

**monitor**

# PFLEGE

Fachzeitschrift zu Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



**Dr. Peter Pick:**

„Primär haben wir einen ganz neuen Prüffokus, in dem wir die versorgungsrelevanten Aspekte der Bewohner in den Blick nehmen.“

## Neues Qualitätssystem

Dr. Peter Pick berichtet über das neue Prüf- und Qualitätssystem in der stationären Langzeitpflege und die MDK-Reform.

## Pflegende Angehörige

Im Trend-Dossier der Gesundheitsforen Leipzig: Innovative Kommunikationsansätze, Pflege Ko-Pilot und Prävention.

## Personalbemessung

Das DKI meldet Zwischenergebnisse zum „Krankenhaus Barometer 2019“; und Widerstand formiert sich.



**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.

## Neues Qualitäts- und Prüfsystem des MDK

>> **Titelinterview mit Dr. Peter Pick, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)** S. 6 ff.

*Das neue Qualitäts- und Prüfsystem startet in der stationären Pflege. Am 1. Oktober fällt in den Einrichtungen der Startschuss für die eigene Bewertung des Status der Bewohner. Diese Ergebnisse werden eine der drei Säulen des neuen Qualitäts- und Prüfsystems: Ergebnisindikatoren, MDK-Prüfung und Qualitätsdarstellung. Insgesamt stellt das neue Verfahren die versorgungsrelevanten Aspekte der Bewohner stärker in den Prüffokus und bezieht die Einrichtungen erheblich stärker in die Bewertung ein. Durch ein Benchmarking soll der Dialog zwischen Medizinischem Dienst und den Pflegeeinrichtungen deutlich gestärkt werden. Sicherlich wird diese Herangehensweise auch auf die ambulante Pflege übertragen werden.“*

*Wir haben dazu ein Gespräch mit **Dr. Peter Pick**, dem Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), über Einzelheiten und Hintergründe des neuen Verfahrens geführt. Zusätzlich auch über das kommende MDK-Reformgesetz, dass die Medizinischen Dienste noch unabhängiger von den Krankenkassen machen will. Der Entwurf des MDK-Reformgesetzes stößt bisher auf durchaus geteiltes Echo.* > S. 10

**6. Berliner Pflegekonferenz und Interview mit Yves Rawiel** > S. 14

*Am 7. November 2019 findet die Berliner Pflegekonferenz statt. Es geht dabei um alle aktuellen Fragen und Probleme, z.B. wie wir die Versorgungsunterschiede zwischen Flächenländern und Ballungszentren in der Pflege besser meistern. Wir haben dazu ein Gespräch mit **Yves Rawiel** geführt, dem Initiator und Geschäftsführer von spectrum.*

**DKI Krankenhaus Barometer 2019: Zwischenergebnisse zu Pflegepersonaluntergrenzen** > S. 22

*Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) präsentiert als Zwischenergebnis einer repräsentativen Umfrage die Zahlen zu Pflegepersonaluntergrenzen in Kliniken, pflegesensitiven Allgemeinstationen und Intensivstationen. Bisher sind die Daten von rund 200 Krankenhäusern erfasst. Die Zahlen zeigen, dass die Pflegepersonaluntergrenzen nach Einschätzung der Krankenhäuser zu gravierenden Einschränkungen bei der Versorgung führen. Deshalb fordert das DKI, „den Umstieg auf ein Pflegepersonalbemessungsinstrument jetzt einzuleiten“.*

**Angehörige zentral für die Pflegeversorgung** > S. 18

***Chris Behrens**, Unternehmensbereichsleiter Pflege und Pflegestützpunkte der AOK Nordost, sagt im Trend-Dossier der Gesundheitsforen Leipzig für die nächsten zehn Jahre voraus, dass es zu deutlich wahrnehmbaren ökonomischen und strukturellen Veränderungen zugunsten der pflegenden Angehörigen kommen wird.*

**Wissenschaftlicher Beitrag** > S. 24

***Eggert** präsentiert Ergebnisse des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) zur Medikation in der häuslichen Pflege und zum Risiko unerwünschter arzneimittelassoziierter Gesundheitsereignisse im häuslichen Versorgungsalltag, in dem die pflegenden Angehörigen sehr oft eine zentrale Rolle spielen. Das ZQP hat dazu 1.011 pflegende Angehörige im Alter zwischen 40 und 85 Jahren online befragt. 76% der Befragten sind regelmäßig in den Medikationsprozess eingebunden und berichten, dass sie im letzten halben Jahr mindestens ein Problem bei der Medikamentenversorgung hatten. 23% empfinden ihre Aufgaben als belastend. Interventionen für bessere Medikation sollten deswegen die Angehörigen unbedingt einbeziehen.*

*Ich wünsche Ihnen einen schönen Herbst und, wie immer, interessante Lektüre, die sie für Ihren beruflichen Alltag nutzen können.*

Mit herzlichen Grüßen  
Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski  
Herausgeber „Monitor Pflege“

# monitor PPFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege

03/2019 5. Jahrgang

## INHALT

### Neues Qualitäts- und Prüfsystem des MDK

Editorial MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

### „Gesellschaftliche Zukunftsaufgabe

Editorial der MoPf-Redakteurin Kerstin Müller

### „Wir wollen in den Fachdialog treten“

Interview mit Dr. Peter Pick, MDS-Geschäftsführer

### Unabhängigkeit: Eine Frage der Perspektive

Stimmen zum MDK-Reformgesetz

### Programm der 6. Berliner Pflegekonferenz

### „Pflege zukunftsfähig gestalten“

spectrumK-Geschäftsführer und Initiator der Berliner Pflegekonferenz, Yves Rawiel

### „Gute Ideen brauchen eine Bühne“

Marie Simon Pflegepreis für Innovationen in der Pflege

### Pflegefreundliche Arbeitswelt gesucht

Bühne für die Verleihung des Otto Heinemann Preises ist die Berliner Pflegekonferenz

### Stabilisierung des Pflegealltags

Trend-Dossier der Gesundheitsforen Leipzig

### Quo vadis Personalbemessung?

Zwischenergebnisse des DKI Krankenhaus Barometers 2019

### Eckpunktepapier: Personalbemessung im Krankenhaus

verdi, DPR und DKG entwickeln ein Konzept zur bedarfsgerechten Personalbemessung

### News

## WISSENSCHAFT

### Simon Eggert

Sichere Medikation in der häuslichen Pflege – Welche Rolle spielen pflegende Angehörige?

## Herausgeber

### Prof. Dr. Reinhold Roski

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



## Herausgeber-Beirat

### Akteure

### Franz Wagner\*

Präsident



### 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



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

## Impressum Monitor Pflege

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

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

Abonnement  
Monitor Pflege erscheint viermal  
jährlich. 4 Ausgaben kosten 90  
Euro zzgl. Versandkostenanteil  
in Höhe von 6,14 Euro pro Jahr  
in Deutschland (Versandkosten  
Ausland: 54 Euro). Das  
Abonnement verlängert sich  
automatisch um ein weiteres  
Jahr, wenn es nicht spätestens  
sechs Wochen vor Ablauf des  
Bezugsjahres schriftlich gekündigt  
wird.  
Jahresvorzugspreis für Studenten  
gegen Vorlage einer Immatrikula-  
tionsbescheinigung 60 EUR zzgl.  
jew. Versandkostenanteil.  
Preisänderungen vorbehalten.

Layout  
eRelation AG, Bonn

Druck  
WIRmachenDRUCK GmbH  
Mühlbachstr. 7  
71522 Backnang  
T. (+49) 711 995 982 - 20  
E: info@wir-machen-druck.de

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

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



**Kerstin Müller**  
Redakteurin von  
„Monitor Pflege“.

## „Gesellschaftliche Zukunftsaufgabe“

>> Familienministerin Franziska Giffey hatte in einem Interview mit der „Rheinischen Post“ am 24. August vorgeschlagen, dass der Staat pflegende Angehörige für ihre Arbeit entlohnt. Als „gesellschaftliche Zukunftsaufgabe“ bezeichnete die Ministerin das Projekt, die Pflege der bis 2050 geschätzten 4,5 Millionen Pflegebedürftigen sicherzustellen. Klingt nach einer guten Idee. Eine Art Lohnersatzleistung im Sinne eines Familienpflegegeldes analog zum Elterngeld stellt sich das Ministerium hier vor. Dieses würde nach Meinung Giffeys das Pflegesystem entlasten, weil weniger Pflegebedürftige an ambulanter oder stationärer Pflege partizipierten.

Das macht das Problem des Fachkräftemangels nicht kleiner, aber an dieser Stellschraube zu drehen, könnte zur Stabilisierung des Systems beitragen. Dass die „pflegenden Angehörigen als zentrale Säule der pflegerischen Versorgung“ mehr Aufmerksamkeit und Unterstützung benötigen, thematisiert auch Chris Behrens, Unternehmensbereichsleiter Pflege und Pflegestützpunkte bei der AOK Nordost, im Trend-Dossier der Gesundheitsforen Leipzig „Wer pflegt Deutschlands größten Pflegedienst?“. Behrens stellt die These auf, dass es in der nächsten Dekade zu deutlich wahrnehmbaren ökonomischen und strukturellen Veränderungen zugunsten dieser Personengruppe kommen werde. Da läge Ministerin Giffey mit ihrem Vorschlag wohl voll im „Trend“.

> S. 18

Gut, dass sie das nicht als Projekt für die laufende Legislaturperiode angedacht hat, denn Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, mit dem in Sachen Konzentrierte Aktion Pflege immer an der Seite Giffeys zu rechnen ist, zeigte in selbigem Interview – das als Doppelinterview bestritten wurde – für diesen Vorschlag keine Sympathie. Zu hohe Ausgaben. Die hätten sich in Sachen Pflegeversicherung in den letzten zehn Jahren nahezu verdoppelt. „Pflegegeld wäre eine zusätzliche milliardenschwere Leistung“, so Spahn und verweist etwas bissig darauf, dass die SPD ja schon ihre aktuellen Pläne nicht finanziert bekäme. Stichwort: Bedingungslose Grundrente. Aktiver ist Spahn da in Sachen Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft konnten sich wieder nicht auf Untergrenzen einigen und so nimmt Spahn – wie angekündigt – das Heft in die Hand. Das Resultat ist Aufruhr bei den Akteuren. Darüber hinaus aber beispielsweise auch die „Entwicklung eines Instrumentes zur verbindlichen Bemessung des notwendigen Pflegepersonalbedarfs und der Pflegepersonal-ausstattung“, mit dem verdi, DPR und DKG bis zum 31.12.2019 beim BMG vorstellig werden möchten. Ein gemeinsames „Feindbild“ kann ja durchaus inspirierend sein ...

> S. 23

*Lassen auch Sie sich inspirieren!*

*Ihre*

*Kerstin Müller*  
Redakteurin „Monitor Pflege“

# REAL WORLD EVIDENZ

Studiendesigns **Evidenzlevel** Nutzenbewertung

## FACHKONGRESS

im Scharounsaal der AOK Nordost in der Wilhelmstr. 1, 10963 Berlin



Roski



Michalak



Müller



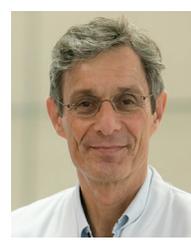
Behring



Windeler



Holzgreve



Griesinger



Teichert



Leverkus



Hoffmann



Porzolt



Nagel

### Vormittag

von	bis	Thema	
<b>Status Quo: Wissensgenerierende Versorgung</b>			
09:30	09:50	Check-in	
09:50	10:10	Begrüßung	Prof. Dr. Roski, Herausgeber von MVF Frank Michalak, Vorstand der AOK Nordost
10:10	10:40	„Anwendungsbegleitende Datenerhebung“ – Das Ziel der Politik	Thomas Müller, Leiter der Abteilung 1 „Arzneimittel/Medizinprodukte“ im BMG
10:40	11:10	Sind bedingte Zulassungen reif für die Frühe Nutzenbewertung? Umgang mit Evidenzlücken bei der Zusatznutzenbewertung	Dr. Antje Behring, Kommissarische Abteilungsleitung (AMNOG), Abteilung Arzneimittel, im G-BA
11:10	11:40	Ergänzende Daten für die Nutzenbewertung – Was ist notwendig?	Prof. Dr. Jürgen Windeler, Institutsleiter des IQWiG
11:40	12:10	Podiumsdiskussion	Moderation: Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Direktor Klinische Forschung und Akademische Lehre, Vivantes
12:10	13:10	Mittagspause	

### Nachmittag

von	bis	Thema	
<b>Perspektiven der Stakeholder</b>			
13:10	13:40	Wissensgenerierende Versorgung aus Sicht der ärztlichen Wissenschaft: Entitätsbezogene Register – Evidenzqualität für die Nutzenbewertung am Beispiel von CRISP	Prof. Dr. Frank Griesinger, Innere Medizin – Onkologie der Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften der Universität Oldenburg – Cancer Center Oldenburg
13:40	14:10	Anwendungsbegleitende Datenerhebung aus Sicht der Kassen	Daniela Teichert, Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost
14:10	14:40	Nach der Zulassung: Register und andere Real World-Daten im AMNOG-Prozess?	Friedhelm Leverkus, Director Health Technology Assessment & Outcomes Research, Pfizer
14:40	15:10	Podiumsdiskussion	Moderation: Prof. Dr. Roski, Herausgeber von MVF
15:10	15:30	Kaffeepause / Posterbegehung	
<b>Methoden</b>			
15:30	16:00	Beweise für den Nutzen – Ist Evidenz ohne RCT überhaupt möglich?	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Geschäftsführender Vorstand, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)
16:00	16:30	Effektivität im Versorgungsalltag und Pragmatic Controlled Trials	Prof. Dr. Franz Porzolt, Gründer der ICE e.V.
16:30	17:00	Auswertung von Routinedaten, Registern und Studien mit Causal Inference-Modellen	Roland Nagel, Geschäftsführer der Gesundheitsforen Leipzig
17:00	17:30	Podiumsdiskussion	Moderation: Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Direktor Klinische Forschung und Akademische Lehre, Vivantes
17:30	17:40	Verabschiedung	Prof. Dr. Roski, Herausgeber von MVF
bis 21:00		Abend-Talk mit Catering	

Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

## „Wir wollen in den Fachdialog treten“

Ab Oktober startet das neue Qualitäts- und Prüfsystem in der stationären Pflege. Für die Pflegeheime bedeutet das – genauso wie für die Medizinischen Dienste – eine Umstellung. Das neue System sieht die Erhebung von Qualitätsindikatoren durch die Einrichtung vor und auch der MDK prüft die Qualität der Einrichtungen ab November nach einem neuen Verfahren. Erste Qualitätsprüfergebnisse sollen ab 2020 im Internet veröffentlicht werden – und dies in ganz anderer Form als die bisherigen Pflegenoten. „Monitor Pflege“ sprach mit Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) über das neue Qualitäts- und Prüfsystem in der Pflege sowie über das MDK-Reformgesetz.

