung, das auch bei der pflegerischen Berufsausbildung eine größere Rolle spielen müsse.

Weiterentwicklung durch Akademisierung

„Hochschulische Qualifikation bietet die Möglichkeit sich wei-

terzuentwickeln“, konstatiert der Wissenschaftler und verweist auf die auffallend hohen Investitionen in die vorwiegend hochschulische Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen der Beispielländer. In Großbritannien und Schweden, so geht aus den Untersuchungsergebnissen hervor, ist ein Hochschulstudium auf Bachelorebene mittlerweile für den Abschluss als Pflegefachkraft obligatorisch. Die Niederlande bieten – wie Deutschland – neben dem Studium eine traditionelle Berufsausbildung an, doch der Anteil der Absolventen mit Bachelorabschluss liege dort bereits bei rund 45%. Deutschland kann hier mit einer Quote von 2% graduiert Pflegenden nur im marginalen Bereich landen.

„Um zu zeigen, dass die hochschulische Ausbildung in der Pflege nach dem Pflegeberufegesetz wirklich gewollt und nicht lediglich geduldet wird, sind konkrete Fördermaßnahmen auf Bundes- und Landesebene notwendig“, so Ewers und verweist auf promovierte Pflegewissenschaftler in der Onkologie oder Geriatrie im Ausland. Die Pflege brauche reflektierte Praktiker, die mit wissenschaftlichen Erkenntnissen in Berüh-



Aus- und Weiterbildungsstufen für Pflegefachpersonen in Schweden. Quelle: Stiftung Münch, modifiziert nach UHR 2018.

rung kommen und die Erkenntnisse in den verschiedenen Feldern des Gesundheits- und Pflegewesens zur Anwendung bringen könnten.

Mehr Verantwortung wagen

Bessere Qualifizierung lässt auch mehr Verantwortung zu. „Wir finden in anderen Ländern Pflegenden, die eigene Praxen unterhalten und Patienten versorgen“, sagt Ewers. Alles Gang und Gäbe in anderen Ländern, meint er, „nur Deutschland verweigert sich dem konsequent“.

Partnerschaftlich angelegte, teamorientierte und gesetzlich legitimierte Aufgabenverteilung wie in den Untersuchungsländern suche man in Deutschland vergebens. Hier werde meist am Prinzip der ärztlichen Delegation festgehalten, bei dem Pflegenden als „verlängerter Arm des Arztes“ und auf dessen Anweisung tätig seien. Die Entwicklung innovativer Versorgungsformen, von denen letztlich Patienten und Pflegenden gleichermaßen profitierten, würde damit nicht gefördert, sondern gehemmt. Die Forderung der Autoren ist eindeutig: eine Stärkung der Pflege durch neue Formen der Aufgaben- und Verantwortungsteilung.

Lösungsansätze mit den Betroffenen erarbeiten

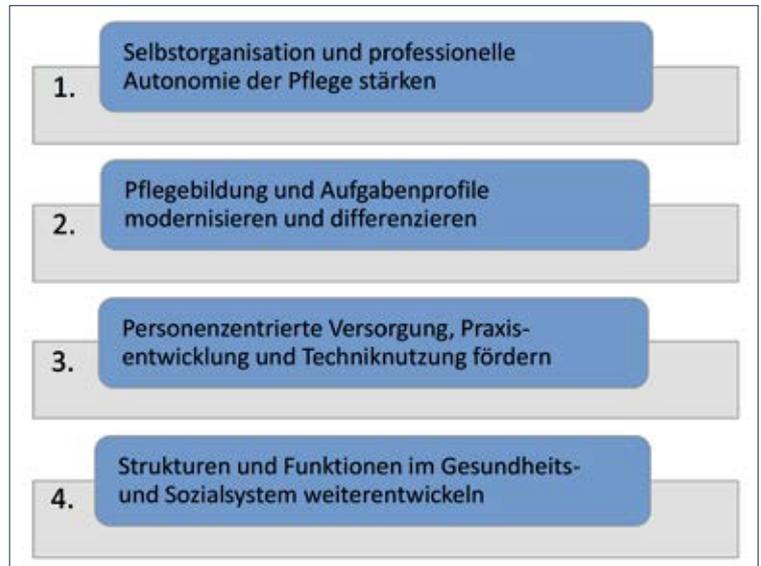
Anders als in Deutschland ist laut Studie die Pflege im Ausland an der Entwicklung von Lösungen zum Erhalt der Gesundheitsversorgung aktiv beteiligt. Professionelle Interessensvertretungen des Berufsstandes hätten von der Politik das Recht und die Pflicht einer Mitbestimmung übertragen bekommen. Hier hingegen kämpften viele Akteure

gegen Widerstände von Politik, Gewerkschaft oder der Ärztekammer, Pflegekammern zu installieren. Die Angst vor Machtverlust und einer autonomen, quantitativ unwahrscheinlich großen Gruppe, die geschlossen auftretend mit starker Stimme sprechen und etwas bewegen könnte, macht Ewers als Motivator für diese Blockadehaltung aus.

„Wie anderen Gesundheitsprofessionen ist der Pflege auch in Deutschland sowohl das Recht als auch die Kompetenz zuzusprechen, ihre Belange und Interessen in eigener Verantwortung unter Berücksichtigung gesetzlicher Grundlagen zu organisieren und zu vertreten“, fordert Studienautor Ewers. Denn „was uns fehlt, sind Organisationen, die Standards, die Leitlinien setzen“. Wäre eine Kammeraufgabe – diese Institution ist bundesweit jedoch noch Mangelware.

Auf dem Weg zu Standards und Leitlinien

An der Charité beispielsweise, informiert Ewers, werde im Rahmen des neuen Pflegeberufgesetzes gerade ein Bachelor-Pflegestudiengang entwickelt. „Wir spielen immer nach Kanada, weil es in den jeweiligen Provinzen kammerähnliche Einrichtungen gibt und die haben aus der Profession heraus sehr viele Standards und Leitlinien entwickelt.“ Zum Beispiel die Struktur derartiger Bachelorprogramme, Orientierungshilfen für die Kompetenzentwicklung, Anforderungsprofile oder den Übertrag in die Praxis. Doch klagen hilft wenig: „Wir sitzen jetzt an der Charité und versuchen anhand der interna-



Empfehlungsbereiche im Überblick. Quelle: Stiftung Münch.

tionalen Programme ein Studienprogramm zu entwickeln, aber es konstituiert sich eben nicht aus der deutschen Pflege heraus. Wir müssen gucken, was wir übernehmen können“, so der Pflegewissenschaftler, der jedoch beobachtet, dass der Widerstand seitens der Kammergegner „bröckelt“ und der noch einmal eindringlich daran erinnert, dass die Kammer ebenso „gewährleistet, dass Patientensicherheit zum zentralen Auftrag der Pflege gemacht wird“.

Bei der Frage nach einer angemessenen und fairen Entlohnung sagt Ewers: „Die Frage ist, wie verteilen wir die Mittel in unserem Vergütungssystem für erbrachte Leistungen? Wenn ich die Pflege immer nur auf Assistenz- und Hilfstätigkeiten reduziere, kann ich sie auch billig vergüten. Wenn ich sie mit anspruchsvollen Aufgaben betraue, und ihr ermöglichen, sichtbar einen Beitrag zur Gesundheitsversorgung, -förderung oder -prävention zu leisten, dann muss ich das auch entsprechend vergüten.“ Der Berliner Wissenschaftler spricht sich für einen Qualifikationsmix

von hochschulisch sowie beruflich Qualifizierten, von Masterabsolventen oder denen mit Promotion, und auch von Pflegehilfskräften und -assistenten aus, deren Zusammensetzung je nach Bedarf des Pflegesettings eruiert werden müsse.

Auf dieser Grundlage, so die Studienautoren, werden in den untersuchten Ländern Großbritannien, Schweden, Kanada und den Niederlanden zahlreiche soziale Innovationen auf den Weg gebracht. Selbstorganisierte Pflegeteams und „Pflegebauernhöfe“ engagierten sich beispielsweise mit Kommunen und Nachbarn für den Aufbau regionaler Versorgungsnetzwerke. Oder Pflegeheime würden zu Innovationszentren, um Studierende für die Langzeitversorgung ausbilden und gewinnen zu können, wodurch zugleich die Pflegequalität und die Patientensicherheit in diesen Einrichtungen verbessert würde. Es lohnt sich also, den Blick über den Tellerrand schweifen zu lassen, um Inspiration für die Weiterentwicklung einer starken Pflege in Deutschland zu erhalten. <<

Vermittlung von Pflegeberatern: Neue Online-Plattform

>> Das Berliner E-Health Unternehmen Töchter & Söhne hat eine Online-Plattform zur Vermittlung von häuslichen Pflegeschulungen zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegeberatern veröffentlicht. Während Angehörige ihre Anfragen für Schulungen auf „curendo“ stellen, können Pflegeberater diese über „curendo Pro“ annehmen und dort ihre Aufträge und Termine verwalten.

Über die Vermittlungsplattform können häusliche Pflegeschulungen nach § 45 SGB XI sowie Beratungsbesuche nach § 37

SGB XI vereinbart werden. Ziel sei hierbei neben einer hohen Zufriedenheit der Versicherten auch die Entlastung der organisatorischen Prozesse von Krankenkassen, teilt das Unternehmen mit. Ein weiteres Ziel sei die Optimierung des Arbeitsprozesses von Pflegeberatern.

Für pflegende Angehörige stellt die Plattform einen barrierearmen Weg dar, eine häusliche Pflegeschulung zu erhalten. Unter <https://pflege.curendo.de> können pflegende Angehörige Anfragen stellen. <<

Aktion „Intensiv.Pflege.Leben!“

>> Ziel der am 6. März gestarteten Aktion „Intensiv.Pflege.Leben!“ ist es, den Pflegenden eine Stimme zu verleihen und zu zeigen, wie facettenreich und anspruchsvoll der Beruf ist. Im Zuge der Kampagne stellen sich

Pflegekräfte aus der Intensivmedizin in regelmäßigen Abständen in kurzen Videoclips (siehe Screenshot links) vor und berichten von ihrem Arbeitsalltag, den Herausforderungen, aber auch über die Gründe, warum sie ihren Beruf lieben. Initiiert wird die Kampagne von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN). <<



Studie „Sicher Zuhause“: Effektive Sturzprävention durch Künstliche Intelligenz

>> Auch mit Pflegebedarf wollen 83 Prozent der Menschen in Deutschland im eigenen Haushalt wohnen, wie aus dem „TK-Meinungspuls Pflege 2018“ hervorgeht. Ein Sturz könne diese Unabhängigkeit jedoch abrupt beenden oder zumindest stark einschränken. Mit dem Programm „Sicher Zuhause“ von Techniker Krankenkasse (TK) und Philips sollen Gesundheitsrisiken bei Pflegebedürftigen bereits im Vorfeld erkannt und Krankenseinweisungen vermieden werden.

An der Studie teilnehmende TK-Versicherte erhalten nach Angaben der Initiatoren ein innovatives Hausnotrufsystem mit einer Basisstation und einem um den Hals zu tragenden Funksender, der nach Ablauf des achtmonatigen Untersuchungszeitraums in den Besitz des Teilnehmers übergeht.

Das System funk-

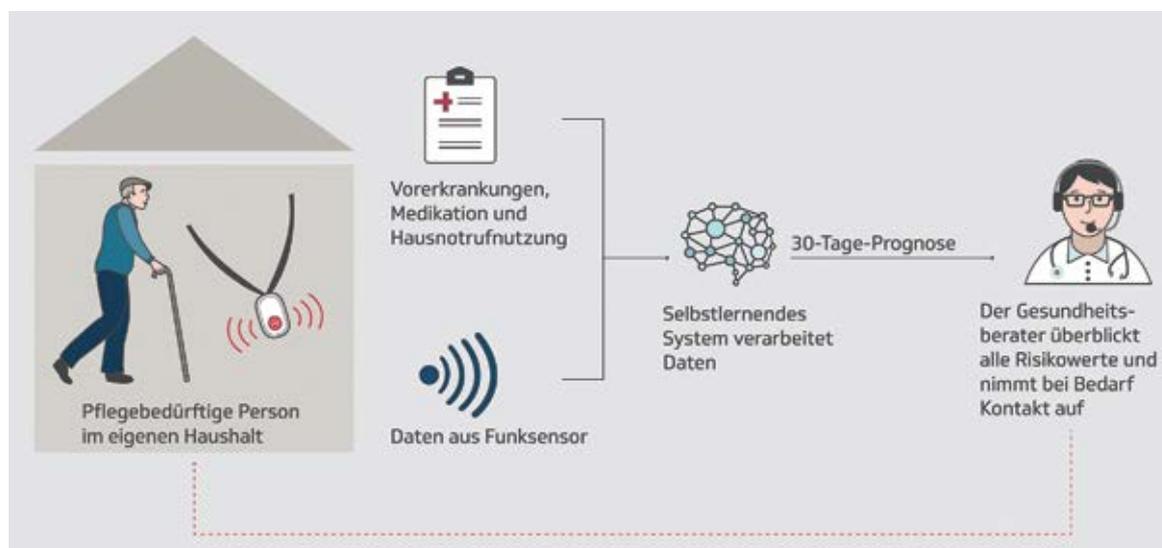
tioniert nach Angaben der Akteure wie folgt: Die im Funksender integrierten Sensoren erkennen einen Sturz und lösen einen automatischen Notruf aus. Binnen kürzester Zeit meldet sich ein Mitarbeiter der Hausnotrufzentrale, der Zugriff auf die hinterlegte Adresse und wichtige Informationen hat, zum Beispiel zu Vorerkrankungen, verordneten Medikamenten sowie den üblichen Tagesablauf. Über die Freisprechanlage des Hausnotrufgeräts kön-

ne der Hilfebedürftige von überall in der Wohnung seine Situation schildern. Je nach Bedarf würden Nachbarn, Angehörige oder der Notarzt verständigt.

Durch diese individuelle Bewertung der Hausnotrufdaten, die Krankengeschichte sowie dem Sturzsensor sollen Veränderungen frühzeitig erkannt und ein Risikowert ermittelt werden.

Bereits wenn bei einem Teilnehmer ein erhöhter Risikowert festgestellt werde, setze sich ein

Gesundheitsberater mit ihm in Verbindung, um gesundheitsfördernde Maßnahmen zu besprechen. So will das Programm dabei helfen, Krankenhausaufenthalten vorzubeugen. Kostenfrei an der achtmonatigen Studie teilnehmen können nach Angaben der Krankenkasse alle TK-Versicherten ab Pflegegrad 1, die Anspruch auf ein Hausnotrufsystem haben. Den Antrag zur Teilnahme an der Studie nimmt Philips entgegen (www.philips.de/sicherzuhause). <<



„Selbstlernendes System trifft Vorhersagen auf Basis von Sensordaten und Hausnotrufnutzung“, Grafik: Techniker Krankenkasse

Bertelsmann Stiftung: „Perspektive Pflege – Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung“

Wer soll das bezahlen?

Die FDP fordert mehr Eigenvorsorge, die Linke eine Novellierung des Systems hinsichtlich der Zusammenführung von privater und sozialer Pflegeversicherung und auch die SPD will das Doppelsystem abschaffen. Die Politik reagiert auf die zunehmende Alterung der Gesamtbevölkerung und die Frage nach der Finanzierung der Pflege im Alter; doch wie sieht die aktuelle Situation und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegearbeitsmarktes in Deutschland tatsächlich aus? Um dies festzustellen hat die Bertelsmann Stiftung das Wirtschaftsforschungsinstitut Prognos mit einer Studie beauftragt.

>> „Wenn die Beiträge nicht immer weiter steigen sollen, dann wird man auch über andere Finanzierungsmodelle diskutieren müssen“, sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Zuge der Diskussion um die langfristige Finanzierung der Altenpflege Anfang des Jahres. Die Bertelsmann-Stiftung hat sich mit der Thematik befasst und in einem ersten Schritt im Rahmen des Projektes „Perspektive Pflege – Neuausrichtung des Pflegeberufes“ den Status quo und eine darauf basierende Prognose errechnen lassen. Denn eins ist für die Studienautoren klar: „Eine Reformdiskussion kann nur sinnvoll geführt werden, wenn Klarheit über die dafür benötigten finanziellen Ressourcen herrscht“.

Ziel müsse es sein, mit den passenden Instrumenten und Maßnahmen die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen und gleichzeitig die finanziellen und personellen Ressourcen gezielt und effizient einzusetzen sowie die Finanzierungslasten gerecht zu verteilen.

Die Beitragssatzentwicklung, so die Studienautoren, seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1995, erfolge mittlerweile sehr dynamisch. Angefangen bei 1% liegt der Satz seit Januar 2019 nunmehr bei 3,05%, wo er sich nach den hier ausgeführten Berechnungen bis ins Jahr 2024 als kostendeckend erweisen soll. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Gesamtausgaben der Sozialen Pflegeversicherung im Verhältnis zur Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Renten- wie auch der

GKV zwischen 1997 bis 2017 eine deutlich größere Steigerung erfahren haben (SPV: Faktor 2,5, GRV: Faktor 1,5, GKV: Faktor 1,8). Mit einer weiteren Ausgabensteigerung sei durch eine Zunahme an Leistungsempfängern der Entwicklung nach zu rechnen. Bei einer konstanten Pflegefallwahrscheinlichkeit kommen die Studienautoren für 2045 auf 5 Mio. Leistungsempfänger. Im Jahr 2017 waren es 3,3 Mio.

Neben der demografischen Entwicklung wird auch die voraussichtlich abnehmende Bedeutung der informellen Pflege als weiterer Kostentreiber identifiziert. Der Trend sinkender Pflegegeldempfänger, deren Zahl zwischen 1997 und 2017 von 56% auf 47% gesunken ist, setze sich fort. Bis 2045 wird hier der Abzug eines weiteren Prozentpunktes erwartet.

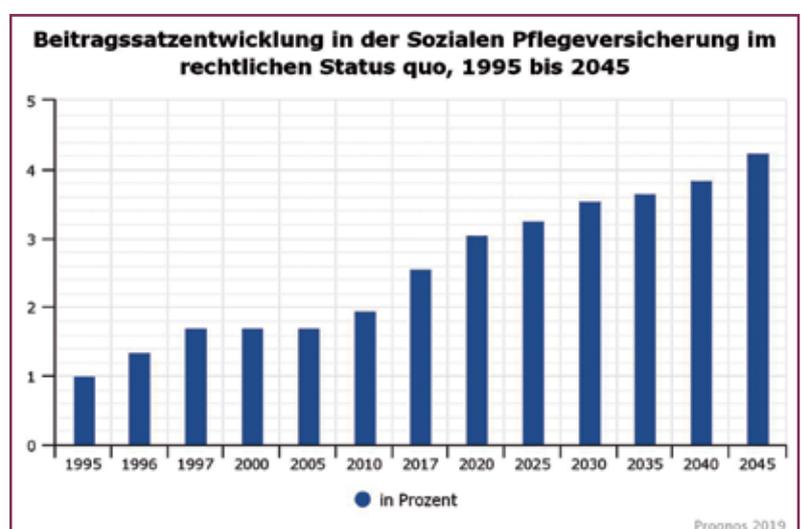
Demgegenüber verzeichnet die Zahl der Empfänger ambulanter Sach- und Kombinationsleistungen im gleichen Zeitraum einen Anstieg von 17 auf 28 Prozent. Der Anteil der Empfänger vollstationärer Leistungen sei seit 2008 rückläufig und wird für 2017 mit einem Wert von 25% beziffert – jedoch wird hier mit einem Wachstum von 3 Prozentpunkten bis 2045 gerechnet. Der Trend zur professionellen Versorgung wird als erheblicher kostentreibender Effekt

eingestuft.

Als letzten Treiber nennen die Autoren die Dynamisierung der Pflegeleistungen. Die reale Kostenentwicklung, so die Prognose, werde sich nicht adäquat im Beitragssatz der Pflegeversicherung niederschlagen. Die Ausgaben würden von aktuell 38,5 Mrd. Euro für die Soziale Pflegeversicherung auf nominal rund 144,9 Mrd. Euro im Jahr 2045 ansteigen. Das bedeute für den Beitragssatz eine Anhebung auf 4,35% – was rund 550 Euro entspreche.

Und was sind die Reformoptionen? Das Autorenteam verweist auf einen zu etablierenden Finanzierungsmix zwischen privaten und gemeinschaftlichen Beiträgen, für den bereits Vorschläge in der Schublade liegen. Diese sehen entweder die Stärkung der privaten oder der gemeinschaftlichen Finanzierungsbeiträge vor. Erstgenanntes Modell

arbeite mit einer Karrenzzeit, in der die anfallenden pflegerischen Ausgaben in dieser Zeit von den Betroffenen aus eigenen Mitteln finanziert werden müssten. Der zweite Vorschlag lässt mit dem „Sockel-Spitzen-Tausch“ die Leistungsempfänger einen festen Betrag zahlen, die SPV jedoch alle darüber hinaus gehenden Kosten trägt. Mit der Einführung einer Bürgerversicherung oder der Umstellung von einer lohnzentrierten auf eine einkommensunabhängige Finanzierung der SPV werden weitere Möglichkeiten diskutiert. „Mehr Generationengerechtigkeit kann letztlich nur durch Maßnahmen erreicht werden, welche die zukünftigen Beitragsanstiege in die Gegenwart verlagern und bereits die heutigen Generationen stärker zur Finanzierung der zukünftigen Pflegeausgaben heranziehen“, stellen die Autoren fest. <<



Diskussionsrunde „Blaues Sofa“ der Hartwig-Hesse-Stiftung in Hamburg

„Pflege im Jahr 2030 – Da wollen wir hin!“

Die Hartwig-Hesse-Stiftung hatte gerufen, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus kam. Die Wohnen, Betreuung und Pflege im Alter bietende Hamburger Institution diskutierte am 27. Februar im Quartier der Stiftung über Ausbildung, Attraktivität, Finanzierung oder das Sozialversicherungssystem – kurzum über die Herausforderungen in der Pflegebranche. Die Impulse für tragfähige Reformen sollen in einem Positionspapier „Pflege im Jahr 2030“ festgehalten werden.

>> „Was beschäftigt Sie am meisten, wenn Sie an die Altenpflege im Jahr 2030 denken?“, lautete die Eingangsfrage der Moderatorin Verena Meier, Marketing & Kommunikation Hartwig-Hesse-Stiftung. Für Westerfellhaus eine klare Sache: „Wie wollen wir eigentlich leben? Mit dem Alter und im Alter?“ – für den Patientenbeauftragten die Kernfrage, auf deren Basis eine gesellschaftliche Diskussion um gute Rahmenbedingungen für die Pflege stattfinden müsse. Als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sah auch Annette Teichler, Kuratoriumsvorsitzende der Hartwig-Hesse-Stiftung, die Diskussion um das Thema Pflege. Sie warnte vor einer bisher in dieser Dimension nicht gekannten Altersarmut, aus der eine größere Zahl nicht versicherter Menschen hervorgehen werde. „Da kommt demografisch wie strukturell etwas auf uns zu, was wir so bisher nicht kannten“, so ihre These.

Konkurrenz um Personal

Dass die Ausbildung als ein wesentlicher Faktor im Bezug auf die Zukunftsfestigkeit der Pflege gesehen werden muss, darüber herrschte unter den Diskutanten Einigkeit. Als Geschäftsführer der Stiftung sprach sich Maik Greb für die generalistische Ausbildung aus, wies aber auch darauf hin, dass man in Zukunft davon ausgehen müsse, mit den Krankenhäusern um die Pflegefachkräfte zu konkurrieren. Denn bei dem durch das Pflegeberufegesetz möglichen einheitlichen

Abschluss zur „Pflegefachfrau“ beziehungsweise „Pflegefachmann“ bleibe die Frage, wer sich bei gleicher Qualifikation für einen geringer bezahlten Job in der Altenpflege entscheide, wenn er im Krankenhaus mehr verdienen könne. Flächendeckende Tarifverträge könnten laut Greb hier von Vorteil sein. Die Politik ist dabei mit im Boot. Im Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung ist die Einführung flächendeckender Tarifverträge festgehalten und die Partner angehalten, dies umzusetzen – bevor die Politik eingreift.

„Qualifizierte Leistung braucht qualifizierte Fachkräfte“, konstatierte Westerfellhaus und wies darauf hin, dass auch das ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung im Rahmen des Pflegeberufegesetzes einzuführende Pflegestudium seinen Teil dazu beitragen werde. Eine generalistische Ausbildung mit einheitlichem, gleichwertigem Abschluss könne zu einem größeren Selbstbewusstsein führen. Gerade in der Altenpflege. Auch die Außenwahrnehmung werde mutmaßlich verbessert. Allesamt Kriterien, mit denen es für die Berufsgruppe leichter sein könne eine größere Selbstbestimmtheit an den Tag zu legen.

„Man bildet eine Gruppe aus und lässt sie das Gelernte nicht in der Praxis anwenden“, kritisierte der Staatssekretär im Folgenden. Gerade in ländlichen Regionen eine Ressource, die es auszuschöpfen gelte. In anderen Ländern sei man, was Substitution und Delegation anbelange, bereits weiter. „Ich bin



Foto Hartwig-Hesse-Stiftung

Staatssekretär und Pflegebeauftragter Andreas Westerfellhaus (links) und Geschäftsführer der Hartwig-Hesse-Stiftung, Maik Greb .

ein Fan von menschenorientierter Pflege. Die Pflegekraft kann und soll selber entscheiden, wann ein Wundverband gewechselt werden muss“, so Westerfellhaus.