>> Herr Dr. Pick, das MDK-Reformgesetz liegt als Kabinettsentwurf vor und sieht einige Neuerungen der Organisation sowie der Aufgaben der Medizinischen Dienste vor.

Wir haben eine Veränderung des MDK und des MDS in der Gestalt, dass beide Institutionen zu Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt, also in ihrer Rechtsstellung gestärkt werden. Zudem erhalten wir eine andere Zusammensetzung des Verwaltungsrates, der ja das Kontrollgremium der Medizinischen Dienste ist.

In welcher Form findet diese Veränderung statt?

Neben den bisherigen 16 Vertretern, die aus der Krankenversicherung kommen – qua Gesetz Selbstverwalter der Versicherten- oder Arbeitgeberseite und keine hauptamtlichen Vertreter der Krankenkassen – werden weitere 7 Mitglieder dem Verwaltungsrat angehören, wovon 5 von den Patienten- und Betroffenenvertretern und 2 von den Berufsverbänden entsandt werden. Hier haben wir die Pflegekammern oder Berufsvertretungen als eine Berufsgruppe und die Ärztekammern als die zweite Gruppe.

Wie wirkt sich diese Veränderung aus?

Bisher gab es bei den Medizinischen Diensten Beiräte, die sich mit Fragen der Pflegeversicherung beschäftigt haben. Das waren zur Hälfte Pflegeberufsvertreter und zur Hälfte Patienten- und Betroffenenvertreter und die Gewichte sind jetzt zugunsten letzterer auf das Feld der Fragen der Krankenversicherung ausgedehnt worden. Diese behandeln ja auch viele Begutachtungsfragen für die Krankenversicherungen – sei es die Bewilligung von Hilfsmitteln, die Überprüfung von Arbeitsun-

fähigkeit oder die Prüfung von Krankenhausabrechnungen. Daher werden jetzt auch Vertreter aus dem Gesundheitswesen hinzugenommen, wobei die Kerngruppe hier die Ärztinnen und Ärzte sind.

Die Politik will die Arbeit des Medizinischen Dienstes nochmal unabhängiger von den Krankenkassen aufstellen. War diese Novellierung notwendig oder fühlen Sie sich von der Politik ein Stück weit bevormundet?

Es ist eine Entwicklung, der wir uns stellen müssen. Wir haben das nicht für zwingend erforderlich gehalten, aber alles, was uns stärkt und einmal mehr nach außen die Unabhängigkeit des MDK dokumentiert, ist positiv. Wir sind heute bereits davon überzeugt, dass wir bei der Wahrnehmung unserer Begutachtungsaufgaben unabhängig von Weisungen der Kranken- oder Pflegekassen agieren.

Die Ausdehnung der Beteiligungsrechte betrachten wir im Rahmen der Reform durchaus als zielführend, denn wir haben mit der Zusammenarbeit in den Beiräten in Fragen der Pflegeversicherung gute Erfahrungen gemacht. Das hat die Transparenz und die gegenseitige Akzeptanz gestärkt.

Aber wir sagen ganz klar, dass wir weiterhin eine Anbindung an die Krankenkassen über die Selbstverwaltung brauchen, wofür wir im Gesetz-

gebungsverfahren weiter weben werden. Darüber hinaus benötigen wir natürlich ebenso in unseren Kontrollgremien Personen mit entsprechendem Fachwissen.

Hat die Gesetzesänderung weitere Vorteile?

Ja, im Gesetz wird ausdrücklich klargestellt, dass für die für uns



tätigen nichtärztlichen Gutachter die gleichen Unabhängigkeitsregeln gelten wie für die Ärzte. Das stärkt natürlich noch einmal die Arbeit der Pflegefachkräfte, die intensiv in der Pflegebegutachtung tätig sind; stark in der Prüfung von Pflegeeinrichtungen, auch im Bereich der Abrechnungsprüfung haben wir viele Pflegeberufsangehörige als Codierfachkräfte, die die Ärztinnen und Ärzte unterstützen.

#### Was ändert sich bei den Begutachtungs- und Prüfrichtlinien?

Die Richtlinien, nach denen die Medizinischen Dienste arbeiten, sollen neu verortet werden. Sie werden heute in Zusammenarbeit von Medizinischen Diensten und Pflegekassen erarbeitet und dann vom GKV-Spitzenverband erlassen. Zukünftig sollen die Richtlinien vom MD Bund, der Nachfolgeeinrichtung des MDS, erlassen werden.

Ebenfalls auf ganz neue Füße ist das Qualitäts- und Prüfsystem in der stationären Pflege gestellt worden. Dieses besteht aus 3 Säulen: Ergebnisindikatoren, MDK-Prüfung, Qualitätsdarstellung. Am 01.10. fällt der Startschuss für die Erhebung der Ergebnisindikatoren in den Einrichtungen. Was bedeutet das in der Praxis?

Das ist eine ganz neue Herausforderung für die Einrichtungen. Dieses Instrument dient der Selbstbewertung. Die Pflegekräfte in den Heimen bewerten alle selber den Zustand ihrer Bewohner, und das in einem Abstand von einem halben Jahr. Diese Bewertung erfolgt anhand von 15 Ergebnisindikatoren, deren Status festgestellt wird. Natürlich immer nur dann, wenn eine Einschränkung vorliegt. Wenn es beispielsweise keine Mobilitätseinschränkung gibt, braucht kein Mobilitätsstatus erhoben werden. Durch die regelmäßige Erfassung kann die Status-Entwicklung in Bezug auf die einzelnen Indikatoren bewertet werden. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt. Im laufenden Betrieb verliert man über einen längeren Zeitraum Entwicklungen schon mal aus dem Blick. Da ist es gut, wenn man, bedingt durch einen Außenimpuls, in einem halbjährlichen Rhythmus bewusst auf die Bewohner schaut. Die Ergebnisindikatoren helfen, sich den individuellen Bewohner-Status vor Augen zu führen und frühzeitig entsprechende Pflegeinterventionen durchzuführen.

#### Und was passiert dann mit den bewohnerbezogenen Daten?

Die Ergebnisse werden pseudonymisiert an die Datenauswertungsstelle des aqua-Institutes gemeldet und dieses erstellt eine Bewertung für die Einrichtung. Das Interessante ist: Die Einrichtung erhält nicht nur ihre eigene Auswertung, sondern auch den Vergleich gegenüber den anderen Einrichtungen. Es findet also ein Benchmark statt. Damit ist das dann ein Impuls für das interne Qualitätsmanagement geschaffen. Stärken will man erhalten und Schwachstellen abbauen.

Darüber hinaus werden wir die Ergebnisse in die Qualitätsprüfung aufnehmen, sodass die 3 Säulen nicht getrennt nebeneinander stehen, sondern eine Verschränkung stattfindet.

#### Wird die Struktur, Krankheitsstruktur der Bewohnerklientel dabei irgendwie abgebildet?

Wir haben schon eine Stratifizierung in dem System, weil zum Teil nach Gruppen unterschieden wird. Hier bestehen die Kerngruppen aus kognitiv eingeschränkten und kognitiv nicht eingeschränkten Bewohnern. Bei manchen Gruppen wird auch eine Unterscheidung über das Dekubitusrisiko getroffen. Die Indikatoren werden dann innerhalb dieser Gruppen verglichen.

#### Welche Effekte soll das Benchmarking hervorrufen?

Neben der eigenen Standortbestimmung soll damit der Austausch der Einrichtungen untereinander gefördert werden. Wenn ein Haus bei einem bestimmten Indikator sehr gute Ergebnisse erzielt hat, sollte das Motivation für Einrichtungen mit schlechterem Ergebnis aus dem Umfeld sein, sich hier Input zu holen. Und die in diesem Indikator bessere Einrichtung, kann im Umkehrschluss möglicherweise an den Stärken des anderen Hauses partizipieren.

#### Die Ergebnisindikatoren finden auch Eingang in die MDK-Qualitätsprüfung der Einrichtung?

So ist es. Primär haben wir einen ganz neuen Prüffokus, in dem wir die versorgungsrelevanten Aspekte der Bewohner in den Blick nehmen. Die einrichtungsbezogenen Elemente, die Bestandteil der Prüfung waren, werden deutlich reduziert: Von 23 Elementen sind 3 einrichtungsbezogen. Wir haben bei den Prüffragen auch Fragen, die in den Indikatoren erhoben werden, wobei wir aus einer anderen Richtung darauf blicken, als die Indikatoren, die wie gesagt einen Status zu einem bestimmten Zeitpunkt feststellen. Wir lokalisieren zwar auch einen Status, schauen aber zugleich auf die Prozesse, die zu diesem geführt haben.

#### Haben Sie ein Beispiel für uns?

Man kann das sehr gut an dem Thema Dekubitus verdeutlichen. Durch die Ergebnisindikatoren wird nur festgestellt, ob ein Dekubitus vorliegt oder nicht und wie man damit im Vergleich zu den anderen Einrichtung aufgestellt ist.

Wenn wir auf Dekubitus schauen, stellen wir darüber hinaus die Frage, welche Dinge verantwortlich für die Entstehung sind und geben Prozessempfehlungen, die dazu beitragen können, dass in Zukunft die Dekubitusrate sinkt.

#### Gibt es weitere Neuerungen?

Ja, und zwar betrifft diese eine differenziertere Bewertung der Qualitätsaspekte. Indem wir zwischen drei Arten von Defiziten unterscheiden – nämlich zwischen Ergebnisdefiziten, bei denen faktisch eine negative Folge eingetreten ist – zum Beispiel ein Dekubitus. Das heißt, wir haben entweder einen Schaden des Pflegebedürftigen oder das systematische Unterlassen bestimmter Dinge, die eigentlich State-of-the-art sind.

Hinzu kommt eine erweiterte Perspektive, die quantitativ einen weniger großen Stellenwert hat, aber für die Orientierung der Pflege wichtig ist: Wenn artikulierte Bewegungsbedürfnisse des Bewohners nicht berücksichtigt werden, ist das auch ein Ergebnisdefizit.

Und neben den Ergebnisdefiziten?

Die zweite Kategorie bilden die Prozessdefizite, bei denen man feststellt, dass Maßnahmen unterbleiben, die eine fachgerechte Pflege ausmachen, jedoch bisher nicht zu einem negativen Ergebnis geführt haben. Die Wertung eines solchen Defizites ist entsprechend geringer. Das Risiko eines negativen Ergebnisses besteht zwar, es kann aber noch beeinflusst werden.

Dann fehlt noch das dritte Defizit.

Hier ist das Dokumentationsdefizit zu nennen, das die geringsten Konsequenzen evoziert, da das die interne Dokumentation angeht, soweit hieraus kein Risiko oder Schaden für den Bewohner entsteht. Für die Bewertung des Medizinischen Dienstes sind nur die Prozess- sowie die Ergebnisdefizite von Belang.

Darüber hinaus werden in der Qualitätsprüfung nicht mehr einzelne Kriterien abgehakt, sondern diese Aspekte insgesamt bewertet. Ich nenne als Beispiel hier mal den Umgang mit Mobilität. Den bewerten wir dann insgesamt, sodass eine summarische Bewertung durch den Prüfer erforderlich ist und nicht die Auslassung eines Kriteriums zu einer negativen Bewertung führt.

Woran kann die Einrichtung sich denn orientieren?

Wir legen ganz klar dar, was die Informationsquellen sind, aus denen der Prüfer seine Bewertung ableitet. Das Erste ist natürlich die Inaugenscheinnahme des Bewohners, also der Pflegezustand, das Zweite ist das Gespräch mit den verantwortlichen Pflegefachkräften und das Dritte das Gespräch mit dem Pflegebedürftigen selbst. Neben dem priorisierten Instrument des Dialoges wird als Hilfskategorie die Pflegedokumentation herangezogen, die Anhaltspunkte für Defizite liefern kann. Das ist insgesamt eine konsequente Weiterentwicklung der alten Prüfsysteme – und wirklich ein großer Sprung in der Qualitätsbewertung.