Ins Bewusstsein der Gesellschaft

Horrende Kosten für Pflegeplätze kritisierte Christina Oskui, Angehörige und Kinderbuchautorin, und eröffnete damit die Diskussion um eine Reform der sozialen Pflegeversicherung, die von allen Teilnehmern der Runde gefordert wurde. Maik Greb bemerkte an dieser Stelle, dass für das Personal erfreuliche Lohnsteigerungen nach dem derzeitigen System unerfreulicherweise von den Bewohnern stationärer Einrichtungen getragen werden müssten. Die Hamburger Bundesratsinitiative, die einen Dreiklang aus begrenzten und kalkulier-

baren Eigenanteilen, paritätischen Beiträgen zur Pflegeversicherung und einem dynamisierten Steuerzuschuss vorsieht, wurde von Greb begrüßt. Eine Dame aus dem Publikum sprach sich im Zuge dessen für eine Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung aus. Damit könne man beispielsweise auch das Problem nicht refinanzierter Behandlungspflege hinter sich lassen.

„Wenn wir eine Gesamtlösung wollen, dann müssen wir zu einem anderen Lösungsansatz kommen. Aber Ideen in die Politik zu bringen, ist schwieriger, als ich anfangs gedacht habe. Sie brauchen Mehrheiten“, erklärte der Staatssekretär und verwies an dieser Stelle auf die Gesellschaft, deren Bewusstsein für das Thema Pflege gestärkt werden müsse und aus deren Interesse und Engagement heraus Lösungen getragen werden könnten. <<

Positionspapier der Hartwig-Hesse-Stiftung

>> Position 1: Altenpflegeausbildung soll solidarisch von der Versicherungsgemeinschaft und nicht ausschließlich von den Pflegebedürftigen getragen werden.

Im Rahmen der generalistischen Ausbildung werden unterschiedliche Fachbereiche von Ausbildungsberufen zusammengeführt. Die Finanzierung hingegen wird nicht generalisiert. Während die Ausbildung im Krankenhaus vollumfänglich von der Versicherungsgemeinschaft getragen wird (ca. 77 Mio. Menschen) zahlen die Pflegeausbildung lediglich die Pflegebedürftigen (ca. 3,5 Millionen Menschen).

Position 2: Soziale Berufe, allen voran die Altenpflege, müssen an Attraktivität gewinnen und im Zentrum der Gesellschaft verankert werden.

Soziale Pflichtpraktika von mindestens 3 Monaten sollten eingeführt und über Steuermittel refinanziert werden.

Position 3: Erhöhung des Personalschlüssels.

Um dem Pflegeberuf den zeitlichen Druck zu nehmen, braucht es erhöhte Personalschlüssel, und das nicht nur in stationären Pflegeeinrichtungen, sondern auch in Ambulanten Pflegediensten. Besonders zur Schaffung von Vollzeit Arbeitsplätzen muss der Druck von den Versorgungsspitzen genommen werden, damit die Qualität der Arbeit sowohl für Personal als auch für Pflegebedürftige gewährleistet wird.

Position 4: Finanzielle Umlegung behandlungspflegerischer Leistungen auf die Krankenkassen.

Behandlungspflegerische Leistungen müssen zukünftig in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen von der Krankenkasse finanziert werden. Die zusätzlichen Mittel können gleichermaßen zur verbesserten Personalausstattung und zur Senkung des Eigenanteils herangezogen werden.

Position 5: Lohnsteigerung nicht auf Kosten von Pflegebedürftigen.

Lohnsteigerungen dürfen nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen fallen, da Pflege für den Pflegebedürftigen in einem Sozialstaat wie Deutschland erschwinglich sein muss. Kurzfristig sollten daher jährlich die Pflegekassenleistungen dynamisch, mindestens entsprechend der Lohnerhöhungen, steigen.

Position 6: Pflegebedürftigkeit darf nicht zum Sozialfall führen.

Pflegebedürftige sollten zukünftig einen fixen Zuzahlungsanteil (Selbstbeitrag) leisten. Die Zahlungen der Pflegeversicherung sollten demnach variieren und die Pflegeversicherung generell strukturell angepasst werden.

Position 7: Bauen und wohnen muss günstiger werden.

Ein Randthema für die Pflegebranche mit großen Auswirkungen. Aber um Pflegeplätze und Wohnen in Servicewohnanlagen zu realisieren, müssen Wohn- und Baupreise kritisch hinterfragt werden. Auch um Vereinsamung zu vermeiden, ist es wichtig, dass ältere Menschen bei veränderten Wohnbedürfnissen nicht zwangsläufig aus ihrer bekannten Umgebung gerissen werden müssen. Öffentliche Förderungen müssen stärker in Betracht gezogen werden und Bauvorgaben auf deren (Aus-)Wirkung hin überprüft werden.

Position 8: Grundstücksvergaben ausschließlich über gesellschaftsrelevante Konzeptideen und nicht über die Kaufkraft steuern.

Im Rahmen von kommunalen Planungen sollten konzeptionelle Vorgaben für Bebauung klar definiert werden und deren Einhaltung stärker berücksichtigt werden als der Kaufpreis. So können Wohnmodelle entwickelt werden, welche ansonsten im Rahmen des freien Marktes keine Berücksichtigung finden.

Position 9: Der Staat muss gemeinnützige Anbieter unterstützen.

Damit zum Beispiel nachhaltige Wohnkonzepte realisiert werden können und nicht zukünftig Investoren den Pflegemarkt dominieren, sollte die Unterstützung freigemeinnütziger Anbieter realisiert werden. Diese stellen ein natürliches Gegengewicht zu privaten Pflegeanbietern dar, sind in der Regel aber durch begrenzte Liquidität limitiert und brauchen Unterstützung. Die KfW könnte beispielsweise ein Kreditprogramm für die Sanierung von gemeinnützigen stationären Pflegeeinrichtungen zu guten Konditionen anbieten.

Position 10: Bürokratiehürden müssen verringert werden.

CityTax für Übernachtungen in Gästezimmern im Pflegeheim, Künstlersozialabgaben für Kulturangebote in Einrichtungen, GEMA-Gebühren, Vorgaben zur Schaffung von Vogelnistplätzen usw. sind alles nachvollziehbare Einzelthemen. Aber in der Summe eine riesengroße bürokratische und finanzielle Hürde für innovative Bauvorhaben. Der daraus resultierende Verwaltungsaufwand erschwert die ohnehin prekäre Situation in der Pflege und muss zum Beispiel in der Refinanzierung durch Pflegesätze zukünftig berücksichtigt werden. <<

Kolloquium: „Roboter in der Pflege“

>> In welcher Form können Roboter Pflegekräfte bei ihrer täglichen Arbeit unterstützen? Das 23. Berliner Kolloquium „Pflegeroboter – Wer hilft uns, wenn wir hilflos sind?“ möchte sich dieser Thematik aus interdisziplinärer Perspektive nähern. Wissenschaftler der Fachbereiche Informatik, Robotik, Medizin, Pflegewissenschaft, Sozialpsychologie und Philosophie stehen am 22. Mai 2019 nach ihren Vorträgen im Karl Storz Besucher- und Schulungszentrum, Berlin, für ein Gespräch zur Verfügung.

Als wissenschaftlicher Leiter koordiniert Prof. Dr. Oliver Bendel sowohl die beteiligten internationalen Forscher als auch die teilnehmenden Experten aus der Praxis. Bendel lehrt seit 2009 als Dozent unter anderem für Wirtschaftsinformatik und Betriebsökonomie an der Hochschule für Wirtschaft der Fachhochschule Nordwestschweiz.

Ziel des Kolloquiums ist laut der Daimler Benz Stiftung als Veranstalter, im Angesicht dieser fortschreitenden ethisch und technologisch hochkomplexen Entwicklung konkret zu werden: In nur wenigen Jahren würden Pflegeroboter über das Prototypen-



Stadium hinaus in der Lage sein, im Bereich der Pflege vollständig oder teilautonom zu agieren. Insbesondere der Einsatz künstlicher Intelligenz eröffne nicht nur bei selbstfahrenden Autos, in der Landwirtschaft oder der Luft- und Raumfahrt ganz neue Horizonte. Auch in die Grenzbereiche des Menschlichen würden diese Technologien vordringen – bei der Pflege von Schlaganfallpatienten, Demenzkranken oder bei Menschen mit Behinderung. Deshalb sei es von großer Bedeutung, wenn sich die Gesellschaft, theoretisch wie praktisch, technisch wie philosophisch, frühzeitig und bewusst auf

ethische Rahmenbedingungen verständige. Nicht zuletzt in Hinblick auf eine zukünftige gesetzgeberische Basis erscheine es geboten, einen ganzheitlichen, interdisziplinären und wissenschaftlich fundierten Blick auf die Pflegebedürftigen zu entwickeln.

Auch die internationale Perspektive auf das Thema „Pflegeroboter“ soll bei der Veranstaltung erörtert werden. Denn nicht nur in Japan und vielen europäischen Staaten, sondern mit zeitlicher Verzögerung ebenso in China oder Indien werde die Problematik einer dramatisch steigenden Anzahl alter Menschen mit der Aufgabe verknüpft sein, diese trotz gravierenden Personalmangels mit Würde zu versorgen. Das Kolloquium findet am 22. Mai 2019 von 10.30 bis 18.00 Uhr im Karl Storz Besucher- und Schulungszentrum, Berlin, statt. <<

Ausstieg?

>> Die Arbeitgeberverbände der AWO und der Diakonie drohen, sich aus der ambulanten Pflege in Niedersachsen zu verabschieden. Grund sei die zu niedrige Finanzierung von Pflegeleistungen durch die Kassen. <<

Bundespflegekammer

>> Im Rahmen des Deutschen Pflegetages im März verkündeten die Vertreterinnen der Landespflegekammern aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein den Fahrplan für die künftige Zusammenarbeit.

„Mit der Pflegekammerkonferenz wird eine Arbeitsgemeinschaft der Kammern auf Bundesebene geschaffen, in der sich alle eigenfinanzierten und damit unabhängigen berufsständischen Selbstverwaltungen einbringen und für die Berufsgruppe organisieren können. Damit bekommen die professionell Pflegenden endlich eine kraftvolle Stimme auf Bundesebene“, betonen die Kammerpräsident_innen, Patricia Drube und Sandra Mehmecke sowie Dr. Markus Mai. Die Pflegekammerkonferenz soll zum 1. Juni 2019 starten. Mitmachen könnten alle Landespflegekammern, deren Unabhängigkeit durch Eigenfinanzierung und eine umfangreiche Mitgliederstruktur gewährleistet sei. Institutionen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, bleibt die Mitgliedschaft verwehrt. „Wir werden uns nicht in föderalen Strukturen verlieren, sondern gemeinsam bundesweit agieren“, so Drube, Mai und Mehmecke. <<

ZQP: Herausforderung Hygienemanagement

>> Antibiotikaresistente Erreger wie MRSA-Bakterien stellen nicht nur Krankenhäuser, sondern auch ambulante Pflegedienste vor erhebliche Herausforderungen. Wie eine Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) und der Berliner Charité zeigt, fehle es in manchen Diensten offenbar am richtigen Umgang – ein Risiko für Pflegebedürftige und das Gesundheitssystem, wie das ZQP urteilt.

Die Ergebnisse lieferten nun deutliche Hinweise, wie groß die

Herausforderung MRSA für das Hygiene-Management von ambulanten Diensten offenbar teilweise sei. Insgesamt kommen die Autoren in ihrem Beitrag für die wissenschaftliche Fachzeitschrift ZEFQ zu dem Ergebnis, dass statistisch in nur etwa 50 Prozent von MRSA-Fällen – bei den in die Untersuchung eingeschlossenen ambulanten Diensten – eine fachgerechte MRSA-Versorgung erfolgen könne. Denn: In jeweils fast einem Drittel der teilnehmenden Diens-

te fehle ein festes MRSA-Sanierungsschema (29,3 Prozent) bzw. gebe es kein Protokoll für MRSA-Sanierung (28,7 Prozent). In den Diensten, in denen solche Strukturen etabliert waren, habe den Mitarbeitenden teilweise die Kenntnis darüber gefehlt. So waren dort 25,6 Prozent der Befragten das vorhandene Sanierungsschema nicht bekannt – das Sanierungsprotokoll 26,8 Prozent.“

In Anbetracht dieser Ergebnisse betont Dr. Ralf Suhr vom

ZQP, der Mitautor des wissenschaftlichen Beitrags ist: „Fortbildungen für Pflegekräfte sind für das gesamte Thema Patientensicherheit von erheblicher Bedeutung – das zeigt sich auch beim Hygienemanagement.“ Darüber hinaus fordert Suhr eine konstruktive Kultur im Umgang mit unerwünschten Ereignissen und Fehlern in der Pflege zu schaffen: „Fehler werden gemacht – aber man muss aus ihnen lernen können und dürfen.“ <<

Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz in Sachsen, Barbara Klepsch

Es gilt, dranzubleiben

Für eine bessere Bezahlung der Pflegefachkräfte haben sich bereits im Jahr 2014 Arbeitgeber im Rahmen der freiwilligen Selbstverpflichtung „Pro Pflege Sachsen“ zu einer tarifgerechten Entlohnung im Freistaat bekannt. Doch dieser befindet sich bezüglich des Lohnniveaus im Ländervergleich immer noch am unteren Ende. „Hier gilt es, dranzubleiben“, fordert Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz in Sachsen, Barbara Klepsch. Einer möglichen Landespflegekammer steht sie offen gegenüber, wenn diese von einer breiten Mehrheit getragen wird.