Erfolgt die Auswahl der zu untersuchenden Bewohner nach dem Zufallsprinzip?

Untersucht werden stets 9 Bewohner. Wir bekommen von der Datenauswertungsstelle eine Liste mit 6 vorausgewählten Personen, deren Daten immer noch pseudonomisiert vorliegen und deren Entschlüsselung erst in der Einrichtung erfolgt. Hinzu kommen vor Ort noch einmal drei Bewohner, die wir auch nach einer gewissen Vorauswahl der Datenauswertungsstelle bestimmen. Die

Einrichtung hat auch eine Liste, die mit Zahlen versehen ist, die wird dann mit unserer Liste gematcht und so die zu prüfenden Bewohner identifiziert.

Wir schauen auch, ob die Angaben bei der Erhebung der Ergebnisindikatoren plausibel war. Denn wir müssen ja meistens mit einer zeitlichen Versetzung zwischen der Erhebung der Ergebnisindikatoren und der MDK-Qualitätsprüfung rechnen. In der Zwischenzeit kann sich der Status des Bewohners ja ändern. Aber Inplausibilitäten können wir identifizieren. Wenn diese in größerem Maße zu verzeichnen sind, kann das auch negative Folgen für die Einrichtung bei der Veröffentlichung haben.

*<< Neben dem priorisierten Instrument des Dialoges wird als Hilfskategorie die Pflegedokumentation herangezogen, die Anhaltspunkte für Defizite liefern kann. Das ist insgesamt eine konsequente Weiterentwicklung der alten Prüfsysteme – und wirklich ein großer Sprung in der Qualitätsbewertung. >>*

Haben die Einrichtungen die Möglichkeit sich auf die Prüfung vorzubereiten oder setzen Sie auf den Überraschungseffekt?

Die Prüfungen werden in der Regel am Vortag angekündigt, das heißt die Einrichtung kann sich darauf einstellen. Wir haben das als Medizinische Dienste positiv flankiert, damit es eine kurze Vorbereitungszeit gibt. Wir wollen wie gesagt ja auch einen effektiven Fachdialog und das geht nur, wenn die Einrichtung sich auch personell auf die Prüfsituation einstellen kann. Denn dass diese Personalressourcen bindet, ist ja nachvollziehbar.

Natürlich gibt es Ausnahmen: Die Einrichtungen, die unzulässigerweise keine Ergebnisindikatoren erhoben haben, prüfen wir nach wie vor unangemeldet. Ebenso bei Inplausibilitätsanzeichen, die die Datenauswertungsstelle aufdeckt. Wir gehen allerdings davon aus, dass mehr als 95% der Einrichtungen einen Tag vor der Prüfung informiert werden. Wenn es sehr gut läuft, kann ein Haus sich sogar über eine Belohnung freuen.

In welcher Form?

Das ist Zukunftsmusik für 2021: In dem System ist vorgesehen, dass die Einrichtungen, die gleichermaßen gute Indikatorergebnisse sowie MDK-Prüfergebnisse haben, eine Verlängerung des Prüfrhythmus erhalten. Hier wird die Prüfung für ein Jahr ausgesetzt werden. Doch es gilt immer: Wenn sich bei einer Einrichtung signifikante Verschlechterungen zeigen, ist eine Auffälligkeitsprüfung jederzeit möglich.

Wie kommt denn schließlich das Ergebnis an die Öffentlichkeit? Stichwort: Qualitätsdarstellung.

Die 15 Ergebnisindikatoren werden gemeinsam mit 15 der 23 Prüfkriterien der MDK-Prüfung veröffentlicht. Sowohl die Ergebnisindikatoren wie auch die MDK-Prüfkriterien werden nach einem Punktesystem bewertet. Während das bei den Ergebnisindikatoren zu einer 5-stufigen Klassifizierung des Durchschnitts kommt, werden bei der MDK-Prüfungs-Kategorisierung die Ergebnis- und Prozessdefizite summiert und ebenfalls im Punktesystem dargestellt.

#### Gibt es auch Informationen zu der Einrichtung selbst?

Die gibt es. Bestimmte Informationen wie Versorgungsstruktur, Personalschlüssel oder besondere Angebote werden von der Einrichtung bereitgestellt. Diese Angaben komplettieren das Paket, aus welchem man sich bedienen kann. Im Unterschied zu den Pflegenoten wird hier jeder einzelne Ergebnisindikator und jeder einzelne Qualitätsaspekt dargestellt und wir haben nicht mehr die Bewertung über die Kriterien hinweg, die dann zu einer Gesamtnote führen. Das hat selbstverständlich zur Folge, dass jeder die Ergebnisse selbst lesen und interpretieren muss. Es besteht jedoch im Gegensatz zum vorhergehenden System die Möglichkeit, nach Schwerpunkten zu priorisieren.

In jedem Fall trägt diese Darstellung der Komplexität des Systems besser Rechnung als die Pflegenoten, da Defizite klarer zum Ausdruck kommen. Und die Tatsache, dass es als lernendes System angelegt ist, ermöglicht stetiges Nachjustieren.

#### Wo werden die Ergebnisse einsehbar sein?

Die Daten stehen in den Portalen der Kranken- und Pflegekassen bereit, wo sie häufig veröffentlicht werden, zum Beispiel Bestandteil des Pflege-Navigators, des Pflegelotsen o.a. sind. Es gibt aber auch ein Zugangsrecht für Dritte. Beispielsweise kann die Weiße Liste die Ergebnisse zukünftig veröffentlichen. Diese Akteure sind jedoch auch an die Darstellungsform gebunden, die wir für die Webportale vereinbart haben. So sieht es im Moment die Regelung vor, die allerdings noch kritisch diskutiert wird, denn manche Betreiber würden gerne ein Bewertungssystem draufsetzen, um die Ergebnisse plakativer darzustellen. Damit würde jedoch die gewonnene Aussagekraft wieder verloren gehen.

#### Ihr Resümee, Herr Pick: Sind Sie mit dem neuen Konstrukt des Prüf- und Qualitätssystems zufrieden?

Das sind wir. Die Indikatoren fördern die interne Entwicklung des Qualitätsmanagements der Einrichtungen, das begrüßen wir. Wir halten es außerdem für wichtig, dass es daneben eine externe Qualitätsprüfung gibt und sind der Meinung, dass dies nun ein modernes System ist. Dadurch wird auch ein intensiverer Fachdialog mit den Pflegekräften möglich sein, was wir für einen sehr wichtigen Aspekt halten. Außerdem trägt die größere Außentransparenz durch die dezidierte Ergebnisdarstellung der weiterhin wachsenden Bedeutung der Pflege Rechnung.

#### Werfen wir abschließend noch einen Blick auf die ambulante Pflege, wo auch ein neues Qualitäts- und Prüfsystem installiert werden soll.

Das ambulante System ist ähnlich strukturiert wie das stationäre, aber eins muss man sich immer vor Augen halten: die stationäre Pflege übernimmt eine Vollversorgung und ist damit in der vollen Verantwortung für den Pflegezustand. Das ist in der häuslichen Pflege nicht der Fall, denn hier ist der individuelle Leistungsabruf des Pflegebedürftigen ausschlaggebend. Darüber hinaus gibt es einiges, was wir grundsätzlich von einem Pflegedienst erwarten. Das ist zum Beispiel die Beratungspflicht, die ausgeübt werden muss,

wenn eine Gefährdung wahrgenommen wird, die möglicherweise eine Intervention verlangt.

#### Was bedeutet das für die Ergebnisdarstellung?

Im Bezug auf die Ergebnisdarstellung der ambulanten Pflege ist unter diesen Voraussetzungen natürlich eine ähnliche Darstellung wie bei der stationären Pflege nicht möglich. Auch wenn sich das viele gewünscht haben, sind die Ergebnisse in der ambulanten Pflege immer ein Mix aus dem, was der Pflegedienst und was die Angehörigen machen, sodass hier aussagekräftige Indikatoren unmöglich sind. Das heißt, der Zweig der Indikatoren entfällt und wir haben nur die 2 Säulen MDK-Prüfergebnisse und Einrichtungsinformationen

#### Wie sieht die zeitliche Dimension für die Einführung aus?

Das von Professor Büscher und Dr. Wingenfeld erarbeitete Konzept liegt vor und wird im Moment vom IGES-Institut pilotiert. Wenn diese Ergebnisse existieren und diese positiv sind, dann werden in der Folge die Maßstäbe und Grundsätze aufgestellt, die Qualitätsdarstellung erarbeitet und wir könnten Mitte 2021 damit starten.

Herr Dr. Pick, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte Redakteurin Kerstin Müller.

### Dr. Peter Pick

Dr. rer. oec. Peter Pick ist seit 1998 Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) in Essen. Pick hat Betriebs- und Volkswirtschaftslehre studiert, hat dort das Diplom gemacht und an der Universität Duisburg promoviert. Von 1980-1985 war er wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik an der Universität Duisburg. Von 1985-1989 war er Grundsatzreferent und später Leiter der verbandspolitischen Planung beim AOK-Bundesverband, von 1989-1992 Leiter der Hauptabteilung „Marketing und Unternehmensplanung“ beim AOK-Landesverband Rheinland. 1992 kam Herr Dr. Pick zum MDS, zunächst als stellvertretender Geschäftsführer. Im Jahr 1998 wurde er zum Geschäftsführer gewählt. Schwerpunkte seiner Tätigkeit sind neben der Außenvertretung und Führung des MDS die bessere Versorgung der Pflegebedürftigen und die Verbesserung der Qualität der Pflege.

Stimmen zum MDK-Reformgesetz

## Unabhängigkeit: Eine Frage der Perspektive

Der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) übt Kritik am MDK-Reformgesetz. Während die Stärkung der Unabhängigkeit grundsätzlich begrüßt wird, sei es ebenso zwingend erforderlich, die Tätigkeit von MDS, MDK-Gemeinschaft und GKV-Spitzenverband weiterhin miteinander zu verbinden. Der MDS wird vom GKV-Spitzenverband gelöst und künftig als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt. Die bisherigen MDK werden zu Medizinischen Diensten (MD) und sind Mitglieder des dann neu geschaffenen MD Bund. Vertreter der Pflegeberufe sowie Vertreter von Pflegebedürftigen sollen künftig Mitglieder des Verwaltungsrates sein. Der Entwurf stößt auf geteiltes Echo.

>> „Es irritiert doch sehr, dass in einem Gesetzgebungsverfahren, das die Unabhängigkeit der MDK-Prüfungen als zentralen Inhalt proklamiert, die Krankenkassen statt 6 von 16 Mitgliedern nun 16 von 23 Mitglieder der MD-Verwaltungsräte besetzen dürfen“, moniert der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. in einer Stellungnahme am 30. August. Den fachlichen Experten aus Ärzteschaft und Pflege hingegen würden nur noch zwei Sitze zugesprochen und das Stimmrecht entzogen. In dieser Besetzung der zentralen Kontroll- und Aufsichtsgremien des MD und angesichts der weiter einseitigen Beauftragung und Finanzierung könne von einer Steigerung der Unabhängigkeit keine Rede mehr sein.

### Gutachterliche Unabhängigkeit „schon immer gegeben“

Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS, äußert sich im Interview mit „Monitor Pflege“ (siehe Seite 6-9) jedoch gegenteilig und betont, „dass MDK und MDS zu einer Körperschaft des öffentlichen Rechts werden, wertet die Medizinischen Dienste auf“. Positiv sei auch, die gutachterliche Freiheit zu beto-

nen und auf alle Gutachtergruppen auszudehnen, so Pick, auch wenn die gutachterliche Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste schon immer gegeben gewesen sei.

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt, dass die Medizinischen Dienste durch organisatorische Reformen unabhängiger werden. Auch die Tatsache, dass der Medizinische Dienst Bund in seiner Unabhängigkeit gegenüber dem GKV Spitzenverband gestärkt und die Unabhängigkeit nichtärztlicher Gutachter der Medizinischen Dienste gesetzlich normiert werde, findet beim Verband Zuspruch. Der Verband spricht sich außerdem dafür aus, dass die Richtlinienkompetenz in mehreren Bereichen nicht beim Medizinischen Dienst Bund, sondern beim Qualitätsausschuss Pflege angesiedelt wird.

Ebenfalls positiv wertet die Deutsche Rheuma-Liga die Zielsetzung des Gesetzentwurfes, mit dem Umbau der MDK und des MDS eine größere Unabhängigkeit von den Kranken- und Pflegekassen zu erreichen. In den letzten Jahren sei der MDK in der Öffentlichkeit verstärkt vor allem als „Erfüllungsgelhilfe“ der Krankenkassen wahrgenommen worden, um Kosten einzusparen. Es sei daher nur

konsequent, dass sich die Interessen der Patienten bzw. Versicherten stärker als bisher in der Aufgabenwahrnehmung der MDs und des MD Bund widerspiegeln. Hierzu würden künftig Patientenvertreter in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste sowie des Medizinischen Dienstes Bund berufen. Den Verwaltungsräten obläge u.a. die Festlegung von Richtlinien im Hinblick auf einheitliche Begutachtung und zur Qualitätssicherung der Arbeit der MDs.