>> In der Pflege, allen voran in der Altenpflege, steht derzeit die Diskussion um höhere Löhne im Fokus. Was das Lohnniveau angeht, findet sich Sachsen bundesweit dabei am Ende der Skala wieder. Wie kann Ihrer Meinung nach hier Abhilfe geschaffen werden?

Es ist sehr gut, dass die Pflegefachkräfte mit den Pflegestärkungsgesetzen besser als bisher bezahlt werden und die Pflegesätze in den Einrichtungen neu verhandelt werden konnten. Pflegekräfte verdienen eine größere gesellschaftliche Wertschätzung. Dazu gehört auch eine angemessene Bezahlung. Nur so kann der Beruf attraktiver werden, um Menschen für die Pflege zu gewinnen. Bereits seit 2014 haben sich Arbeitgeber im Freistaat Sachsen im Rahmen der freiwilligen Selbstverpflichtung „Pro Pflege Sachsen“ zu einer tarifgerechten Entlohnung bekannt. Hier gilt es, dran zu bleiben.

Stichwort Orientierung: Wäre bei einem flächendeckenden Tarifvertrag die Anlehnung an den Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes für die Pflege (TVöD-P) sinnvoll?

Es geht grundsätzlich darum, überhaupt einen flächendeckenden Tarifvertrag in der Pflege zu ermöglichen. Die entsprechende Einführung unterstütze ich. Die Gehälter von Kranken- und Altenpfleger sollten auch gleich hoch sein. Die Neben der Wertschätzung für den Berufsstand ist eine attraktive Vergütung maßgebliche Voraussetzung, um Menschen für den Beruf zu finden. Welcher Tarifvertrag dafür die Grundlage bilden soll, obliegt in erster Linie den Tarifvertragsparteien.

Potenzielle Lohnsteigerungen würden wohl steigende Eigenanteile für Pflegeheimbewohner nach sich ziehen. Diskutiert wird dahingehend eine Reform der sozialen Pflegeversicherung. Welches Modell würden Sie hier präferieren?

Der Anteil der älteren Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf wird künftig weiter ansteigen. Daher kann ich die Frage, ob die derzeitige Ausgestaltung der Pflegeversicherungsleistungen noch umfas-

send der Lebenswirklichkeit der pflegebedürftigen Menschen gerecht werden kann, sehr gut verstehen. Wir müssen uns grundsätzlich die Frage stellen, wie wir die Kosten insbesondere für die stationäre Pflege in Zukunft aufbringen wollen. Die Enquete-Kommission des Sächsischen Landtags hat sich ebenfalls intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt. Der Ende Januar 2019 übergebene Bericht enthält gute Ansatzpunkte für die Politik, diese Empfehlungen mit in den aktuellen Diskussionsprozess mit aufzunehmen.

Doch dies geht nicht allein – die Pflege ist komplex und viele Akteure tragen dazu bei, ein gutes pflegerisches Versorgungssystem bereitzustellen.

Grundsätzlich wird die Finanzierung der Pflegeversicherung und der Heimkosten bundesgesetzlich geregelt. Die Sächsische Staatsregierung steht auf Bundesebene und im Bundesrat für einen offen zu führenden, pflegepolitischen Diskurs über eine strukturelle Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bereit.

Die Berufsgruppe hat derzeit viele Fürsprecher in der Politik. Doch ist es nicht Zeit, dass die Pflege selbst auch mit einer stärkeren und einheitlichen Stimme spricht? Frau Klepsch, was halten Sie von der Institution Pflegekammer und wie stehen Sie der Einrichtung einer solchen in Sachsen gegenüber?

Grundsätzlich stehe ich dem Anliegen zur Errichtung einer Pflegekammer positiv gegenüber. Die Entscheidung darüber muss von einer breiten Mehrheit der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte getragen werden. Die Stärkung der Berufsgruppe ist mir ein wichtiges Anliegen. Die Mitglieder der Enquete-Kommission des Sächsischen Landtages bewerten die Idee zur Errichtung der Pflegekammer in ihrem Bericht unterschiedlich. Wichtig ist es in diesem Zusammenhang auch, die Entwicklungsprozesse in den Bundesländern mit bereits bestehender Pflegekammer intensiv weiter zu verfolgen.

Frau Klepsch, vielen Dank für das Gespräch. <<



Psyma-Studie zum Rauchverhalten in der Pflege

Gesund im Gesundheitsfachberuf?

Ist das Rauchverhalten von Angehörigen der Pflegefachberufe Ausdruck von Stress oder doch eher eine ritualisierte Handlung? Fakt ist, dass 31% der Beschäftigten in diesem Berufsfeld zur Zigarette greifen. Unter Pflegeschülern ist der Anteil der Raucher mit mehr als 50% sogar noch deutlich höher, wie eine Studie des Marktforschungsinstitutes Psyma Health & Care im Auftrag der Philip Morris GmbH herausgefunden hat. Aufklärung tut Not, denn die Risiken für folgenschwere Erkrankungen können minimiert werden. Stefanie Hollaus von Psyma stellte die Ergebnisse am 15. März in Berlin vor.

>> Die Zahlen sind alarmierend. Rund 31% der Kranken- und rund 41% der Altenpfleger sind Raucher. Im Vergleich zur Rauchprävalenz der Gesamtbevölkerung, die nach Zahlen des Mikrozensus 2017 bei 22,4% und der „DEBRA – Deutsche Befragung zum Rauchverhalten“ bei 28-29% liegen, ein deutliches Plus. „Für viele Pflegerinnen und Pfleger (35%) ist das Rauchen ein kollektives ‚Event‘ im Arbeitsalltag. Man hält damit den Kontakt zu den Kollegen und schafft Momente des Austauschs, die es ohne das Rauchen nicht gäbe“, sagt Stephanie Hollaus, wissenschaftliche Leiterin der Untersuchung von Psyma Health & Care. „Für gut ein Viertel der Befragten dient das Rauchen aber auch als Ausgleich zu Stress und Belastungssituationen (28%)“, so Hollaus weiter.

Dabei birgt das regelmäßige Verlassen des Arbeitsplatzes der Raucher eine Menge Konfliktpotenzial, wie beispielsweise Beschwerden von Kollegen (17%), die die weitreichenden Pausen beziehungsweise die arbeitsfreie Zeit kritisieren. 18% fühlen sich in ihrem Rauchverhalten beeinträchtigt und 14% sehen sich Beschwerden ihrer Führungskräfte ausgesetzt. Doch sind das hinreichende Gründe, um mit dem rauchen aufzuhören?

Die Frage nach jemals vorgenommenen Rauchstoppversuchen beantworteten 43% der 120 im Oktober 2018 telefonisch befragten examinierten Pflegefachkräfte mit „Ja“. Befragt nach der Motivation, im letzten Jahr das Rauchen einzustellen, sind es nur noch 23%, die solch ein Vorhaben kommunizieren. Wer

durch E-Zigaretten oder Tabakerhitzer hinweisen.

Psyma hat die Teilnehmer zu ihrem Wissensstand über die schädlichen Substanzen in der Zigarette befragt: 39% von ihnen wissen, dass der Verbrennungsprozess des Tabaks für raucherbedingte Krankheiten ist, doch 20% denken, das Nikotin sei

sum („Tobacco Harm Reduction“). 94% der Befragten können sich unter dem Begriff nichts vorstellen, doch für ein gutes Viertel (27%) ist der Umstieg auf risikoreduzierte Produkte denkbar. Weitere 59% werden als „Potenzielle Umsteiger“ klassifiziert.

„Viele langjährige Raucher in den Pflegeberufen haben noch nie probiert, mit dem Rauchen aufzuhören. Zusätzlich zu den herkömmlichen Optionen des Rauchstopps, kann gerade für diese Gruppe langjähriger Raucher der vollständige Umstieg auf risikoreduzierte Produkte eine echte Chance sein, endlich einen Schritt vom Zigarettenrauchen – und damit von dem größten gesundheitlichen Risikofaktor – weg zu machen“, kommentiert Dr. Alexander Nussbaum, wissenschaftlicher Sprecher von Philip Morris Deutschland, die Ergebnisse der Studie. „Bloße Apelle, mit dem Rauchen aufzuhören,



53 % der rauchenden Pflegerinnen und Pfleger sehen einen Zusammenhang zwischen ihrem Beruf und ihrem Rauchverhalten. Darstellung: Psyma

einen Versuch des Entwöhnens unternimmt, der verlässt sich meist auf die Willenskraft (85%), während zum Beispiel das Pflaster 96% bekannt ist, jedoch nur von 17% angewendet wird. 62% haben sich zu E-Zigaretten und Tabakerhitzern noch nie informiert. Und das, obwohl Studien mittlerweile auf eine Schadstoffminimierung

dafür verantwortlich. 17% sind sich ihrer Sache nicht sicher und 24% vermuten, dass sowohl die Inhalation der Verberennungsprodukte Tabaks, als auch das Nikotin verantwortlich sind. Mit diesen Ergebnissen, so die Studienautorin, decke sich auch das Verständnis der Befragten zum Konzept der Risikominimierung beim Tabakkon-

gehen an der Lebensrealität der meisten rauchenden Männer und Frauen vorbei. Mit Blick auf diejenigen Erwachsenen, die sonst weiterrauchen, wäre eine breit angelegte und sachliche Aufklärung über die Chancen, aber auch die Grenzen risikoreduzierter Alternativen zur Zigarette angebracht und wünschenswert“, so Nussbaum. <<

Ute Gehrke, Regine Wörmann, Markus Rohner, Stephan Schikorra
 Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V. (GPV)

Sieben Forderungen an die Politik

>> Am 07.11.2018 hatten sich im Rathaus Charlottenburg professionelle Akteure der Altenhilfe und geriatrischen Versorgung zum zweiten bezirklichen Pflēgetisch getroffen. Der Pflēgetisch ist ein offenes Gremium, zu dem alle Beteiligten der Versorgung und Unterstützung bedürftiger älterer Menschen eingeladen sind. An den sieben Forderungen haben neben aktiven Mitgliedern des GPV auch die Seniorenvertretung des Bezirks Charlottenburg-Wilmersdorf mitgearbeitet.

Aufgabenprofil der Pflege prüfen

Es stellt sich die Frage, ob bei dem derzeitigen Mangel an Pflegepersonal, die zu erfüllenden Aufgaben aus SGB V und SGB XI/XII nicht stärker durch aktive Gemeinschaften etc. unterstützt werden können. Anstelle einer auf kontinuierliche Leistungserbringung ausgerichteten Pflege erscheint eine umfassende – das Gemeinwesen und den Patienten aktivierende – Pflege sinnvoll. Um in diesem Kontext zu entscheiden, in welche Richtung sich die Pflege bewegen soll, sollte von kompetenten Mitgestaltern geprüft werden, wie das zukünftige Aufgabenprofil der Pflege aussehen soll. Eine weitere Akademisierung der Pflege sollte hierbei mitberücksichtigt werden.

Berufsbild der Pflege in der Öffentlichkeit verbessern

Die Darstellung der Pflege in der Öffentlichkeit ist geprägt von Respekt und Achtung, aber auch von negativen Begriffen wie Rückenleiden, Burn-out und Abrechnungsbetrug. Pflege muss besser und positiver nach außen dargestellt werden. Das gilt für die Medien, aber auch für die Darstellung der Pflege durch die Landes- und Bundespolitik. In einzelnen Projekten wurde in den letzten Jahren daran gearbeitet, Pflegekräfte als kompetente Partner in der Versorgung zu beteiligen ... und das mit Erfolg! Beispielsweise zeigt das „Berliner Projekt“, wie eine Kooperation zwischen Pflege und medizinischer Versorgung auf Augenhöhe gelebt werden kann. Über solche Projekte muss mehr und positiver gesprochen werden.

Fortsetzung des Dialogs zur Berliner Pflegekammer

Bisher steht die Einführung einer Pflegekammer in Berlin aus. Warum ist letztlich unklar. Bereits in der letzten Legislaturperiode ergab eine Umfrage unter Pflegefachpersonen eine deutliche Mehrheit für die Errichtung einer Pflegekammer. Bei allem Für und Wider erscheint uns die Pflegekammer als ein wichtiges Element, um die Vertreter der Pflege als gleichrangige Gesprächspartner im Versorgungssystem zu positionieren. Wir fordern daher die Fortsetzung des Dialogs zur Errichtung einer Landespflegekammer.