### Keine wirkliche Loslösung von den Kranken- und Pflegekassen?

Die Bundesregierung habe sich auf dem Weg vom Referenten- zum Gesetzentwurf dazu entschieden, die Position der Krankenkassen in den Verwaltungsräten wieder deutlich zu stärken, indem sie diesen eine Stimmenmehrheit verschaffe. Insofern sei der Gesetzentwurf zwar ein erster Schritt in die richtige Richtung – eine wirkliche Loslösung der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen werde so nicht vollzogen, urteilt die Rheuma-Liga.

Der vdek hingegen lehnt die gravierende Neuorganisation der MDK-Gemeinschaft rundweg

ab. Die Neuorganisation der MD stelle neben den geplanten Regelungen des Faire-Kassenwahl Gesetzes (GKV-FKG) zur Besetzung des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbands einen weiteren Eingriff in die Rechte der demokratisch legitimierten Sozialen Selbstverwaltung dar. Zukünftig zögen Vertreter der Leistungserbringer – Pflegeberufe und Ärzte – mit Sitz und Stimme in die Verwaltungsräte ein. Damit werde die gewählte Vertretung der Krankenkassen im MD nachhaltig geschwächt und eine unabhängige Entscheidungsfindung erschwert. Denn Entscheidungen über die Gestaltung von Richtlinien zu Inhalten der gutachterlichen Prüfungen könnten zukünftig durch Partikularinteressen der Leistungserbringer der Pflege und der Ärzteschaft geprägt werden, mutmaßt der vdek. Es bedürfe jedoch keiner Aufwertung von berufsständischen Interessen oder nicht demokratisch legitimierten Betroffenenvertretern in den Verwaltungsräten. Die geplante Neubesetzung stehe dem gesetzlichen Ziel des Medizinischen Dienstes als fachlich unabhängige Beratungs- und Begutachtungsinstitution zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung entgegen, erklärt der vdek. <<

## Gesetzentwurf – weniger Leiharbeit in der Pflege

>> Mit einer neuen Regelung will das BMG das Ausweichen auf Pflege-Leiharbeiter in Kliniken vermeiden. Die Kosten für Leiharbeit sollen im Rahmen des Pflegebudgets nur bis zum Tariflohn vergütet werden, wie das Bundesgesundheitsministerium am 23. September mitteilte. Diese Regelung ist Teil eines Änderungsantrags, der an das MDK-Reformgesetz angehängt werden soll. Das MDK-Reformgesetz geht am 26. September in die 1. Lesung.

„Pflegekräfte in Krankenhäusern brauchen Kolleginnen und Kollegen, auf die sie sich verlassen können, die sie bei Wochen-

end- und Nachtdiensten entlasten. Deswegen schaffen wir Anreize, Pflegekräfte fest anzustellen, statt auf Leiharbeit auszuweichen. Leiharbeit in der Pflege soll die Ausnahme sein und nicht die Regel werden. Deswegen werden die höheren Kosten nicht refinanziert“, so Bundesgesundheitsminister Jens Spahn.

Außerdem sollen auch Zusatzkosten („Provisionen“) für die Vermittlung von Leihpersonal nicht refinanziert werden. Mit dem bereits beschlossenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ändert sich ab dem 1. Januar 2020 die Finanzierung der Pflege in den Krankenhäusern. Dann

werden die individuellen Pflegekosten („Pflegebudget“) aus den Fallpauschalen herausgelöst. <<



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, Bild: BMG

## Unterstützung

>> Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) wirbt in Mexiko angesichts des Pflegenotstandes in Deutschland um ausgebildetes Personal für den Einsatz in deutschen Kliniken und Pflegeeinrichtungen. In dem mittelamerikanischen Land herrsche zurzeit ein Überangebot an qualifizierten Pflegekräften. Auch die Unikliniken des Saarlands und das Klinikum Saarbrücken haben Bedarf und konnten in der vergangenen Woche 38 mexikanische Pflegekräfte gewinnen. Unterstützt wurden sie vor Ort von den gemeinnützigen Carl Duisberg Centren. Organisiert hat das Projekt die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (ZAV).

90 Bewerberinnen und Bewerber waren nach Angaben der Carls Duisberg Zentren zum Auswahlworkshop in der mexikanischen Arbeitsverwaltung aus dem ganzen Land nach Mexiko-City angereist, um sich über das Programm zu informieren. Neun Männer und 29 Frauen hätten einen Vertrag unterschrieben - die älteste Bewerberin ist 40, die jüngste 24 Jahre alt. „Vor Ort finden Pflegekräfte oft keine Anstellung in ihrem erlernten Beruf“, erklärt Helga Grabbe, Mitglied der Geschäftsleitung der Carl Duisberg Centren. Um die sprachliche und interkulturelle Schulung der mexikanischen Pflegekräfte fürs Saarland kümmert sich seit September die neu gegründete Tochtergesellschaft der Carl Duisberg Centren in Mexiko. Die ausgewählten Pflegekräfte bereiten sich ab Mitte Oktober ein halbes Jahr lang in Mexiko-Stadt auf ihre Arbeit und ihr Leben in Deutschland vor. Bis zu ihrer Ausreise müssen sie das Sprachniveau B1 nachweisen - in Deutschland angekommen, wird der Sprachkurs bis B2-Niveau berufsbegleitend fortgeführt. <<

## DBfK-Papier zu Leiharbeit in der Pflege

>> Auch wenn sie nach wie vor mit einem Anteil von etwa 2% eine Nische geblieben sei, habe die Zeitarbeit in der Pflegebranche doch zunehmend Rückenwind bekommen und locke mittlerweile auch Pflegefachpersonen mit hoher Qualifikation und stark nachgefragten Spezialisierungen an, analysiert der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Mit dem Impulspapier „Arbeitnehmerüberlassung in der Pflege“ beschreibt der Verband Entwicklung der Leiharbeit in den vergangenen Jahren, nennt aktuelle Zahlen, stellt die Ursachen der Zunahme von Arbeitnehmerüberlassung in Pflegeberufen dar und beleuchtet die Auswirkungen. Die Psterium folgendermaßen geplant:

Was einerseits als Lückenfüller hochwillkommen sei, Sorge andererseits zunehmend für Probleme und innerbetriebliche Konflikte – und verschlingt viel Geld, das an anderer Stelle fehlt. Selbst die Konzentrierte Aktion Pflege habe sich dem Thema gewidmet; das

Bundesgesundheitsministerium suche Wege, um Leiharbeit in der Pflege wieder einzudämmen.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat nun ein 6-seitiges Impulspapier veröffentlicht: „Arbeitnehmerüberlassung in der Pflege“. Es beschreibt die Entwicklung der Leiharbeit in den vergangenen Jahren, nennt aktuelle Zahlen, stellt die Ursachen der Zunahme von Arbeitnehmerüberlassung in Pflegeberufen dar und beleuchtet die Auswirkungen all dessen für

- die zu pflegenden Menschen
- die Stammbeschafteten,
- die Versorgungsqualität,
- die entleihende Einrichtung und
- die Leiharbeitnehmer/innen selbst.

Schließlich werden Lösungsansätze dargestellt und Forderungen formuliert, die sich an alle Verantwortlichen im und für das Gesundheitswesen richten. An der Verpflichtung, in den Unternehmen nachhaltig gute Arbeitsbedingungen für Pflege-

fachpersonen zu schaffen und sie so zu binden, führe kein Weg vorbei. Dafür müsse nach Jahren der Minimalstandards bei Pflegekapazität ein grundsätzliches Umdenken in der Pflegepersonalstrategie und -bemessung erfolgen. Das Papier könne als Argumentationshilfe und zur strategischen Ausrichtung in der Politik und bei Unternehmensleitungen zum Einsatz kommen. Das Impulspapier ist als Download auf der Website des DBfK abrufbar. <<

## Mitarbeiterzufriedenheit

>> Die Hamburger Hartwig-Hesse-Stiftung praktiziert seit Januar 2018 ein individuelles Wahlmodell für Mitarbeiter und Pflegekräfte. Dieses Modell soll Angestellten die Möglichkeit geben, Arbeitsbedingungen flexibel den individuellen Lebensumständen anpassen zu können. Mitarbeiter haben die Wahl zwischen einer Entgelterhöhung von 2,2 Prozent oder fünf zusätzlichen Urlaubstagen. <<

Berliner Pflegekonferenz 2019 im Westhafen Event & Convention Center

## Programm der 6. Berliner Pflegekonferenz

Der Full-Service-Dienstleister für öffentliche Auftraggeber im Gesundheitswesen, spectrumK, richtet in Kooperation mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund (DStGB) sowie den Dachverbänden der Betriebs- und Innungskrankenkassen die Berliner Pflegekonferenz aus – und das dieses Jahr zum 6. Mal. Mittlerweile traditionell findet man sich dazu im Westhafen Event & Convention Center ein und diskutiert die Pflege im nationalen wie im internationalen Kontext.

Uhrzeit	Agenda
08.30	Einlass, Registrierung Teilnehmer
09.00 - 10.30	Frühprogramm „Early Bird“ (parallel)
Netzwerkevent	Nominee@Breakfast – ausgezeichnet netzwerken!
Schulung	Kinaesthetics: Bewegungskompetenz in der Pflegepraxis
Forum	Digitale Dokumentation in der Pflege – Wege zu mehr Effizienz und Qualität in der Pflege
Fachforum	Wir stärken Pflege – Zukunftskonzepte in Pflegeeinrichtungen
Fachforum	Der Entlastungsbetrag und seine Nutzungsmöglichkeiten
Pressefrühstück	Das Entlassmanagement im Realitätscheck: Was bringt der neue Rahmenvertrag?
10.30 - 11.00	<b>Kaffeepause</b>
10.30 - 11.00	<b>Pre-Opening – Partnerbundesland Berlin</b> Trends, Leuchtturmprojekte und Inspiration
	Dilek Kalayci, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin
	Yves Rawiel, Geschäftsführer spectrumK GmbH und Initiator der Berliner Pflegekonferenz
12.15 - 13.30	<b>Mittagspause</b>
13.30 - 15.30	<b>Fachforen – Panel I – „Innovation Plus“ (parallel)</b>  <b>Streitgespräch: Die Pflegevollversicherung – ein Streitgespräch zu den Auswirkungen auf Familie und Gesellschaft</b> Moderation: Dr. Irene Vorholz, Beigeordnete Dezernat IV, Deutscher Landkreistag Statement: Anita Bauer, Geschäftsführerin, FONDS SOZIALES WIEN Statement: Bernhard Schneider, Hauptgeschäftsführer, Evangelische Heimstiftung GmbH Statement: Andreas Besche, Geschäftsführer, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.  <b>Projektpräsentation: Künstliche Intelligenz und Big Data in der Pflege – Was kommt auf uns zu?</b> Moderation: Maxi Lutze, Institut für Innovation und Technik (iit) beim VDI/VDE Innovation + Technik GmbH Vortrag: Lea Myyryläinen, Gillie.io Vortrag: Dr. Paul Lukowicz, Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz Vortrag: Prof. Dr. Andrea Kuhlmann, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der TU Dortmund

13.30 - 15.30  
(Fortsetzung)

Vortrag: Prof. Dr. rer. medic. Margareta Halek, MScN, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Universität Witten/Herdecke, und Prof. Dr. -Ing. Thomas Kirste, Institut für Informatik (IEF), Department Aging Science and Humanities (INF), Universität Rostock

**Fachforum: Zwischen Selbstbestimmung und Dissoziation: Gibt es ein Recht auf Selbstschädigung?**

Moderation: Thomas Nöllen, Teamleiter Pflege, spectrumK GmbH

Vortrag: Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Berzlanovich, Leiterin des Fachbereichs Forensische Gerontologie, Zentrum für Gerichtsmedizin der Medizinischen Universität Wien

Vortrag: Prof. Dr. phil. Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf Dieter Hirsch, Mitarbeiter am Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Praxis für Nervenheilkunde und Psychotherapie

Vortrag: Markus Laaser, Krankenpfleger, Universitätsklinik Ulm Psychiatrie III Tagesklinik

**Fachforum: Wer kümmert sich um die Kümmerer – wie kann die informelle Pflege unterstützt werden**

Moderation: N.N., Deutsche Rentenversicherung Bund

Vortrag: Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

Vortrag: M.Ed. Merja Jäntti, Operational planner, Financial and operational planning, Social services and health care division, City of Helsinki

Vortrag: Christian Pälme, Fachreferent Pflegepolitik / Pflegepolitischer Sprecher, wir pflegen e.V.

**Podiumsdiskussion: Zukunft des Innovationsfonds: Eine erste Bilanz zu geförderten Projekten in der pflegerischen Versorgung**

Moderation: Dipl.-Psych Prof. Dr. phil Wolfgang George, Leiter TransMIT Projektbereich Versorgungsforschung, THM-Gießen

Vortrag: Prof. Dr. Sascha Köpke, Leiter der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Sozialmedizin

Vortrag: Sonja Laag, Leiterin Versorgungsprogramme, BAR-MER Hauptverwaltung

Vortrag: Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung Wuppertal

Statement: Dr. med. Joachim Meiser, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes, Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Statement: Wolfgang Hentrich, Vorstandsvorsitzender, genial eG, GesundheitsNetz im Altkreis Lingen und Christoph Schwerdt, Geschäftsführender Vorstand, genial eG, GesundheitsNetz im Altkreis Lingen

13.30 - 15.30 (Fortsetzung)	<p><b>Podiumsdiskussion: In dubio pro vita – oder Sterbehilfe in der Palliativversorgung – wo stehen wir?</b>                  Moderation: Dr. Oliver Funken, Allgemeinmedizin, Hausärzterverband Nordrhein                  Impulsreferat: Prof. Dr. med. Jan Schildmann, M.A., Hochschullehrer und Institutsleitung, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg                  Ko-Referat: Dr. med. Matthias Schlochtermeier, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Palliativmedizin-Naturheilverfahren, Lehrbeauftragter der Universität zu Köln, Schwerpunkt für Allgemeinmedizin, Gemeinschaftspraxis Dr. Schlochtermeier &amp; Ferrauti, Lehrpraxis der Universität zu Köln                  Statement: Prof. Dr. Dr. h. c. Dieter Birnbacher, Universitätsprofessor, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)                  Statement: Dirk Müller, MAS (Palliative Care), Bereichsleiter Hospiz und Palliative Geriatrie, Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gGmbH, Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG)</p>
15.30 - 16.00	<b>Kaffeepause</b>
16.00 - 18.00	<p><b>Fachforen – Panel II – „Good Care“ (parallel)</b></p> <p><b>Projektpräsentation: Neue Wege in der Pflege – weg vom System hin zum Menschen!</b>                  Moderation: Ursula Krickl, Referatsleiterin für Soziales, Jugend und Gesundheit, Stellvertretende Pressesprecherin, Deutscher Städte- und Gemeindebund                  Vortrag: Merja Tepponen, Development Director, South Karelia Social and Health Care District                  Vortrag: Jörg Schmidt, Geschäftsführer, Städtische Seniorenheime Krefeld gemeinnützige GmbH                  Vortrag: Ulrich Kuhn, Leitung Stabsstelle Sozialpolitik, Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG)</p> <p><b>Fachforum: Diversity &amp; LGBTI in der Pflege</b>                  Moderation: Birgit Kahl-Rüther, Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V.*                  Vortrag: Mag.a Dr.in Sonia Raviola, MSc, Gesundheitswissenschaftlerin, Unternehmensberaterin &amp; Supervisorin                  Vortrag: Eva Obermaier, Schwulenberatung Berlin, Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt*                  Vortrag: Hamindokht Klein, BildungsWerk in Kreuzberg GmbH*</p> <p><b>Podiumsdiskussion: Ausbildungsoffensive Pflege mit verbindlichen Zielen gestartet – wie geht es jetzt weiter?</b>                  Moderation: Mario Czaja, Senator a. D., Geschäftsführer, Die Brückenköpfe GmbH                  Impulsreferat: Christiane Viere, Unterabteilungsleiterin Demografischer Wandel, Ältere Menschen, Wohlfahrtspflege, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)                  Ko-Referat: Christine Vogler, Geschäftsführerin, Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe                  Statement: Dr. Monika Kücking, Abteilungsleitung Gesundheit, GKV-Spitzenverband                  Statement: Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung</p> <p><b>Fachforum: Einsamkeit und Depressionen im Alter</b>                  Moderation: Ingeborg Germann, Leiterin Kommunikation, Netzwerk- und Diskursarbeit, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)                  Impulsreferat: Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, Professur für Sozialpolitik und Methoden der qualitativen Sozialforschung, Institut für Soziologie und Sozialpsychologie an der Universität zu Köln</p>

16.00 - 18.00 (Fortsetzung)	<p>Projekt: Anna Lahti, Service Manager, Remote Care unit in Home Care, Päijät-Häme Joint Authority for Health and Wellbeing                  Statement: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Ursula Lehr, Bundesministerin a.D., Inst. Gerontologie Univ. Heidelberg, Ehrenvorsitzende der BAGSO e.V.                  Statement: Monika Sewöster-Lumme, Caritas-Konferenzen Deutschlands für die Diözese Osnabrück - das Netzwerk von Ehrenamtlichen</p> <p><b>Fachforum: Qualitätsindikatoren und Prüfungen nach dem neuen Pflege-transparenzsystem</b>                  Moderation: Prof. Dr. Reinhold Roski, Herausgeber „Monitor Pflege“                  Impulsreferat: Gernot Kiefer, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender, GKV-Spitzenverband                  Ko-Referat: Dr. Peter Pick, Geschäftsführer, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)                  Statement: Bernd Tews, Geschäftsführer, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)                  Statement: Dr. Manfred Stegger, Vorstandsvorsitzender, Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetreffene Menschen (BIVA e.V.)</p> <p><b>Salongespräch: Alle an Bord? Pflegenden Angehörige im Berufsleben unterstützen</b>  <b>Salongespräch zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege auf dem Seminarschiff am Bootsanleger vor dem Westhafen Event &amp; Convention Center</b>                  Moderation: Harald Kuhne, Ministerialdirektor, Leiter der Zentralabteilung, Bundesministerium für Wirtschaft und Energie</p>
--------------------------------	---

18.00	Einlass zur Abendveranstaltung
18.00 – 19.00	Pre-Opening: Partnerland Finnland Get together – Input, Austausch und Synergien
19.00	<b>Gala &amp; Awards 2019</b>
	Begrüßung zur Abendveranstaltung: Jochen Schropp, Gesamtmoderation
	Grußwort: Yves Rawiel, Geschäftsführer spectrumK GmbH und Initiator der Berliner Pflegekonferenz
	Eröffnung: Dr. Franziska Giffey, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*
	<b>Verleihung des Otto Heinemann Preises</b>
	Einführung: Gundula Roßbach, Präsidentin Deutsche Rentenversicherung Bund Laudatio und Preisübergabe: Hans Peter Wollseifer, Präsident, Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH)
20.30	Dinnerempfang mit Livemusik
23.00	Ende der Veranstaltung

\* angefragt

spectrumK-Geschäftsführer und Initiator der Berliner Pflegekonferenz, Yves Rawiel, im Interview

## „Pflege zukunftsfähig gestalten“

Finnland und Berlin stehen als Partnerländer der 6. Berliner Pflegekonferenz am 07.11.2019 symptomatisch für die Versorgungsgegensätze, die Deutschland zunehmend bewegen. Um die Herausforderungen von Flächenland und Ballungszentrum in Zukunft meistern zu können und weitere Fragen im Kontext der Pflege zu diskutieren, treffen sich Vertreter aus Wissenschaft, Politik, Forschung und dem Pflegefachpersonal auf der von spectrumK bereiteten Bühne des Westhafen Event & Convention Center Berlin. Kooperationspartner der Veranstaltung sind der Deutsche Städte- und Gemeindebund (DStGB) sowie der BKK Dachverband e.V. und der IKK e.V. „Monitor Pflege“ hat spectrumK-Geschäftsführer Yves Rawiel im Vorfeld der Veranstaltung zu den Topthemen des interdisziplinären Dialogforums befragt.

>> Herr Rawiel, am 7. November veranstaltet spectrumK zum sechsten Mal die Berliner Pflegekonferenz. Seit 2014 hat sich die Pflege enorm verändert. Pflegestärkungsgesetze, Pflegebedürftigkeitsbegriff, Pflegeberufe-Reform sind nur einige Beispiele. Welches Thema gehört für Sie jetzt ganz oben auf die Agenda?

Eine menschenwürdige und zukunftsfähige Versorgung unserer älteren oder pflegebedürftigen Menschen, ist und bleibt eine der zentralen Aufgaben unserer Zeit. Ich sehe mehrere Themen dazu ganz oben auf der Agenda.

In unseren Pflegeberatungen erfahren wir tagtäglich, wie wichtig Transparenz über die Qualität der Anbieter für eine gute Versorgungsentscheidung ist. Die Pflegenoten haben hier keine Verbesserung gebracht. Ich begrüße daher die Einführung des neuen Pflegetransparenzsystems und ich hoffe, dass es in seiner Umsetzung viel stärker an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet wird.

Der **Fachkräftemangel** rangiert **wahrscheinlich auch ziemlich weit vorne**.

Fachkräftesicherung ist ein Thema, das uns von Anfang an beschäftigt hat und dessen Bedeutung leider noch zunimmt. Die Ausbildungs-offensive im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege hat ganz klar die Begeisterung des Nachwuchses für den Pflegeberuf im Fokus und ich bin gespannt auf die Diskussion mit dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus.

Nicht vergessen dürfen wir die pflegenden Angehörigen. Sie leisten Unschätzbare in der Versorgung Pflegebedürftiger. Es ist

richtig, dass sie durch die Neuregelungen zu den Nutzungsmöglichkeiten von Entlastungsleistungen unterstützt werden.

Für alle diese Themen halte ich die Frage für sehr wichtig, wie eine langfristige und stabile Finanzierung sichergestellt werden kann. Das funktioniert nur, wenn alle beteiligten Akteure miteinander in den Austausch treten. Ich bin überzeugt, dass wir mit der Berliner Pflegekonferenz als Austauschplattform rund um die Pflege einen wichtigen Beitrag dazu leisten.



Yves Rawiel, Geschäftsführer von spectrumK und Initiator der Berliner Pflegekonferenz

**Künstliche Intelligenz und Big Data** in der Pflege stehen auf der Agenda der Pflegekonferenz 2019. Mit dem „PflegeCoach“ oder der Sturz-App von Lindera sind Sie als Unternehmen ebenfalls an der Umsetzung und Verbreitung digitaler Projekte in der Pflege beteiligt. Was können digitale und KI-Projekte in der Pflege leisten?

Digitalisierung findet in der Pflege auf ganz unterschiedlichen Ebenen statt. Pflegeschulungen tragen nachweislich zur Verbesserung der Betreuung Pflegebedürftiger bei. Mit dem PflegeCoach können Angehörige zeitlich flexibel und ortsunabhängig geschult werden. Der Mobilitätstest per App integriert ärztliches und pflegerisches Knowhow, so dass bereits bei der Pflegeberatung das Sturzrisiko eingeschätzt und entsprechende Hilfen in den Versorgungsplan aufgenommen werden können. Bei diesen Beispielen trägt die Digitalisierung dazu bei, fachliche Expertise schneller und effizienter zugänglich zu machen – ein Thema, das gerade in Hinblick auf den Fachkräftemangel und die geringe Versorgungsdichte im ländlichen Raum sehr aktuell ist.

Einen weiteren, großen Vorteil sehe ich darin, Prozesse und Informationen zu vernetzen. Unser Gesundheitssystem ist extrem

Bild: Berliner Pflegekonferenz/Stefan Wieland

leistungsfähig. Aber wenn es darum geht, den Patienten – insbesondere ältere oder demenzkranke Menschen – durch das System zu begleiten, versagt es. Digitale Lösungen können hier den Informationsfluss über Sektorengrenzen hinweg sicherstellen.

Das Problem stellt meistens der Transfer in die Praxis dar. Wie ist Ihre Erfahrung mit diesem Transfer und welche Weichen müssen für eine größere Effizienz an dieser Stelle noch gestellt werden?

Ein Problem ist die Finanzierung. Die Kosten dürfen weder einseitig auf den Nutzer, noch auf die Pflegeeinrichtungen umgelegt werden. Wir müssen transparent machen, wo Kosten und Aufwände, aber auch wo Ersparnisse und Effizienzgewinne entstehen, um gemeinsame Lösungen zu finden.

Die technische Kompatibilität der Systeme ist ein weiteres Hindernis. Insbesondere technische Anbieter müssen hier auf Offenheit achten, damit sich ihre Lösungen etablieren können.

Und die Nutzer müssen stärker in den Fokus rücken und damit meine ich in diesem Fall das Pflegepersonal. Spannend finde ich in diesem Zusammenhang die Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, durch die ein Pflegeinnovationszentrum und vier Pflegepraxiszentren ins Leben gerufen wurden. Lösungen in größerem Maßstab im Pflegealltag zu testen und gemeinsam mit dem Pflegefachkräften weiter zu entwickeln halte ich für einen wichtigen Ansatz, um die Digitalisierung in der Pflege so voran zu bringen, dass sie auch wirklich Ressourcen schafft und entlastet.

Flächenland und Ballungsraum – Finnland und Berlin sind dieses Jahr die Partnerländer der Pflegekonferenz; und bilden damit ziemlich treffend die Herausforderungen für die zukünftige Pflege in Deutschland ab. Welche strukturellen Änderungen halten Sie in den Flächenländern für notwendig, die durch zunehmende Abwanderung in die Städte besonders vom Fachkräftemangel betroffen sind?

Aus meiner Sicht kommt der Beratung von Pflegebedürftigen bzw. deren Betreuungspersonen hier eine Schlüsselfunktion zu. Denn umfassend informierte Hilfesuchende können zielgerichtet Angebote abfragen und Leistungen beantragen. Gute Beratungsangebote führen daher zu einer besseren Versorgung und stützen den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Dies ist ganz besonders vor dem Hintergrund knapper Angebote und Ressourcen im ländlichen Raum relevant.

Welche Optimierungsmöglichkeiten sehen Sie hier?

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Angebote, die sich an Pflegebedürftige und Pflegepersonen richten, sind immer noch sehr komplex und schwer nachvollziehbar. Ein einfacherer Zugang zu Angeboten und Informationen könnte geschaffen werden, wenn die bestehenden, guten Beratungsangebote deutlich besser vernetzt und prominenter aufgestellt werden.