Unterstützung bei der Einbindung von ausländischen Pflegekräften

Es ist nicht ausreichend ausländischen Pflegekräften, einen Arbeitsplatz zu stellen, vielmehr müssen die sprachliche Integration, bezahlbarer Wohnraum und viele weitere Aspekte bedacht werden, um qualifizierte ausländische Pflegefachkräfte zu gewinnen und auch langfristig zu halten. Dazu gehören auch der Abbau von bürokratischen Hürden, eine bürgerfreundliche und transparente Abwicklung von Anerkennungsverfahren

und eine bedarfsorientierte Unterstützung bei Behördengängen. Dabei ist die Kooperation zwischen Behörden wichtig und verbesserungswürdig.

Bessere Ausgestaltung und Ausbau der Gedächtnissprechstunden

Mit Hilfe der Gedächtnissprechstunden kann die Demenzdiagnostik weiter verbessert und sowohl die Betroffenen als auch die Angehörigen im Umgang mit einer Demenzerkrankung unterstützt werden. In Charlottenburg-Wilmersdorf ist das Angebot an Gedächtnissprechstunden – gemessen am derzeitigen und zukünftigen Bedarf – nicht ausreichend. Gedächtnissprechstunden werden bisher finanziell nicht so ausgestattet, dass sie sich wirtschaftlich abbilden lassen. Wir fordern eine angemessene Finanzierung der Gedächtnissprechstunden.

Bessere Ausgestaltung und Ausbau der Kurzzeitpflegeplätze

Kurzzeitpflege hat eine wichtige Funktion bei der Umsetzung des Leitsatzes: „ambulant vor stationär“. Kurzzeitpflege ist ein wichtiges Element bei der Entlastung von Angehörigen und bildet aufgrund von kurzen Krankenhausverweildauern eine wichtige Brücke, um in die eigene Häuslichkeit zurückzukehren. Hohe formale Anforderungen und eine defizitäre Finanzierung sind die Basis für fehlende Kurzzeitpflegeplätze im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf. Wir fordern eine Unterstützung beim Aufbau von Kurzzeitpflegeplätzen und eine angemessene Finanzierung, die eine Sockelfinanzierung und weitere Maßnahmen beinhaltet.

Prävention ausbauen – Gesundheit intensiver fördern

Die präventiven Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen, die im Rahmen des Präventionsgesetzes vom Gesetzgeber und den Pflegekassen umgesetzt worden sind, sollten auch im ambulanten Bereich ausgebaut werden. Zudem wurden in vielen Einrichtungen die finanzielle Unterstützung für präventive Maßnahmen nicht genutzt, da die Neuerungen erst einmal als Belastung und zusätzliche Arbeit wahrgenommen wurden. Sinnvoll wäre es, den Nutzen von präventiven Maßnahmen für Pflegeeinrichtungen stärker herauszustellen und mit best practise Einrichtungen zu werben.

Viele Pflegenden sind einer hohen beruflichen psychischen Belastung ausgesetzt, die zu einem Burn-out führen kann. Aufgrund des hohen Leistungsdrucks in der Pflege verengen sich die Räume, um den sozialen Ansprüchen und Bedürfnissen der Beschäftigten nachhaltig Rechnung zu tragen. Ein Weg zur Berücksichtigung der Interessen der Beschäftigten liegt in der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Wir fordern die Politik auf, insbesondere kleinere und mittlere Unternehmen dabei zu unterstützen, ein BGM einzuführen.

Vergütung – Konkurrenz der Zeitarbeitsfirmen kanalisieren

Zeitarbeit stellt eine fast unüberwindliche Konkurrenz für die Pflegeanbieter dar. Zeitarbeiter verdienen besser und können sich ihre Einsatzzeiten aussuchen – hier ist die Politik gefordert Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, dass die Abwanderung der Pflegekräfte zu den Zeitarbeitsfirmen verhindert wird. <<

Prof. Dr. sc. Marion Schaefer

Ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen zwischen Erwartungen und Realität

Pflegebedürftigkeit ist abhängig vom Alter und/oder der Schwere von Erkrankungen, die eine selbständige Bewältigung von Alltagsanforderungen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt zulassen. Mit der inzwischen erreichten durchschnittlichen Verlängerung der zu erwartenden Lebenszeit wäre demnach auch eine Zunahme der Pflegebedürftigen zu erwarten. Diese Entwicklung wird jedoch dadurch abgeschwächt, dass Ältere heute – nicht zuletzt auf Grund der intensiveren medizinischen Betreuung – deutlich länger aktiv und selbstbestimmt bleiben als die Generationen vor ihnen. Eine Ausnahme bildet in diesem Zusammenhang die Zunahme demenzieller Erkrankungen, die auch besondere Anforderungen an die Pflege stellen.

>> Gleichzeitig ist eine gewisse Ernüchterung bezüglich der stationären Heimunterbringung von Pflegebedürftigen eingetreten, nicht zuletzt wegen immer wiederkehrender Meldungen in der Presse von Unregelmäßigkeiten in Pflegeheimen bis zur Verletzung von Persönlichkeitsrechten und im Ausnahmefall auch von Gewaltanwendungen. Dazu hat das Zentrum für Qualität in der Pflege Berlin erst kürzlich einen umfangreichen, vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen Bericht vorgelegt (1). Die Zahl der zu erwartenden Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes wächst nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (www.destatis.de) kontinuierlich:

Im Dezember 2013 waren in Deutschland 2,63 Millionen Menschen pflegebedürftig. Davon wurden 71% in der häuslichen Umgebung, oft teilweise oder vollständig von ambulanten Pflegediensten und 29% in Pflegeheimen versorgt. Im Dezember 2015 waren es schon 2,86 Millionen Menschen, wobei bereits 73% zu Hause versorgt wurden. Diese Entwicklung ist nicht zuletzt auf die Reform der Pflegeversicherung zurückzuführen, die mit den drei Pflegestärkungsgesetzen seit 1.1.2015 die ambulante Pflege stärker fördert als die stationäre (2).

Für das Jahr 2030 wird ein Anstieg der Pflegebedürftigen auf etwa 3,36 Millionen erwartet, wobei gleichzeitig der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung zunehmen wird: Ihr Anteil betrug 2005 rund 2,6%, er wird bis 2020 auf 3,6% und bis zum Jahr 2030 auf 4,4% ansteigen. Etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind auf Grund der höheren Lebenserwartung Frauen.

Pflegebedürftigkeit geht nicht nur mit einer Einschränkung der Alltagskompetenz einher, sondern ist auch von einem zuneh-

Zusammenfassung

Der Fortschritt in der Medizin hat nicht nur die Lebenserwartung erhöht, sondern auch die Zahl der Pflegebedürftigen sowohl in der eigenen Häuslichkeit als auch in Pflegeheimen. Da sie sich meistens nicht mehr um sich selbst kümmern können, muss die Gesellschaft sie in angemessener Weise unterstützen. Dieser Beitrag schlägt ein abgestimmtes Herangehen vor, das sowohl die eigenverantwortliche Prävention und Nachbarschaftshilfe umfasst als auch verschiedene Formen der öffentlichen Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung des möglicherweise beschränkten Zugangs, den Ältere dazu haben. Betreuungsaktivitäten sollten immer individuell angepasst sein, den Rechten und Erwartungen des Einzelnen Rechnung tragen und Kosten-Nutzen-Abwägungen einschließen, die in Zukunft durch geeignete digitale Lösungen unterstützt werden sollten.

Schlüsselwörter

medizinische Versorgung, Pflegebedürftige, Prävention, Nachbarschaftshilfe, Zugang zur Gesundheitsversorgung, individuelle Rechte, Kosten-Nutzen-Abwägungen, digitale Lösungen

menden Verlust der Kompensationsfähigkeit und der Selbständigkeit, insbesondere der Entscheidungsfreiheit geprägt, die bei einer Heimunterbringung zwangsläufig eingeschränkt ist. Gleichzeitig besteht häufig dennoch ein meist irrationaler Wunsch, das Leben in der gewohnten Form fortzusetzen.

Die Komplexität des Alterns unter sich stetig verändernden Rahmenbedingungen erfordert deshalb eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Betroffenen und den Beteiligten, einschließlich der Pflegenden und der behandelnden Ärzte. Dazu will dieser Text beitragen.

Präventionsansätze zur Verzögerung der Pflegebedürftigkeit

Lebensweise und Umweltbelastungen, einschließlich Stress, können die potenziell in relativer Gesundheit zu erwartende Lebenszeit deutlich verkürzen. Der Sachverständigenrat beziffert dieses nicht ausgeschöpfte Potenzial in einem Sondergutachten aus dem Jahre 2009 mit einem Anteil von 45% bis über 80% bei Männern, bei Frauen von 37% bis 76% und fordert mehr Initiativen zur Prävention der Pflegebedürftigkeit im Alter (3).

Zur Prävention einer vorzeitigen Alterung können sowohl körperliche und kognitive Trainingsmethoden eingesetzt werden, aber auch musikbegleitete Trainingsformen, für die inzwischen in Einzelstudien auch Nachweise ihrer Nutzeffekte erbracht wurden (4). Dass solche Angebote für Ältere als Präventionsansätze erkannt werden, setzt aber voraus, dass ein Grundwissen über Altersprozesse vorhanden ist und sie sich ihrer Zielstellung bewusst sind. Am erfolgreichsten dürften sie sein, wenn sie gar nicht als Seniorenangebote erkennbar sind, sondern der allgemeinen Fitness und dem körperlichen Wohlbefinden dienen. Wenn sie regelmäßig wahrgenommen werden, fördert dies gleichzeitig die soziale Interaktion und auch das psychische Wohlbefinden.

Es wird also in Zukunft darauf ankommen, solche Präventionsangebote für jüngere Senioren so zu kommunizieren, dass sie eine

große Breitenwirkung haben und gut akzeptiert werden. Dass Krankenkassen sie zunehmend finanziell unterstützen, sollte zur Regel für diejenigen werden, die sich eine Eigenfinanzierung nicht leisten können und einen hohen Bedarf an entsprechenden Trainingsangeboten haben.

Sind bereits körperliche Beeinträchtigungen eingetreten, z.B. nach größeren Operationen, Unfällen etc. sollte – sofern möglich – ein gut abgestimmtes Vorgehen bei Rehabilitation und Nachsorge dafür Rechnung tragen, dass keine schwere Pflegebedürftigkeit eintritt und der Betreffende weiterhin am sozialen Leben teilhaben kann.

Vorrangig akademisch orientierte Projektvorhaben, wie etwa der Leibniz-Forschungsverbund „Gesundes Altern“ mit seinen zahlreichen Verbundpartnern (5), sollten dabei unterstützt werden, ihre Ergebnisse einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich und für eine Förderung der Prävention nutzbar zu machen. Denn bislang dürften solche Initiativen in der Bevölkerung kaum bekannt sein.

Stärkung der Selbstverantwortung und des Eigenengagements

Dass man von eigener Pflegedürftigkeit verschont bleiben möge, ist ein häufig schon in frühen Lebensjahren formulierter Wunsch vieler Menschen. Dennoch werden erste Anzeichen meist verdrängt, und nur wenige sind bereit bzw. in der Lage, sich aktiv auf ein gesundes Altern vorzubereiten. Auch hier müsste mehr wirksame Aufklärungsarbeit im Sinne einer effektiven gesundheitlichen Prävention geleistet werden. Zumal andere, z.B. Nestlé Health Science, den Markt der gut situierten Senioren längst entdeckt haben und eine Vielzahl von Nahrungsergänzungsmitteln für diese Zielgruppe anbieten. Senioren sollten deshalb auch in die Lage versetzt werden, gesundheitsbezogene Werbeaussagen (Health Claims) kritisch einschätzen zu können. Gleichzeitig sollten Ratschläge zur Identifizierung seriöser Angebote bzw. gezielte Hinweise auf entsprechende Webseiten gegeben werden.

Wichtig wäre in diesem Zusammenhang auch die Vermittlung von Informationen darüber, bei welchen Beschwerden und Symptomen unbedingt ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden muss, besonders vor der Alarmierung des Notrufs. Hier könnten in Einzelfällen telemedizinische Messgeräte, die die Körperfunktionen überwachen, die Dringlichkeit weitgehend objektivieren.

Von Betroffenen selbst initiierte Projekte, wie etwa der bereits 1998 gegründete Berufsverband „Peer Counseling“, sollten ideell und finanziell unterstützt werden (6). Denn hier bemühen sich Behinderte darum, Personen, die z.B. nach Unfällen in eine ähnliche Lage geraten sind, so zu beraten, dass sie ihre verbleibenden Ressourcen möglichst wirksam für die selbständige Lösung ihrer Probleme bei einer Umstellung auf eine völlig veränderte Lebenssituation für ein weitgehend selbstbestimmtes Leben einsetzen können.

Prinzipiell gilt dies für alle Selbsthilfegruppen und vergleichbare Zusammenschlüsse. Da sie häufig durch regionale Initiativen einzelner Betroffener gegründet wurden, ist es für Hilfesuchende oft nicht einfach, eine Übersicht zu erhalten bzw. im Bedarfsfall möglichst schnell den am besten geeigneten Ansprechpartner in

ihrer Wohnortnähe zu finden. Zentrale Kontaktstellen wie die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. bzw. NAKOS oder SEKIS sind meist nur für diejenigen schnell auffindbar, die über einen eigenen Internetzugang verfügen. Hier sollte geklärt werden, wer am besten in der Lage ist, eine Case-Management-Funktion auszufüllen.