Zu diesem Thema hatte ich anlässlich der 4. Berliner Pflege-

konferenz 2017 gemeinsam mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund das Positionspapier „Pflege in der alternden Gesellschaft“ vorgestellt. Wir haben darin skizziert, welche Herausforderungen wir aktuell in der Pflege sehen und einen Schwerpunkt auf den ländlichen Raum gesetzt, denn durch die Abwanderung der arbeitsfähigen Bevölkerung und den Verbleib der älteren Menschen ist hier die Situation deutlich kritischer als in den Ballungszentren.

Leider sind die von uns aufgestellten Forderungen weiterhin sehr aktuell – aus meiner Sicht vor allem weil bislang keine entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen wurden und nicht geklärt wurde, wie Kosten verteilt werden.

Mit dem Otto Heinemann Preis zeichnen spectrumK, der IKK e.V. und der BKK Dachverband Arbeitgeber aus, die bereits vorbildliche Lösungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickelt haben. Brauchen Angehörige mehr Unterstützung, damit diese, die Pflege in Deutschland sicherstellende quantitativ größte Klientel, dauerhaft Pflege leisten kann?

Definitiv brauchen die Angehörigen mehr Unterstützung. Wie Sie sagen, die Angehörigen tragen den größten Teil der Pflege. Ohne ihren Einsatz könnten wir die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland schon längst nicht mehr sicherstellen. Besonders anzuerkennen ist, dass durch die demografische Entwicklung zunehmend mehr pflegende Angehörige im Berufsleben stehen und häufig sogar noch parallel erziehungspflichtige Kinder betreuen. Für die Entlastung bei dieser Doppel- und Dreifachbelastung kommt den Arbeitgebern eine Schlüsselrolle zu. An der steigenden Zahl der Bewerber auf unseren Otto Heinemann Preis für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege lese ich hier eine sehr erfreuliche Entwicklung ab.

Auch der Gesetzgeber unterstützt und gibt sehr positive Signale für die Bedeutung des Themas. Aber aus den Bewerbungen lernen wir, dass einige Angebote, beispielsweise die gesetzliche Pflegezeit, selten genutzt und eher individuelle Lösungen gesucht werden. Mit dem Wettbewerb schaffen wir eine Plattform zum gegenseitigen Austausch, um hier die Angebote für alle Seiten nutzenbringend weiterzuentwickeln.

Mit Wirtschaftsminister Peter Altmaier hat der Preis einen prominenten Schirmherrn, was den Stellenwert des betrieblichen Engagements für Mitarbeiter, die gleichzeitig pflegende Angehörige sind, unterstreicht.

Ich freue mich sehr, dass Wirtschaftsminister Peter Altmaier die Schirmherrschaft über den Wettbewerb übernommen hat. Aus meiner Sicht erfahren so die Arbeitgeber, die mit ihren Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege einen wichtigen Beitrag zur Fachkräftesicherung leisten, eine ganz besondere Wertschätzung.

Herr Rawiel, vielen Dank für das Gespräch. <<

Auf der Berliner Pflegekonferenz wird der Marie Simon Pflegepreis für Innovationen in der Pflege verliehen

## „Gute Ideen brauchen eine Bühne“

Mit ihrem Einsatz steht Marie Simon für den gleichnamigen Preis Pate, der von spectrumK in Kooperation mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund vergeben wird. Innovative Lösungsansätze für die Schaffung altersgerechter Strukturen werden dabei prämiert. Und die müssen gar nicht komplex, sondern nur kreativ sein, wie Beispiele zeigen. Der Preis sucht Antworten auf Fragen wie: Wie kann die Versorgungssicherheit von Pflegebedürftigen im Versorgungsprozess gewährleistet werden? Oder: Welche Informations- und Kommunikationstechnologien können die Gestaltung in der Pflege unterstützen? Auf die Bewerber 2019 darf man gespannt sein.



>> Der Wettbewerb steht auch 2019 unter der Schirmherrschaft von Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. „Ich habe die Schirmherrschaft für den Marie Simon Pflegepreis sehr gern übernommen, denn gute Ideen brauchen eine Bühne. Wir brauchen innovative Ansätze und Konzepte, um auch künftig die immer größer werdende Zahl pflegebedürftiger Menschen versorgen zu können. Mit dem Marie Simon Pflegepreis können wir dazu beitragen, Projekte in die Fläche zu bringen, mit denen Teilhabe und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen gestärkt, pflegende Angehörige unterstützt und Pflegekräfte entlastet werden“, erklärt

Westerfellhaus. Eine fachkundige Jury, der u.a. Experten aus Sozialversicherungsträgern, Wirtschaft, Gesundheitspolitik und Pflege angehören, ermittelt die fünf besten Projekte. Die Endrundenteilnehmer nehmen an der feierlichen Preisverleihung am Abend des 7. November teil, wo sie Kontakte knüpfen und Austausch suchen können. Der Preisträger erhält ein Preisgeld von 2.500 Euro.

### Individuelles Potenzial nutzen

Der Marie Simon Pflegepreis ging 2018 an CKD – Das Netzwerk von Ehrenamtlichen, Fachverband des DICV Osnabrück. Die Vertreterin, die den Preis über-

nahm, beschrieb ihr Projekt wie folgt: „Einsamkeit passiert hinter verschlossenen Türen und wenn wir diese Tür öffnen, dann öffnen wir auch eine Tür zum Herzen desjenigen, der einsam ist. Ich denke, das Ehrenamt kann da einiges tun, wenn es selber gut vorbereitet wird.“ Und so machen sich ehrenamtlich Engagierte auf den Weg zu hochaltrigen Mensch. Im Gepäck: Interessen wie Musik, Kunst oder auch ein Besuch bei den Landfrauen. So können die Ehrenamtler Türöffner für gesellschaftliche Teilhabe sein.

Mit dem Marie Simon Pflegepreis werden auf der Berliner Pflegekonferenz besonders innovative Pflegeprojekte ausgezeichnet und so verschafft die Konferenz „guten Ideen eine Bühne“, wie der letzt- und diesjährige Schirmherr feststellte.

Die hochkarätig besetzte Jury begründete ihre einstimmig gefällte Entscheidung wie folgt: „Menschen sollten in jeder Lebenslage füreinander da sein. Diesen Grundsatz hat sich das Projekt „Türöffner“ des Ehrenamtlichen-Netzwerks CKD auf die Fahnen geschrieben. Die Türöffner bringen ältere und pflegebedürftige Menschen mit ehrenamtlich Engagierten zusammen – zum gemeinsamen Kaf-

feetrinken, Plaudern, Spazieren gehen. Sie sorgen dafür, dass sich Menschen finden, die gemeinsame Interessen haben und einander verstehen. Eine großartige Initiative gegen Vereinsamung und für ein sorgendes menschliches Miteinander.“

„Wir müssen neue Ansätze, Ideen und Modelle aufspüren und – wenn machbar – für deren Verbreitung sorgen“, appelliert Professor Dr. Ursula Lehr, Vizepräsidentin Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V., Bundesministerin a. D., die als Jurymitglied agiert.

Und als Preisträgerin aus dem Jahr 2017 weiß Dagmar Hirche, Vorstandsvorsitzende des Vereins Wege aus der Einsamkeit e.V. zu berichten: „Der Marie Simon Pflegepreis hat unserem Projekt viel Aufmerksamkeit verschafft und wir konnten auch unsere Forderungen nach freiem WLAN in Altenheimen/Seniorenwohnanlagen verstärkt vorbringen“, lässt Hirche das letzte Jahr Revue passieren. Doch damit nicht genug: Wege aus der Einsamkeit e.V. wurde im Zuge dessen auch für den Deutschen Engagementpreis nominiert.

Es ist also vieles möglich, wenn man sein Projekt nach außen trägt und den Austausch darüber sucht. <<



Feierliche Verleihung des Marie Simon Pflegepreises 2018 auf der Berliner Pflegekonferenz.

Die Berliner Pflegekonferenz ist die Bühne für die Verleihung des Otto Heinemann Preises

## Pflegefreundliche Arbeitswelt gesucht

Die komplexe Lebenssituation als Arbeitnehmer mit einem Pflegebedürftigen zu Hause meistern. Das ist eine Situation, die in Zukunft durch die steigende Zahl an Pflegebedürftigen noch wesentlich häufiger auftreten kann. Der Otto Heinemann Preis honoriert den Einsatz von Unternehmen, sich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu engagieren. Denn flexible Arbeitszeitmodelle werden bei einem eintretenden familiären Pflegefall unersetzlich. Pflegebewusste Personalpolitik wird am 7. November von spectrumK in Kooperation mit den Spitzenverbänden der BKKs und IKKs auf der Pflegekonferenz ausgezeichnet.



>> Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird in immer mehr Unternehmen zu einem wichtigen Thema. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des absehbaren Fachkräftemangels rücken dabei auch Erwerbstätige, die gleichzeitig Familienangehörige pflegen müssen, zunehmend in den Fokus der Arbeitgeber. „Nicht alle Eltern haben Kinder, aber alle Kinder haben Eltern“, erklärt eine strahlende Gewinnerin, die im letzten Jahr für Henkel den Preis entgegennehmen durfte, die Universalität des Themas. „Die Bewältigung von Pflegeaufgaben wird in unserer ‚Gesellschaft des langen Lebens‘ zu einer zentralen, immer dringlicher werdenden Aufgabe. Mit dieser Herausforderung leben viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Firma Henkel. Sie stehen oft plötzlich vor der Situation, in der zeitnah Hilfen benötigt werden. Strukturierte Navigationshilfen und Unterstützungsangebote sind die Voraussetzung für gelingende Pflegearrangements“, so die Preisträgerin weiter.

Denn neben der Kindererziehung stellt insbesondere die Pflege eine Herausforderung für alle Beteiligten dar, da der Eintritt eines Pflegefalls vielfach nicht planbar ist. Arbeit und Familie sind nicht mehr kate-

gorisch voneinander zu trennen. Und so kann es für ein Unternehmen nicht nur Herausforderung, sondern auch Chance sein, Familienförderung als Faktor im Wettbewerb um High Potential zu nutzen und als effektive Maßnahme zur Mitarbeiterbindung zu begreifen. Gesucht wird das innovativste Unternehmen, das in herausragender Weise für seine Beschäftigten optimale Bedingungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Arbeit schafft.

### Zusätzlich Chance für kleine Unternehmen

„Mit dem Otto Heinemann Preis werden Unternehmen ausgezeichnet, die innovative Konzepte und herausragende Ideen für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in ihre betriebliche Praxis umsetzen. Ich habe sehr gerne die Schirmherrschaft für den Otto Heinemann Preis übernommen. Denn er sorgt für Anerkennung und schafft Aufmerksamkeit für hervorragende Ansätze zur Lösung einer gesamtgesellschaftlichen Herausforderung, die angesichts des demografischen Wandels und des steigenden Fach-

kräftebedarfs zunehmend an Bedeutung gewinnt“, sagt Peter Altmaier, Bundesminister für Wirtschaft und Energie.

Der Preis wird am 7. November an Unternehmen unterschiedlicher Größe verliehen. Die Kategorien sind gestaffelt in Unternehmen mit bis zu 1.000 Mitarbeitern (Vollzeitkräfte), Unternehmen mit Mitarbeitern bis 5.000 Mitarbeiter und Unternehmen ab 5.001 Mitarbeitern.

In diesem Jahr bieten die Veranstalter eine zusätzliche Chance für kleine Unternehmen. Denn gerade diese profitierten besonders von einer Positionierung als familienfreundlicher Arbeitgeber, da sie im Wettbewerb um motivierte

Fachkräfte durch die geringere Sichtbarkeit oft zurückständen. Die Umsetzung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sei aber aufgrund der geringeren Ressourcen deutlich schwieriger. Ebenso bedeute die Teilnahme an einem Wettbewerb einen erheblichen Mehraufwand. Der IKK e.V. gibt daher kleinen Unternehmen mit der Wettbewerbsteilnahme eine zusätzliche Chance: Alle Bewerber mit weniger als 30 Beschäftigten nehmen – unabhängig vom Juryentscheid zum Otto Heinemann Preis – an einer Verlosung teil. Der Gewinner der Verlosung erhält eine Beratung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement oder rund um das Thema Pflege. <<



Feierliche Verleihung des Otto Heinemann Preises 2018 auf der Berliner Pflegekonferenz.

Trend-Dossier der Gesundheitsforen Leipzig

## Stabilisierung des Pflegealltags

Den Blick auf den „größten Pflegedienst Deutschlands“ gerichtet, geben die Gesundheitsforen Leipzig mit ihrem Trend-Dossier „Wer pflegt Deutschlands größten Pflegedienst? Die pflegenden Angehörigen als zentrale Säule der pflegerischen Versorgung“ einen Impuls zur Stärkung dieser Klientel, „die ganz wesentlich das professionelle und damit kommerzielle Pflegesystem entlasten, das vor dem Hintergrund des Pflegekräftemangels und begrenzter finanzieller Ressourcen anderenfalls schnell kollabieren würde“, wie der Autor Chris Behrens feststellt. Er ist Unternehmensbereichsleiter Pflege und Pflegestützpunkte bei der AOK Nordost.

>> Familienministerin Franziska Giffey hatte in einem Interview mit der „Rheinischen Post“ im August vorgeschlagen, dass der Staat pflegende Angehörige für ihre Arbeit entlohnt. Als „gesellschaftliche Zukunftsaufgabe“ bezeichnete die Ministerin das Projekt, die Pflege der bis 2050 geschätzten 4,5 Millionen Pflegebedürftigen sicherzustellen. Die Notwendigkeit, die Versorgung der aktuell rund 3,4 Millionen pflegebedürftigen Menschen durch die Stärkung der pflegenden Angehörigen zu sichern, sieht auch Chris Behrens von den Gesundheitsforen Leipzig. Im Trend-Dossier „Wer pflegt Deutschlands größten Pflegedienst?“ beleuchtet Behrens die Lebenswirklichkeit der pflegenden Angehörigen und zeigt Schwachstellen im System auf.

„Um die Pflege in Deutschland ressourcentechnisch langfristig auf ein stabiles Fundament zu stellen, muss die Unterstützung, Mobilisierung und Stabilisierung pflegender Angehöriger absolut im Fokus stehen“, gibt der Autor die Marschrichtung vor und beziffert die Zahl der pflegenden Angehörigen unter Berufung auf eine Hochrechnung des Robert Koch-Institutes aus dem Jahr 2012 mit 4,5 Millionen. Diese betreuten im Jahr 2018 2,6 Millionen Pflegebedürftige zu Hause, davon rund 1,8 Millionen ohne Unterstützung eines Pflegedienstes. Behrens weist auf die

hohe „Dunkelziffer“ hilfsbedürftiger Senioren hin, die noch keinen Pflegegrad hätten und trotzdem auf die Unterstützung ihrer Angehörigen angewiesen seien. Der Wunsch, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben, werde durch pflegende Angehörige ermöglicht, die durch ihren Einsatz das professionelle und damit kommerzielle Pflegesystem entlasten und vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels sowie begrenzter finanzieller Ressourcen das Kollabieren des Systems verhindern.

„Wenn man die Stundenzahl, die pflegende Angehörige aufwenden, mit dem heutigen Mindestlohn multipliziert, dann liegt die Wertschöpfung bei sage und schreibe rund 37 Milliarden Euro pro Jahr. Eine gewaltige Summe, wenn man bedenkt, dass die Pflegeversicherung selbst nur ein Einnahmenvolumen von rund 26 Milliarden Euro umfasst“, bezieht Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes Position.

### Den komplexen Lebenssituationen gerecht werden

Der Autor des Dossiers identifiziert eine Vielzahl unterstützender Angebote für pflegende Angehörige, die allerdings die Attribute niedrigschwellig oder individuell nicht immer verdienen. So kennen laut einer Befragung

des Wissenschaftlichen Institutes der AOK Nordost (WidO) von 2016 die meisten pflegenden Angehörigen zusätzliche Unterstützungsangebote, die Mehrheit nutzt sie jedoch nicht. Um dem entgegenzuwirken und der komplexen Lebenssituation pflegender Angehöriger besser Rechnung zu tragen, stellt Behrens als ersten von drei Punkten „Innovative Kommunikationsansätze gegen Zeitknappheit in der Pflege“ vor. So gebe es neben den zahlreichen initialen Informationsangeboten der Pflegekassen, Pflegestützpunkten etc. ebenfalls im Internet vielseitige Möglichkeiten sich zu informieren – auch für den Fall, dass eine Pflegesituation am Wochenende eintreten sollte.

### Zeitknappheit: Innovative Kommunikationsansätze

Informationsflut und unbekannte Fachtermini bildeten hier jedoch eine Barriere. Als Lösungsansatz stellt Behrens die dialogbasierte und geführte virtuelle Pflegeberatung mit Chatbot-Technologie vor. Diese digitale Pflegeassistenten biete der heterogenen Zielgruppe aus pflegenden Kindern und Jugendlichen, Pflegenden mit unterschiedlichem sozialen Hintergrund und denen mit Migrationshintergrund zielgenaue Auskunft und Beratung. Dabei greife das auf NLP (Neuro-linguistisches Programmieren) basierende Tool auf die klar strukturier-

ten Prozesse, die am Beginn einer Pflege stehen, zurück und führe den Nutzer individuell zu den für ihn relevanten Wissensdatenbanken, Pflegeangebote oder auch Formulare.

Einen zusätzlichen Mehrwert dieser Entwicklung stellt für den Autor die schnittstellenfreie Einbindung von Pflegeangeboten wie auch die Möglichkeit der Implementierung auf entsprechenden Webseiten Dritter dar. Überschreite die Komplexität der Frage den Chatbot, werde diese an die Pflegeberatung der Pflegekassen oder der Pflegestützpunkte weitergeleitet.

### Bündelung beim Pflege Ko-Pilot

Als zweite Innovation, die Hilfen zur Pflege bündeln und einen einfacheren Zugang zu eben jenen gewährleisten soll, zeichnet Behrens „Den Weg vom Beratungsdschungel hin zum Pflege Ko-Piloten“ vor. Die Pflegeberatung, verpflichtende Beratungsbesuche und Pflegekurse für pflegende Angehörige sollten eine Zusammenfassung erfahren, was vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels auch Ressourcen sparen würde. Zudem sei ein einziger Ansprechpartner für die Ratsuchenden wünschenswert, was allerdings multiprofessionelle Talente notwendig mache, deren Verfügbarkeit der Autor in Frage stellt. Dieser rekurriert auf das Konzept

des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, dem das Konzept des Pflege Ko-Piloten zuzuschreiben ist. Ko-Pilot soll Angehörige und Pflegebedürftige von Anfang an regelmäßig beraten und unterstützen und damit „eine Lotsenfunktion für die Pflegehaushalte übernehmen und sie auf Wunsch mit bestehenden regionalen professionellen, aber auch ehrenamtlichen Hilfs-, Beratungs- und Angebotsstrukturen vernetzen“, so Westerfellhaus. Als Vorbild könne hier die Hebamme gelten, die sich umfassend um die Familie im prä- sowie im postnatalen Kontext kümmere. Westerfellhaus sehe die Verpflichtung der Bereitstellung des Pflege Ko-Piloten nicht bei den Pflegekassen, da die Beratung unabhängig sein solle. Die Anbindung an die Pflegestützpunkte oder Pflegedienste halte er allerdings für möglich. Der Ansatz werde aktuell bundesweit geprüft.

### Den Pflegealltag stabilisieren

Last but not least gelte es, sich um die „Pflege der Pflegenden“ zu kümmern, was „unabhängig für eine stabile pflegerische Versorgung in Deutschland“ sei. Womit Behrens den dritten Aspekt zur Stärkung der pflegenden Angehörigen ausholt. Um die physische und psychische Verfassung derer zu unter Beachtung der besonderen Herausforderungen im Pflegealltag zu stabilisieren, habe die AOK Nordost in Kooperation mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg Angebote entwickelt, die den Familien mit Pflegeverantwortung schnell und unbürokratisch Hilfe und Entlastung in Form einer dreiwöchigen Vorsorgeleistung bieten sollen. Prä-

vention, Vorsorge und Rehabilitation würden damit stärker verknüpft. Die Finanzierung der dreiwöchigen Versorgungsmaßnahme für den Pflegebedürftigen erfolge aus den Budgets der Kurzzeit- und Verhinderungspflege.

Behrens weist hier auf den gesetzlichen Nachbesserungsbedarf hin, „um die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen im Rahmen einer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung des pflegenden Angehörigen finanziell auf ein solides Fundament zu stellen“. Ein Anfang sei mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz von der Politik gemacht worden, welcher der Autor das Bewusstsein für die Bedeutung des nicht zu kompensierenden Mehrwertes der Säule pflegender Angehörigen attestiert. Abschließend stellt Behrens die These in den Raum, dass es in der nächsten Dekade zu deutlich wahrnehmbaren ökonomischen und strukturellen Veränderungen zugunsten dieser Personengruppe kommen werde.

Franziska Giffey steht da mit ihrem Vorschlag bereits in den Startlöchern: „Bei uns im Bundesgesundheitsministerium denken wir über eine Art Lohnersatzleistung nach: ein Familienpflegegeld analog zum Elterngeld, das über einen gewissen Zeitraum gezahlt wird.“ Dieses würde nach Meinung der Ministerin auch das Pflegesystem entlasten, weil weniger Pflegebedürftige an ambulanter oder stationärer Pflege partizipieren würden. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bewertet diesen Vorstoß im Hinblick auf die Finanzierung kritisch. Die Ausgaben der Pflegeversicherung hätten in den letzten zehn Jahren nahezu eine Verdopplung erfahren. „Pflegegeld wäre eine zusätzliche milliardenschwere Leistung“, so Spahn, der dafür derzeit wenig Spielraum sieht. <<

### BdSAD: Unterstützung für pflegende Angehörige

>> Etwa zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in Deutschland werden zuhause von Angehörigen versorgt. Als „Hauptpflegepersonen“, wie sie formell bezeichnet werden, sind sie großer Belastung ausgesetzt. Die Bundesvereinigung der Senioren-Assistenten Deutschland (BdSAD) e. V. macht auf den gesetzlichen Anspruch auf personelle Entlastung aufmerksam, um durch regelmäßige Erholungszeiten oder bei einem kleinen Urlaub neue Kräfte zu sammeln.

Zur Finanzierung dieser sogenannten „Verhinderungspflege“, so informiert die BdSAD, stehen jedem Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 Mittel aus der Pflegeversicherung in Höhe von 1.612 Euro pro Jahr zur Verfügung. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist, dass der Pflegegrad mindestens sechs Monate bestanden haben muss. Obendrein können die für Kurzzeitpflege vorgesehenen, dafür jedoch nicht genutzten Mittel, stattdessen auch für die Verhinderungspflege eingesetzt werden (maximal 50 Prozent, d. h. nochmals bis zu 806 Euro pro Jahr). Sind die formellen Voraus-

setzungen gegeben, erweist sich die Suche nach einer professionellen Hilfe oft als nächste große Hürde. Wer hat die nötige Erfahrung? Wer ist geschult, zuverlässig und vertrauenswürdig? Wer achtet ethische Standards, wie sie beispielsweise in der „Pflege-Charta“ verbindlich vorgegeben sind? Die Angehörigen sollen in der Zeit der eigenen Abwesenheit schließlich in gute Hände kommen.

Qualifizierte Senioren-Assistenten, die in der BdSAD organisiert sind, erfüllen diese wichtigen Anforderungen. Mehr noch: Die bundesweit selbstständig tätigen Frauen und Männer empfehlen sich außerdem durch ihre Lebenserfahrung, durch langjährige Berufspraxis sowie ständige Fortbildung. Außerdem können sie eine Berufshaftpflichtversicherung nachweisen. Unter [www.bdsad.de](http://www.bdsad.de) kann nach verfügbaren Senioren-Assistenten in Ortsnähe gesucht werden. Eine individuelle persönliche Kontaktaufnahme ist dann direkt und kostenlos möglich. Auf der Website sind außerdem viele Detailinformationen über die Berufsgruppe zu finden. <<

### vdek: Intensivpflegerische Versorgung neu regeln

>> Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) begrüßt den Vorstoß von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, die Versorgung von Schwerstkranken, die u. a. künstlich beatmet werden, zu verbessern. Es wird ein neuer Leistungsanspruch „Außerklinische Intensivpflege“ eingeführt.

„Die Vorschläge des Bundesgesundheitsministeriums, beatmungspflichtige Menschen zukünftig regelhaft in besonders qualifizierten Pflegeeinrichtungen zu versorgen, ist richtig. Gut für die Betroffenen ist auch die Verpflichtung, immer wieder medizinisch zu

prüfen, ob es Versorgungsalternativen zur Beatmung gibt. (...) Im Sinne der Versicherten und ihrer Angehörigen ist zudem die Begrenzung der Zuzahlungen“, so Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek. Konkretisierungen sollte es nach Auffassung des vdek bei der Definition des Personenkreises geben. Ein „hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ reicht nicht aus, die Anspruchsberechtigung zu definieren. Zudem sollte vor allem für den stationären Bereich klargestellt werden, dass hier gemeinsame und einheitliche Verträge zu schließen sind. <<

## Pflegekammer notwendig?

>> „Die Pflegekammern können die drängenden Probleme in der Pflege nicht lösen“, sagt Sascha H. Wagner, gesundheitspolitischer Sprecher der NRW-Linken, mit Blick auf die Diskussion über die Pflegekammern im Landtag von Nordrhein-Westfalen. „Es gibt inzwischen zunehmend Bündnisse gegen die Pflegekammern. Die Pflegenden protestieren gegen die Politik, die für die furchtbaren Bedingungen in der Pflege verantwortlich ist.“ Deshalb fordert Wagner von der Landesregierung ein ernsthaftes Bemühen, „die offenkundigen Missstände in der Pflege zu lösen, anstatt die Verantwortung einfach auf Pflegekammern abzuwälzen“. Die Regierungen in Düsseldorf und Berlin seien seit Jahren dafür verantwortlich, dass es den Pflegekräften immer schlechter gehe. „Der vorgelegte Gesetzesentwurf der schwarz-gelben Landesregierung geht mit Nichten auf die eigentlichen Problemfelder bei den Heilberufen ein“, so Wagner abschließend. <<

## Pflichtmitgliedschaft in Pflegekammer ist verfassungsgemäß

>> Die Vorschriften des Kammergesetzes für die Heilberufe in der Pflege (PflegeKG) sind verfassungsgemäß. Das hat das Niedersächsische Oberverwaltungsgericht in Lüneburg am 22. August bestätigt. Damit teilt das Oberverwaltungsgericht die Ansicht des Verwaltungsgerichts Hannover. Auch an der Pflichtmitgliedschaft in der Pflegekammer ist nichts auszusetzen. Zwei Mitglieder der Pflegekammer hatten in zweiter Instanz gegen ihre Pflichtmitgliedschaft geklagt. Beide waren in der Vorinstanz vor dem Verwaltungsgericht Hannover gescheitert, wie die Pflegekammer Niedersachsen mitteilte.