Ehrenamtliches Engagement und Nachbarschaftshilfe

Ehrenamtliches Engagement und Nachbarschaftshilfe bei der Mitbetreuung von leicht pflegebedürftigen Mitbewohnern oder Freunden und Bekannten ist wünschenswert, kann aber nicht generell vorausgesetzt oder gar eingefordert werden.

Je mehr öffentliche Aufmerksamkeit und Anerkennung das ehrenamtliche Engagement und die Nachbarschaftshilfe erfährt, desto eher werden sich einzelne Mitbürger dazu bereit erklären. Schon jetzt sehen viele darin eine sinnvolle Beschäftigung nach Erreichen der eigenen Altersgrenze und gleichzeitig eine sinnstiftende Tätigkeit im Alter. Solche Ansätze, wie sie z.B. durch die Ausbildung zu Sterbebegleitern schon gefördert werden, sollten noch stärker auch für eine Begleitung etwa bei Arztbesuchen oder Präventionstrainings genutzt werden.

Zuwendung und praktische Unterstützung bei kleineren Erledigungen kann prinzipiell auch im Rahmen der Nachbarschaftshilfe geleistet werden. In der Regel setzt dies voraus, dass schon zu gesunden Zeiten ein gutes nachbarschaftliches Verhältnis vorliegt und die Hilfebedürftigkeit von den Betroffenen auch klar geäußert werden muss.

Notwendige Differenzierung bei der Versorgung von Pflegebedürftigen

Lebensführung und Umgang mit Beschwerden und gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind höchst individuell und zusätzlich von der sozialen Situation und dem jeweiligen Umfeld geprägt. Der Wunsch jedes Menschen, dem in der Praxis so schwer gerecht zu werden ist, besteht darin, dass die individuellen Eigenheiten und Befindlichkeiten, einschließlich der individuell abrufbaren psychischen Bewältigungsstrategien nicht nur wahrgenommen, sondern auch berücksichtigt werden. Für Pflegebedürftige gilt diese Aussage in ganz besonderem Maße, zumal sie durch ihre Situation weit verletzlicher sind als Gesunde. Ärzten und Pflegekräften ist dieser Anspruch im Grundsatz bewusst, dennoch wird aus unterschiedlichen Gründen immer wieder dagegen verstoßen.

Auch das Wissen darum, dass Pflegebedürftigkeit nicht nur an das zunehmende Alter gebunden ist, sondern durch schwere Erkrankungen oder Unfälle auch in jüngeren Jahren eintreten kann, erfordert eine Anpassung an die individuelle Situation. Gleichermaßen sollten geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt werden, sofern ausreichende Erkenntnisse für eine differenzierte geschlechtsspezifische Behandlung bei älteren Männern und Frauen vorliegen.

Eine Differenzierung der ärztlichen Betreuung von Pflegebedürft-

tigen ist selbstverständlich auch dahingehend notwendig, ob sie sich noch im häuslichen Umfeld oder bereits in einer Pflegeeinrichtung befinden. Für beide Fälle sollten die Patientenverfügung, die Betreuungsverfügung und die Vorsorgevollmacht die wichtigsten Grundrechte des einzelnen fixieren und rechtzeitig, d.h. spätestens bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit vorliegen.

Bei der häuslichen Pflege werden Pflegebedürftige im Wesentlichen auf die Unterstützung durch Angehörige oder ihre Betreuer angewiesen sein und wie bislang üblich von ihren Hausärzten betreut. In diesem Zusammenhang dürfte künftig auch die strukturierte Tagespflege eine noch größere Rolle spielen, da sie eine Kompromisslösung zwischen der häuslichen und der stationären Pflege darstellt. Denn sie bietet dem Pflegebedürftigen einen weitgehend strukturierten Tagesablauf mit aktivierenden Angeboten und entlastet pflegende Angehörige.

Für die ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen gibt es bislang keine bundesweit einheitlichen Regelungen. Am bekanntesten dürfte das Berliner Modell sein, das bereits 1998 ins Leben gerufen wurde und noch immer als Vorzeigemodell gilt (7), aber nur in einigen wenigen Bundesländern eingeführt ist.

Für alle Pflegebedürftigen sollte die Zuständigkeit und Erreichbarkeit von Therapeuten geklärt sein. In den vergangenen Jahren sind hierzu eine Reihe von Ansprechstellen geschaffen worden, die aber nicht immer ausreichend bekannt sind. Hier könnte ein Case Management im Sinne einer möglichst effizienten Steuerung durch das System wertvolle Hilfestellung leisten. Das gilt vor allem für neuere, insbesondere die IT-gestützten Gesundheitsdienstleistungen, die sonst Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen möglicherweise verschlossen bleiben.

Schwerpunkte der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Schwerpunkte der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen ergeben sich in erster Linie aus den bekannten altersbedingten Erkrankungen, die akut auftreten oder chronische Verläufe zeigen. Eine Besonderheit der Krankheitsverläufe im Alter, die häufig mit funktionellen Verlusten verbunden sind und daher auch die Pflegebedürftigkeit im engeren Sinne bestimmen, ist die Tatsache, dass sich physiologische Alterungsprozesse und Krankheitsgeschehen überlagern bzw. im ungünstigen Fall auch verstärken können.

Hinzu kommt, dass psychische Faktoren oder demenzielle Einschränkungen den psychosomatischen Verlauf des Alterns und des Krankheitsgeschehens noch weiter differenzieren bzw. die Subjektivität des Gesundheitsgeschehens begründen. Diese Zusammenhänge wurden bereits 2009 durch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ausführlich dargelegt (8).

Legt man den Fokus auf die Prävalenz der als altersbedingt anzusehenden Erkrankungen, so sind folgende Indikationsgebiete zu nennen:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen/Herzinfarkt und Schlaganfall
- Stoffwechselerkrankungen/Diabetes
- Knochenbrüche/Osteoporose
- Arthrose
- Krebserkrankungen
- Depressionen
- Demenzen
- Chronische Bronchitis
- Inkontinenz

Literatur

1. https://www.zqp.de/wpcontent/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf
2. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=684>
3. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=195>
4. Wittig, R.: Alternativen zum Psychopharmakaeinsatz in Senioreneinrichtungen. Masterarbeit im Studiengang Consumer Health Care/ Charité Universitätsmedizin Berlin. Ibidem Verlag 2018
5. <http://www.leibniz-gemeinschaft.de/forschung/leibniz-forschungsverbuende/gesund-es-altern/>
6. <http://www.peer-counseling.org/index.php>
7. <https://www.wohnen-im-alter.de/pflege-aerztliche-versorgung-im-pflegeheim.html>
8. http://www.gbe-bund.de/pdf/Gesundh_Krankh_Alter.pdf
9. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile
10. http://www.lkhf.at/redaktion/uploads/files/1c8d7b2e37e17126eae980b5deb240d5/assessment_L_ndlepflegetag_2013.pdf
11. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318224/umfrage/selbstmordrate-in-deutschland-nach-altersgruppe/>
12. <https://www.test.de/Facharzttermin-Bei-Anruf-Arzt-4975763-0/>
13. https://www.aokgesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/brb/pflege/hkp/brb_hkp_muster_rahmenvertrag.pdf
14. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/>
15. http://www.aokgesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/index_13079.html
16. http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf
17. Dartsch, D.: Geriatrie Arzneimitteltherapie – Das richtige Maß finden. <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-312017/geriatrie-arzneimitteltherapie-das-richtige-mass-finden/>
18. http://www.bentonfrankincms.com/yahoo_site_admin/assets/docs/Buchman_Hand_Out_-liste-start-stopp-version.53101600.pdf
19. Schaefer, M.: Medikationsmanagement zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Dtsch. Apoth. Zeitg. 153 (2013)37, 3806 – 3815
20. <http://www.dggeriatrie.de/weiterbildung/facharzt-innere-medizin-und-geriatrie.html>
21. Renz, M.: Zeugnisse Sterbender - Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung. Junfermann Verlag GmbH Paderborn, 2000
22. <https://www.pflegemarkt.com/2015/11/09/die-liste-der-30-groessten-pflegeheimbetreiber-in-deutschland-2013/>
23. <https://www.pflegemarkt.com/2014/08/13/die-10-groessten-pflegeheime-in-deutschland/>
24. (http://www.telemedallianz.de/at_leistungserbringer_krankenhaeuser.html)
25. (<https://www.wohnen-im-alter.de/pflege-aerztliche-versorgung-im-pflegeheim.html>).

Zusätzlich wird häufig ein Nachlassen der sensorischen Leistungen (Sicht/Visus und Gehör) beklagt, der die subjektiv empfundene Lebensqualität weiter beeinträchtigt. Siehe dazu auch den RKI-Bericht Gesundheit in Deutschland 2015 „Wie gesund sind die älteren Menschen?“ (9).

Da die genannten Erkrankungen, die nur die im Alter am häufigsten vorkommenden repräsentieren, bei Senioren nicht selten gleichzeitig auftreten bzw. chronische Formen angenommen haben, ist das Leben im Alter oft von Multimorbidität und vor allem auch von ständigen Schmerzen geprägt. Ursachen dafür sind neben den bereits erwähnten Erkrankungen Polyneuropathien, osteoporotische Sinterungsfrakturen der Wirbelsäule, arthritische und arthrotische Veränderungen der großen Gelenke und auch Schmerzen im Rahmen von bösartigen Neubildungen. Auch multimodale Schmerzstörungen bei depressiven Syndromen sind zu berücksichtigen. Zudem spielen allgemein Umgebungsfaktoren und die noch erhaltenen sozialen Kompetenzen eine wichtige Rolle. Die psychische Verfassung des Pflegeheimbewohners, sein noch vorhandener oder auch nicht mehr vorhandener Lebensmut und seine soziale Interaktion mit den Mitbewohnern eines Pflegeheims modulieren die Schmerzwahrnehmung stark. Alles zusammen dürfte dazu beitragen, dass die Bewertung der eigenen Gesundheit mit zunehmendem Alter kontinuierlich abnimmt, aber dennoch die weitere Lebensführung in sehr unterschiedlicher Weise beeinflusst. Neben aktiven Gegenstrategien findet man deshalb auch völlige Passivität oder gar eine wissentliche Inkaufnahme der gesundheitlichen Konsequenzen von selbstzerstörerischen Verhaltensweisen.

In diesem Zusammenhang sollte bei allen Pflegebedürftigen von Zeit zu Zeit ein Assessment durchgeführt werden, um die gesundheitliche Situation und die Selbständigkeit einschätzen zu können. Dazu gibt es eine Reihe von Instrumenten, die zum Teil auch validiert oder zumindest erprobt sind (10).

Auch die individuelle Schmerzsituation bzw. der bisherige Umgang mit Schmerzepisoden lässt sich mit Hilfe von Fragebögen erheben und bei der Betreuung von Pflegebedürftigen berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sind zum Beispiel folgende Fragen zu klären:

- Welche Schmerzen sind dominierend? (Lokalisation: Kopf, Rücken, Gelenke, ...)
- Art der Schmerzen nach Selbstauskunft (stechend, permanent etc.)
- Dauer der Schmerzen bzw. Häufigkeit von Schmerzattacken
- Sind den Schmerz verstärkende oder lindernde Faktoren bekannt?
- Ermittlung des individuellen Schmerzerlebens mit Hilfe von Schmerzskalen
- Schmerzbedingte Einschränkungen des Alltagslebens
- Gibt es Erfahrungen mit schmerzlindernder Bewegungstherapie?
- Einschätzung des psychogenen Schmerzanteils
- Bisheriger Umgang mit Schmerzmitteln/Häufigkeit des Einsatzes
- Bevorzugte Schmerzmittel (welche helfen Ihnen am besten?)
- Woher bekommen Sie Ihre Schmerzmittel?
- Abklärung eines eventuellen Abhängigkeitspotenzials
- Ausschluss schmerzmittelinduzierter Schmerzen
- Medikationscheck/Analyse arzneimittelbezogener Probleme (Interaktionen etc.)

Ein wesentlicher Teil dieser Fragen wird bereits im Rahmen des regulären Schmerz-Assessments in Pflegeheimen erhoben. Wie gut und ob es bereits flächendeckend umgesetzt ist, kann im Augenblick nicht beurteilt werden.

Grundsätzlich muss man immer davon ausgehen, dass auch ältere multimorbide Patienten von ihren Ärzten zumindest eine Linderung ihrer Beschwerden erwarten, wenn sie schon nicht von ihren Grundleiden geheilt werden können. Dies setzt voraus, dass auch sie nach den geltenden Leitlinien und Standards diagnostiziert und behandelt werden. Gleichzeitig muss der Arzt ein ausreichendes Einfühlungsvermögen für ihre individuelle Lebenssituation, mögliche Ängste und Hoffnungen aufbringen.

Bekanntermaßen gibt es auch noch immer altersbedingte Erkrankungen, die schlecht behandelbar sind, etwa die Sarkopenie, Schluckstörungen, Parkinson, chronifizierter Pruritus, Inkontinenz u.a. Therapeutischer Nihilismus ist aber für die Betroffenen sehr belastend, zumal mitunter der Eindruck entsteht, dass hier im Gegensatz zu anderen hochaktuellen Forschungsfragen kaum in Forschung investiert wird.

Wenn multimorbide Patienten keinen Ausweg aus ihren Leiden sehen, führen die sich verstärkenden körperlichen Beschwerden, verbunden mit einem zunehmenden Sinnverlust häufig in die Depression, für deren Therapie im Alter andere Ansätze gefunden werden müssen als bei jüngeren Patienten. Chronische Erkrankungen und die damit verbundenen körperlichen Funktionseinschränkungen führen – insbesondere, wenn sie von psychischen Erkrankungen begleitet werden – nicht selten zu einer Erhöhung des Suizidrisikos und der Suizidrate, vor allem bei Männern. Die altersabhängige Entwicklung der Suizidrate pro 100.000 Einwohnern zeigt bereits ab der Altersgruppe 45-49 Jahre eine leichte, ab 70-74 Jahren eine deutlich steigende Tendenz, die bei den über 90-Jährigen am stärksten ausgeprägt ist (11).

Nur wenn es im Einzelfall gelingt, die Beschwerden des Alterns um die Anteile mit behandelbarem Krankheitswert zu reduzieren, kann auch für die Gesellschaft insgesamt ein Zugewinn an relativ gesunden Lebensjahren erreicht bzw. eine Verlängerung der Lebenszeit in Krankheit vermieden werden.

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen obliegt nach § 75 des SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen, egal ob es sich um Pflegebedürftige in der häuslichen Umgebung oder in Pflegeheimen handelt.

Auf Grund der meist vorliegenden Multimorbidität müssen gerade in dieser Altersgruppe häufig Fachärzte in Anspruch genommen werden. Um die mitunter langen Wartezeiten abzukürzen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen seit Januar 2016 verpflichtet, Terminalservicestellen zu betreiben, die bei Vorliegen einer Überweisung (außer bei Augenärzten und Gynäkologen) in angemessener Frist einen Behandlungstermin in zumutbarer Entfernung anbieten müssen. Die Dringlichkeit schätzt der überweisende Arzt dabei mit Hilfe einer Codenummer ein, die der Patient bei seinem Terminer-

suchen angeben muss und deren Inhalt er nur kennt, wenn ihn der Arzt darüber vorab informiert hat.

Nach einjähriger Erfahrung funktioniert dieses System allerdings kaum besser als die frühere Regelung: Patienten wissen oft gar nichts von der Existenz der Terminservicestellen, und über die angemessene Frist der Terminvermittlung und die Zumutbarkeit der Entfernung herrschen offenbar unterschiedliche Auffassungen (12).

Für Pflegebedürftige ist diese Situation besonders unbefriedigend, da sie sich in der Regel nicht mehr selbst um Arzttermine kümmern und lange Wartezeiten gravierende Folgen haben können. Da andererseits verhindert werden muss, dass Pflegebedürftige unnötige oder nicht mehr lebensverlängernde diagnostische oder therapeutische Maßnahmen über sich ergehen lassen müssen, stellt dies an die Betreuenden und die behandelnden Ärzte hohe fachliche und ethische Anforderungen. Liegt eine Patientenverfügung vor, kann sie für die Entscheidungsfindung ebenso herangezogen werden wie die Aussagen von Angehörigen oder Betreuenden. Grundsätzlich muss aber gerade bei Pflegebedürftigen gelten, dass lebensverlängernde therapeutische Maßnahmen immer von einer individuellen Nutzen-Risiko-Bewertung begleitet sein müssen, die die Verbesserung oder zumindest den Erhalt der Lebensqualität einschließt.

Dies setzt voraus, dass die behandelnden Ärzte ihre Patienten nach Möglichkeit über einen längeren Zeitraum begleiten. Bei der Pflege im häuslichen Bereich wird dies in der Regel durch den Hausarzt gewährleistet. Für die Pflegeheime kann das Berliner Modell diesem Anspruch bisher am besten genügen. Denn es sieht vor, dass Ärzte entweder durch das Pflegeheim eingestellt werden, was eine entsprechende Größe voraussetzt, oder vertraglich an das Haus gebunden werden.

Es wäre deshalb nicht nur wünschenswert, dieses Modell bundesweit einzuführen, sondern zumindest für den Bereich der Pflegeeinrichtungen noch weiter zu präzisieren, z.B. durch konkretere Empfehlungen zu einem ärztlichen Versorgungsschlüssel.

Unabhängig davon muss nach weiteren Möglichkeiten gesucht werden, die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen wirksam zu verbessern, gegebenenfalls auch zusätzlich zum kassenärztlichen Sicherstellungsauftrag. Dazu zählen spezifische Versorgungsverträge, aber auch die Option, Fachärzten die Möglichkeit einzuräumen, zu feststehenden Terminen eine Sprechstunde in Pflegeheimen anzubieten. Künftig sollten auch Pflegeheimbewohner bzw. die betreuenden Pflegekräfte eine telemedizinische Beratung in Anspruch nehmen können.

Versorgungsverträge der Krankenkassen zur ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Versorgungsverträgen zwischen unterschiedlichen Krankenkassen, die als Vertragspartner oft im Verbund auftreten, und einzelnen ambulant tätigen Pflegediensten, wobei der Geltungsbereich genau definiert ist. Der Pflegedienst erbringt dabei unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots „häusliche Krankenpflege im Rahmen der ver-

tragsärztlichen Behandlung“. Als unmittelbare Ziele gelten die Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und die Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung, wobei die Selbstversorgungskompetenz des Versicherten zu respektieren und zu fördern ist (13).

Einen Schritt weiter geht das von der AOK Nordost 2011 initiierte Programm der integrierten Versorgung careplus, das in Berlin und Brandenburg „durch den Aufbau einer spezifizierten, kooperativen und aufeinander abgestimmten medizinischen Versorgungsform die Versorgungs- und Lebensqualität der in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Bewohner verbessern will“ (14).

Es soll die Versorgungs- und Lebensqualität der in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Bewohner erhöhen, und zwar durch die Einbeziehung geeigneter Leistungserbringer, d.h. interessierter Ärzte und Therapeuten, durch den Träger der Pflegeeinrichtung. Dadurch sollen ärztliche, medizinisch-therapeutische und pflegerische Leistungen optimal aufeinander abgestimmt und unnötige Krankenseinweisungen möglichst vermieden werden.

Zudem zielt das Modell auf eine verbesserte Qualität der Arzneimitteltherapie in den stationären Pflegeeinrichtungen. Das careplus OAV-Modell wurde von 2011 bis 2013 in vier Berliner Pflegeheimen evaluiert, wobei Ärzte, Pfleger, Apotheker und geriatrische Pharmazeuten miteinander kooperierten. Als spürbare Effekte wurden eine Reduktion der vermeidbaren Nebenwirkungen um 80-90% erreicht, die Zahl der Stürze um etwa 60% gesenkt und die Zahl der pro Patient verordneten Arzneimittel dauerhaft auf durchschnittlich 5 Verordnungen herabgesetzt. Dadurch kam es zu ca. 25% weniger Krankenseinweisungen im Vergleich zu Heimbewohnern, die nicht in das Programm eingeschlossen waren (15).

Da nur AOK-Patienten von diesem multidisziplinären Programm profitieren können, bedeutet dies aber einen Verstoß gegen das Gebot der Gleichbehandlung aller Versicherten, so dass künftig zu fordern ist, dass entsprechende Programme allen Bewohnern von Pflegeeinrichtungen angeboten werden sollten.

Umsetzung eines effektiven Medikationsmanagements

Das in das careplus Programm der AOK integrierbare Modell einer optimierten Arzneimittelversorgung erfüllt in seinem Grundanatz die Anforderungen an ein effektives Medikationsmanagement. Darunter ist eine bisher nicht fest vorgeschriebene Abfolge einzelner Schritte zu verstehen, die dazu beitragen sollen, dass der individuelle Patient optimal von seiner Arzneimitteltherapie profitiert und möglichst keine unerwünschten Arzneimittelwirkungen tolerieren muss.

Beim Medikationsmanagement wird die gesamte Medikation eines Patienten einer systematischen Analyse unterzogen, um sogenannte arzneimittelbezogene Probleme zu erkennen (Doppelverordnungen, Compliance/Adhärenz-Probleme, Interaktionen, Kontraindikationen, Dosierungsprobleme, Unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Anwendungsprobleme) und diese anschließend so zu lösen, dass der Patient in optimaler Weise von seiner Arzneimitteltherapie profitieren kann. Zusätzlich kann auf die Einhaltung

bestimmter Normvorgaben geprüft werden, etwa bei Laborparametern, bezüglich der Priscus-Liste (16) oder den START-STOPP-Kriterien (17), (18).

Ein Teil des Medikations-Checks, also die unmittelbare systematische Prüfung auf arzneimittelbezogene Probleme, kann durch Apotheker oder andere Heilberufler durchgeführt werden. Andere Checks, wie die Kontrolle der Laborparameter, gehören in die Hand der behandelnden Ärzte. Auch die Umsetzung von Lösungsvorschlägen muss zumindest bei den rezeptpflichtigen Arzneimitteln letztlich durch die Ärzte erfolgen, so dass eine enge Kooperation zwischen allen beteiligten Heilberuflern unerlässlich ist.

Grundvoraussetzung für die Durchführung eines Medikations-Checks ist die systematische Erfassung bzw. Fortschreibung der gesamten Medikation eines Patienten (Medikationshistorie, einschließlich Rx und OTC) wie sie auf dem Medikationsplan vorgesehen ist. Der eigentliche Medikations-Check kann aber nur mit Hilfe definierter Algorithmen vorgenommen werden, die in ein (standardisiertes) Softwareprogramm integriert sind. Zur besseren Veranschaulichung transformiert das Programm die Medikationshistorie in ein sogenanntes Medikationsprofil, das die Arzneimittelanwendung eines Patienten über einen Zeitraum von 6 Monaten ausweist.

Nutzeffekte des Medikationsmanagements können sachlogisch sehr gut begründet werden (Vermeidung von unnötigen Doppelverordnungen, Verbesserung der Compliance/Adhärenz, Vermeidung von Interaktionen, Kontraindikationen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen), die sonst zusätzliche Kosten verursacht hätten. Einflüsse auf die Reduzierung der Krankenhauseinweisung oder der Liegetage sind durch Studien nachgewiesen worden. Der Effekt des Medikationsmanagements auf die Verbesserung der Lebensqualität ist hingegen differenzierter zu betrachten, da er von zahlreichen anderen Einflussfaktoren überlagert sein kann.

Eine systematische Durchführung des Medikationsmanagements erfordert je nach Komplexität des individuellen Therapieregimes einen unterschiedlich hohen Zeitaufwand und muss in den täglichen Arbeitsablauf integriert werden. Die Bundesapothekerkammer unterscheidet deshalb drei Stufen des Medikationsmanagements, je nachdem, ob eine einfache Prüfung (Check der aktuellen Medikation) oder eine umfassende Prüfung über den Zeitverlauf gemäß den o.g. Schritten durchgeführt wird.

Ein umfassendes Medikationsmanagement sollte deshalb zunächst nur denjenigen Patienten angeboten werden, die davon in überdurchschnittlichem Maße profitieren, weil sie multimorbide sind und mehr als 5 Arzneimittel gleichzeitig anwenden.

Dies werden in der Regel ältere Patienten sein, von denen aber noch eine aktive Mitwirkung bei der Umsetzung der unterbreiteten Lösungsvorschläge erwartet werden kann. Da bei älteren Patienten meist auch häufigere Krankenhausaufenthalte notwendig werden, muss besonders für sie die sogenannte Entlassmedikation sicherstellen, dass die im Krankenhaus begonnene Therapie ohne unzumutbaren Aufwand lückenlos weitergeführt werden kann. Bei etwaigen Therapieumstellungen nach der Krankenhauserlassung muss durch das Medikationsmanagement gewährleistet werden, dass keine neuen arzneimittelbezogenen Probleme auftreten. Für

eine Prioritätensetzung bei der Prüfung auf arzneimittelbezogene Probleme liegen inzwischen Vorschläge vor (19).

Kommunikation und Kooperation bei der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Betreuung und Behandlung von Pflegebedürftigen stellt in den meisten Fällen besonders hohe Anforderungen an die Kommunikation unter den Beteiligten, aber auch mit dem Pflegebedürftigen selbst. Denn auf Grund der meist vorliegenden Multimorbidität sind in der Regel mehrere Fachärzte in die Betreuung einbezogen, und die Zahl der Krankenhauseinweisungen nimmt in der Tendenz ebenfalls zu. Die Komplexität des Krankheitsgeschehens macht häufig eine Prioritätensetzung erforderlich, die oft von den Betroffenen nicht ohne weiteres nachzuvollziehen ist und nicht nur besonderes Einfühlungsvermögen bei der Kommunikation, sondern auch Zeit erfordert, die im Alltag oft nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung steht.

Eine elektronische Patientenakte, in der neben den gesundheitsrelevanten Patientendaten auch alle Diagnosen sowie die davon abgeleiteten Therapiemaßnahmen und erforderliche Kontrolltermine dokumentiert sind und von allen an der individuellen Betreuung eines Patienten beteiligten Heilberuflern abrufbar sind, ist deshalb gerade für ältere Patienten eine unerlässliche Voraussetzung. Zudem müssen bei diesem Personenkreis häufig auch die Angehörigen oder betreuende Personen oder Einrichtungen informiert werden, wobei es nach Möglichkeit nicht zu Dissonanzen bei der Informationsvermittlung kommen sollte.

Wo immer möglich, sollte deshalb zusätzlich eine schriftliche Übermittlung der gegebenen Informationen erfolgen.

Fort- und Weiterbildung von Ärzten für die Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Behandlung und Betreuung von Pflegebedürftigen muss sich nicht nur an den vorherrschenden Erkrankungen orientieren, sondern erfordert auch eine einfühlsame Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Situation und der sozialen Ressourcen im jeweiligen persönlichen Umfeld. Da jeder Arzt auch ältere Patienten hat, sammelt er im Laufe der Zeit Erfahrungen und kennt in der Regel auch ihre Vorgeschichte. In besonderen Fällen kann es aber notwendig werden, einen Fachmann in geriatrischer Medizin zu Rate zu ziehen, der eine entsprechende Ausbildung durchlaufen hat.

Dazu hat die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie ein detailliertes Weiterbildungsprogramm zum Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie vorgelegt, das insgesamt eine Weiterbildungszeit von 72 Monaten vorsieht. Bisher ist es jedoch nur in den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt umgesetzt worden (Stand Januar 2017) (20).

Die Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie sehen sich dabei nicht in Konkurrenz zu den betreuenden Hausärzten, sondern bieten – sofern dies aus ihrer Sicht und Erfahrung möglich ist – Rat in einer Situation, in der der Hausarzt mit seinem Patienten nicht mehr weiterkommt.

Rechte von Pflegebedürftigen/Ethische Ansprüche am Lebensende

Mit Erreichen der altersbedingten Pflegebedürftigkeit rückt in den meisten Fällen auch das Lebensende näher, gleichzeitig hat sich die durchschnittliche Zeitspanne der Pflegebedürftigkeit in den letzten Jahren reduziert. Die nahezu vollständige Abhängigkeit des Pflegebedürftigen von seinen Betreuenden, sei es im Pflegeheim oder zu Hause, führt über kurz oder lang zu einem Ich-Verlust, für den es unter den jetzigen Bedingungen pflegerischer Tätigkeit kaum Gegenstrategien gibt. Dies dürfte mit der bewussten oder unbewussten Verdrängung von Tod und Sterben im gesunden Leben zu tun haben, obwohl Menschen seit ihrer Kindheit von der Endlichkeit des eigenen Lebens wissen.

Sieht man von der im Grundgesetz genannten Feststellung ab, dass die Würde des Menschen unantastbar sei, so existieren rechtliche Ansprüche von Pflegebedürftigen nur insoweit als sie in dem dafür vorgesehenen Rahmen juristisch fixiert sind, also in der Patientenverfügung, der Betreuungsverfügung, der Festlegung zur Organspende und ggf. einer Vorsorgevollmacht. Mit seinem Beschluss vom 6. Juli 2016 hat der Bundesgerichtshof zusätzlich präzisiert, welche inhaltlichen Voraussetzungen an eine Patientenverfügung zu stellen sind (Az. XII ZB 61/16). Demnach muss sie ausreichend konkrete Angaben zu wichtigen Behandlungsentscheidungen enthalten. Anderenfalls kann die Verfügung unwirksam sein. So muss zum Beispiel auch festgelegt werden, in welcher Situation eine künstliche Ernährung erfolgen oder nicht erfolgen soll und ob und welche Schmerzmittel verabreicht werden sollen.

Bevollmächtigte Personen können darüber hinaus Anzeige erstatten, wenn sie der Auffassung sind, dass es bei der Behandlung von Pflegepersonen zu Fehlern, Unregelmäßigkeiten oder gar Misshandlungen gekommen ist.

Die Idealvorstellung eines jeden Menschen, möglichst im Schlaf und ohne größere Schmerzen zu sterben, wird sich aber nur für die wenigsten erfüllen. Umso wichtiger ist es, sich noch in gesunden Jahren mit dem Prozess des Sterbens auseinanderzusetzen und sich auch mental auf das letzte große Ereignis im Leben, den eigenen Tod, einzustellen und vorzubereiten. Das Thema eines „guten Sterbens“ gehört nicht nur in die Obhut der Kirchen und Hospize, sondern es erfordert, dass Rituale und Techniken, etwa der Meditation, vermittelt werden, die diesen letzten Schritt erleichtern. Auch der zunehmende Einsatz von Sterbebegleitern trägt dazu bei, dass die individuelle Lebenserfahrung des Sterbeprozesses, der sich über Tage und Wochen hinziehen kann und durch verschiedene Stufen des Fremdwerdens im eigenen Leben gekennzeichnet ist, dem öffentlichen Bewusstsein zugänglich werden. So empfinden viele, die diesen Prozess mehr oder weniger bewusst erleben, das Sterben als eine Art Durchgangsstadium in eine andere Dimension. Ungestört ablaufen kann dieses körperliche und sinnliche „Transzendieren“ nur, wenn eine ausreichende Schmerzlinderung erfolgen kann, keine belastenden Probleme mehr offen sind und inneres Einverständnis mit dem Tod gegeben ist (21).

Strukturelle und funktionelle Veränderungen in bestehenden Pflegeheimen

Die 1995 durch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung ausgelöste rasche Erweiterung der Pflegeheimkapazität hat einen Pflegemarkt geschaffen, auf dem auch nach markt- und betriebswirtschaftlichen Grundsätzen agiert wird. Zwar hat sich laut Angabe des Statistischen Bundesamtes die durchschnittliche Zahl der pro Pflegeheim verfügbaren Betten von 65 im Jahr 1999 auf 63 im Jahr 2015 nicht wesentlich geändert, doch bei den sogenannten Marktführern der Pflegeheimbetreiber – darunter sind auch zunehmend ausländische Betreiber – ergibt sich ein anderes Bild: Bei den 30 größten von ihnen liegen die pro Pflegeheim durchschnittlich verfügbare Bettenzahl bei bis zu 240 (MÜNCHENSTIFT GmbH, eine hundertprozentige Tochtergesellschaft der Stadt München) (22).

Sieht man sich die 10 größten Pflegeheime Deutschlands an, ergeben sich noch ganz andere Größenverhältnisse. So verfügt das Hospital zum Heiligen Geist in der Hansestadt Hamburg über 950 Pflegeplätze und beherbergt insgesamt rund 1.100 Bewohner im Pflegebereich oder betreuten Wohnen. Bei der zweitgrößten Einrichtung, dem Rehabilitations- und Pflegezentrum des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein sind es immerhin noch Plätze für 660 Patienten (23).

Bei diesen Größenordnungen müssen die Arbeitsabläufe rationell durchgeplant werden, meist zu Lasten der Pflegebedürftigen, die – von den sogenannten Beschäftigten abgesehen – dadurch in eine zunehmend passive Rolle gedrängt werden. Zusätzliche, aktivierende und begleitende Angebote sind dabei häufig mit höheren Kosten verbunden. Insgesamt hat dies zu einer gewissen Ernüchterung geführt, was stationäre Pflegeheime leisten können. Gleichzeitig wird offenbar verstärkt auf die ambulante Betreuung in der häuslichen Umgebung gesetzt, die inzwischen auch einen beachtlichen Organisationsgrad erreicht hat. Allein die größten 10 Pflegedienstbetreiber, unter denen auch 5 der besten sind, versorgen zusammen 14.300 Patienten. Die genannten Pflegedienstbetreiber unterhalten zwischen 10 und 45 Standorte, durch die durchschnittlich zwischen 50 und 100 Patienten ambulant betreut werden.

Für beide Pflegedienstformen ist der Dokumentationsaufwand in den letzten Jahren deutlich gestiegen, was nicht zuletzt auch durch einzelne Fälle von Abrechnungsbetrug forciert wurde. Seit 2008 werden Pflegeheime und seit 2009 auch die ambulanten Pflegedienste einer systematischen Qualitätskontrolle unterzogen, deren Ergebnisse in einem Notenschlüssel abgebildet werden, der aber immer wieder in der Kritik steht bzw. auch als Marketinginstrument verwendet wird.

Pflegeheime und Pflegedienste agieren demnach in einem sich stetig wandelnden Spannungsfeld, das von den Bedürfnissen der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen ebenso beeinflusst wird wie von den Wirtschaftlichkeitsgeboten und damit verbundenen Kosten.

Bezüglich der ärztlichen Versorgung kooperieren ambulante Pflegedienste in der Regel mit den in der Region niedergelassenen Ärzten und vermitteln auch notwendige Facharzttermine. Für stationäre Pflegeheime sollte ab einer bestimmten Bettengröße zumindest ein

Arzt angestellt oder für eine feste Zusammenarbeit nach dem Berliner Modell gewonnen werden. Dies ist besonders für Pflegeheime in ländlichen Regionen problematisch, weil hier meist ohnehin Ärztemangel herrscht. Hier wäre zu prüfen, inwieweit über telemedizinische Konsiliardienste eine Unterstützung erfolgen könnte (24).

Betriebswirtschaftliche Aspekte der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Da die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen bisher nicht bindend geregelt ist, gibt es kaum Studien, die sich mit diesem Thema befassen. Im Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, die das BMG in Auftrag gegeben hat und die 2011 vorgelegt wurde, ist die ärztliche Versorgung nicht erwähnt. Gleiches gilt für eine ebenfalls vom BMG initiierte Studie „Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme“, deren Abschlussbericht 2013 erschien.

Auch die seit dem 1. Januar 2014 in Kraft getretene Rahmenvereinbarung (nach § 119 b SGB V), wonach die „kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeheimen“ – ähnlich wie im Berlin Modell – gefördert werden soll, hat daran offenbar wenig geändert. Für das Berliner Modell gibt es immerhin einige Aussagen, die die Nutzeffekte einer geregelten ärztlichen Versorgung von Pflegeheimen belegen: Die Bewohner der einbezogenen Pflegeheime wurden seltener in ein Krankenhaus überwiesen, weil rund um die Uhr eine medizinische Betreuung gewährleistet wurde. Während die Pflegekassen in einem typischen Berliner Heim 2005 im Schnitt 78 Kliniküberweisungen pro 100 Bewohner registrierten, lag diese Quote in dem Projekt bei durchschnittlich 35 (25).

Die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen sollte deshalb durch die Versorgungsforschung stärker als Thema aufgegriffen bzw. aus dem Innovationsfonds gefördert werden. Nach Möglichkeit sollten dabei die in der Routine ohnehin erfassten Daten genutzt werden, was aber die Anwendung einheitlicher „IT-Standards im Gesundheitswesen“ voraussetzt. <<

Requirements for the medical care of elderly in need of special care

The progress of medicine has not only increased life expectancy but also the number of elderly people in need of special care either at their own homes or in nursery homes. As they are usually no longer in the position to care for themselves the society has support them in an adequate way. This article suggests a balanced approach which comprises prevention, also under their own responsibility, and neighborly help as well as different forms of public health care considering the limited access which the elderly may have. Care activities should be as individualized as possible, consider individual rights and expectations and include cost-benefit considerations, which in future should be supported by appropriate digital solutions.

Keywords

Elderly medical care, prevention, neighborly help, access to health care, individual rights, cost-benefit considerations, digital solutions

Autorenerklärung

Die Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Prof. Dr. sc. Marion Schaefer

studierte Pharmazie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und wurde an der Humboldt-Universität habilitiert. Sie initiierte und leitet den Masterstudiengang Consumer Health Care an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Sie ist Mitgründerin des Pharmaceutical Care Network Europe und Mitglied der AG Gesundheit 65 PLUS.

Kontakt: schaefer@zeg-berlin.de



BERLINER

AUS DER PRAXIS – FÜR DIE PRAXIS

PFLEGEKONFERENZ

6. Berliner Pflegekonferenz
Westhafen Event & Convention Center Berlin

SAVE THE DATE!

Donnerstag, 7.11.2019

Konferenzorganisation

Mail: info@berliner-pflegekonferenz.de
Fon: +49 30 21 23 36 110

JETZT ANMELDEN!
www.berliner-pflegekonferenz.de



Unsere neue Web-App! Schnell, einfach, transparent.

Mit allen Infos zur Berliner Pflegekonferenz 2019,
an jedem Ort, zu jeder Zeit.

**Keine Kosten, kein Download –
jetzt verfügbar!**