„Das Urteil ist richtungsweisend und stärkt die Profession Pflege. Die Pflegekammer ist angetreten, um die Situation aller beruflich Pflegenden zu verbessern“, sagt Kammerpräsidentin Sandra Mehmecke. In einem der beiden Verfahren stand die Verfassungsmäßigkeit der Gesetzgebung im Vordergrund. Das Gericht stellte nach Auskunft der Pflege-

kammer Niedersachsen fest, dass die Pflichtmitgliedschaft und die damit einhergehende Beitragspflicht in die allgemeine Handlungsfreiheit eingreife. Der Eingriff sei jedoch verfassungsgemäß.

In dem zweiten Verfahren ging es laut Kammer um die Klage einer Fallmanagerin, die überwiegend Verwaltungsaufgaben ausführt, aber über eine Pflegeausbildung verfügt. Da sie nicht in der direkten Pflege tätig ist, lehnte sie eine Mitgliedschaft in der Pflegekammer ab. Das Oberverwaltungsgericht sah das wie zuvor das Verwaltungsgericht Hannover anders. Das Oberverwaltungsgericht sei der Ansicht, dass die Klägerin auch in dieser Tätigkeit auf die Kenntnisse und Fähigkeiten ihrer Pflegeausbildung zurückgreifen könne. Sandra Mehmecke: „Pflege ist so viel mehr als die reine Grundversorgung am Bett des Pflegebedürftigen. Pflegefachliche Kompetenzen sind in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung der



Sandra Mehmecke, Bild: Daniel Hermann

Bevölkerung unerlässlich.“

Mitglieder der Pflegekammer Niedersachsen sind alle in Niedersachsen tätigen Pflegefachpersonen mit einer staatlichen Anerkennung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege. Mitglieder sind auch Personen, die nicht in der direkten Pflege arbeiten. Voraussetzung ist, dass in der ausgeübten Tätigkeit Können und Wissen aus der Ausbildung eingesetzt werden oder auch nur eingesetzt werden könnten. <<

## DBfK Nordwest: Untergrenzen kein großer Wurf, schaffen aber Transparenz

>> Pflegepersonal arbeite in Deutschland ohne eine definierte Belastungsgrenze, moniert der DBfK Nordwest. Die dauerhafte Überlastung von Pflegepersonal und damit die Gefährdung der Gesundheit von Personal und Patienten werde in Kauf genommen. Schutz sollte die Vereinbarung einer Belastungsgrenze in Form der Pflegepersonaluntergrenze (PpUG) bieten, die vom DBfK Nordwest in der vorliegenden Form bereits kritisiert wurde. Die Umsetzung der PpUG zeige nun auch im Alltag, dass ein bedarfsgerechter Einsatz von Pflegepersonal in Deutschlands Kliniken eine große Herausforderung darstellt. Die Folgen des Pflegepersonalmangels seien

in Deutschland mittlerweile deutlich sicht- und spürbar. Das äußere sich darin, dass Leistungen nicht erbracht werden könnten und Stationen geschlossen werden müssten. Auf dem Weg dahin sei Pflegepersonal bisher ohne die Berücksichtigung einer Mindestpersonalquote belastet worden – was dem Pflegepersonal genauso schade wie es die zu pflegenden Patienten gefährde.

„Der Einsatz von Pflegepersonal geschieht in Deutschland nicht nur willkürlich. Der durchschnittliche Betreuungsschlüssel von einer Pflegefachperson pro 13 Patient ist eine Quote, mit dem wir in Europa im Ergebnis ein gefährliches Schlusslicht sind“, so Dr. Martin

Dichter, Vorsitzender des DBfK Nordwest in seinen Ausführungen zur aktuellen Situation der Pflege in Deutschland.

Im Rahmen des 2. Pflegetages Schleswig-Holstein wurden die unterschiedlichen Perspektiven auf die Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen beleuchtet. Demnach halten Schleswig-Holsteins Krankenhäuser die Personaluntergrenzen ein – nur 4% der Monatsdurchschnitte bei den Personalvorgaben würden nicht der PpUG entsprechen und sanktioniert werden – das sei Bundesdurchschnitt, sagte der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein, Patrick Reimund.

Für Brigitte Kaack, Mitglied des Vorstandes der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, zeigen die Pflegepersonaluntergrenzen Wirkung, weil über diese geredet werde. Es sei gut, dass das Thema in der Öffentlichkeit angekommen sei, auch wenn die Diskussion darüber noch nicht beendet sei. Sabine Schmidt, Pflegedirektorin des städtischen Klinikums Kiel erklärte, dass eine Mindestpersonalvorgabe nichts anderes heißen würde, als dass diese Grenze nicht unterschritten werden dürfe – mehr Personal könne durchaus eingestellt werden und da sei der Arbeitgeber auch in der Verantwortung, die dafür nötigen Bedingungen herzustellen. <<



# DAN PRODUKTE

**Wir sind einer der Marktführer für Softwarelösungen im Healthcemarkt und auf starkem Expansionskurs.**

**Daher suchen wir Sie als**

## **Pflegewissenschaftler (m/w/d)**

**Sie verfügen über:**

- ein abgeschlossenes Studium der Pflegewissenschaften
- hervorragende kommunikative Fähigkeiten und sichere Umgangsformen
- eine ausgeprägte IT-Affinität
- ausgeprägtes strategisches Denken
- ein seriöses, vertrauenswürdiges und selbstbewusstes Auftreten

**Zu Ihren Aufgaben gehört:**

- Produktentwicklung
- Projektsteuerung
- Literaturrecherche
- interdisziplinäre Kommunikation
- Analyse und Umsetzung der rechtlichen und pflegewissenschaftlichen Rahmenbedingungen
- Erstellung von Konzepten
- Teilnahme an Kundengesprächen

Sie tragen im Bereich Produktmanagement zur Weiterentwicklung unseres Produktportfolios und damit zum Erfolg der DAN Produkte bei. Sie berichten direkt an die Geschäftsführung und agieren von unserem Firmensitz in **Siegen** aus.

Können Sie sich damit identifizieren? Dann erwarten wir Ihre aussagekräftige Bewerbung inkl. der Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung und des frühesten Eintrittstermins.

**mehr unter: [www.danprodukte.de](http://www.danprodukte.de)**

**DAN Produkte GmbH · Human Resources  
Birlenbacher Straße 48 · 57078 Siegen · [hr@danprodukte.de](mailto:hr@danprodukte.de)**

Zwischenergebnisse des DKI Krankenhaus Barometers 2019

## Quo vadis Personalbemessung?

Auch die zweite Verhandlungsrunde von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Vereinbarung von Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus verlief ergebnislos, sodass das Bundesgesundheitsministerium (BMG) eine Ersatzvornahme vorgelegt hat und in vier weiteren Bereichen die Untergrößen selbst festlegen will. Erste Zwischenergebnisse des Krankenhaus Barometers 2019 des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) analysiert die DKG und zeigt sich aufgrund der Ergebnisse alarmiert: Um die Pflegepersonaluntergrößen zu erfüllen, mussten 37 Prozent aller Klinikenbetten auf Intensivstationen schließen. Auch auf den pflegesensitiven Allgemeinstationen mussten 23 Prozent der Kliniken Bettensperrungen vornehmen. 29 Prozent mussten ganze Bereiche zeitweise von der Notfallversorgung bei der Leitstelle des Rettungsdienstes abmelden. Dies geht aus einer repräsentativen Umfrage des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) hervor.

>> „Diese Zahlen sind ein alarmierendes Zeichen, dass die Pflegepersonaluntergrößen zu Einschränkungen bei der Versorgung führen. Dies gilt besonders hinsichtlich der flächendeckenden Notfallversorgung der Bevölkerung mit Hochleistungsmedizin und für die Intensivstationen. Hinzu kommt, dass weitere sechs Prozent der Kliniken bei Intensivbetten Schließungen planen. Wenn nun noch weitere Bereiche mit Untergrößen arbeiten müssen und die Untergrößen bei Intensivstationen, wie von den Krankenkassen gefordert, noch weiter verschärft werden, kann das nicht mehr steuerbare Auswirkungen haben. Deshalb fordern wir das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, den Umstieg auf ein Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument jetzt einzuleiten, statt auch noch die Intensivstationen für Schlaganfälle zu Abmeldungen wegen hochfraglichen abgeleiteten Personalquoten zu zwingen“, erklärte der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Dr. Gerald Gaß, in einer Stellungnahme.

Demzufolge wirkten sich die Pflegepersonaluntergrößen auch auf die Attraktivität der Pflegeberufe negativ aus: Krankenhäuser mussten die

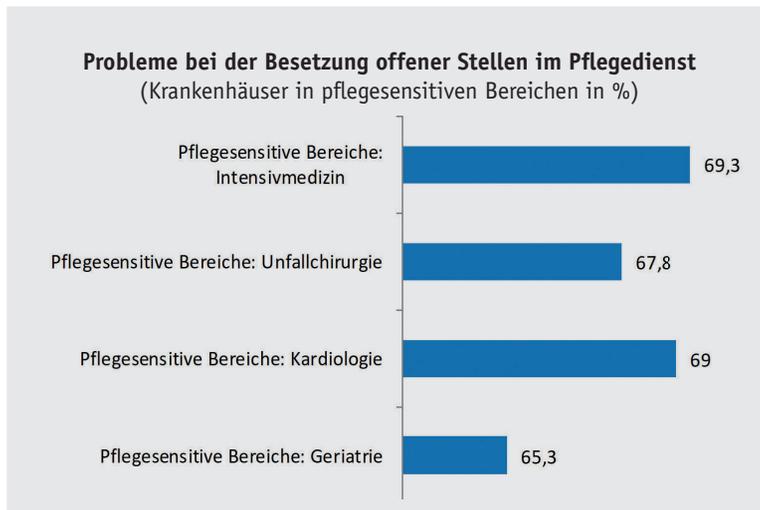
Personalbesetzung auf den Stationen jetzt tagesaktuell nach Patientenzahlen steuern. Das führe in 53 Prozent der Krankenhäuser zu kurzfristigen Änderungen von Dienstplänen und in einem Drittel der Kliniken zu Mehrarbeitsstunden und vermehrten Abrufen aus der freien Zeit.

Dass die Vorgaben zu Pflegepersonaluntergrößen das Problem der Pflege nicht lösen könnten, zeige sich darin, dass heute bereits 65 bis 70 Prozent aller Krankenhäuser Probleme bei der Besetzung freier Stellen in den pflegesensitiven Bereichen hätten. In der Pflege herrsche Vollbeschäftigung, es stünden auf dem Stellenmarkt nicht genügend Pflegekräfte zur Verfügung. Nur durch

die Gewinnung zusätzlicher neuer Pflegekräfte und die Aufstockung von Teilzeit-Pflegestellen könne dieses Problem gelöst werden. Dies setze voraus, dass der Pflegeberuf für Berufsanfänger und für Rückkehrer attraktiver und mit dem Privatleben besser vereinbar werde. „Die Pflegepersonaluntergrößen bewirken also genau das Gegenteil dessen, was u. a. mit der ‚Konzertierten Aktion Pflege‘ der Bundesregierung erreicht werden soll: zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für beruflich Pflegenden Arbeitszeit und Dienstpläne gesundheitsgerecht, partizipativ, flexibel und verlässlich zu gestalten, um dadurch eine Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe zu er-

reichen und mehr Menschen für einen Pflegeberuf zu gewinnen“, so Gaß. Dieser hatte Ende September ebenso einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Mindestpersonalbesetzung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung scharf kritisiert. Die Regelung werde die Versorgung in dem Bereich um 40 Jahre zurückwerfen. „Mit dem kleinteiligen stationsbezogenen Nachweisverfahren verhindert die Mehrheit im G-BA moderne Versorgungskonzepte“, so Gaß und moniert die seiner Ansicht nicht zeitgemäße Zunahme an Dokumentation und Bürokratie.

Die Zwischenergebnisse des Krankenhaus Barometers 2019 zum Thema „Pflegepersonaluntergrößen“ beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche seit Ende April 2019 durchgeführt wird, wie das DKI mitteilt. Das Krankenhaus Barometer 2019 befindet sich noch in der Auswertungsphase. Bis dato sind die Ergebnisse von rund 200 Krankenhäusern erfasst. Vorbehaltlich der üblichen Fehlertoleranzen könnten die Ergebnisse laut DKI aber als repräsentativ für die Grundgesamtheit gelten. <<



Grafik: Deutsches Krankenhausinstitut

## Eckpunkte für ein Gemeinsames Konzept für eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung im gesamten Krankenhaus auf allen bettenführenden Stationen

>> Entwicklung eines Instrumentes zur verbindlichen Bemessung des notwendigen Pflegepersonalbedarfs und der Pflegepersonalausstattung

Ein Instrument zur Bemessung des notwendigen Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern im Geltungsbereich des § 17b Krankenhausentgeltgesetz (KHG) ist bundesweit einheitlich und verbindlich anzuwenden und schätzt unterschiedliche Patientengruppen und Leistungsfelder hinsichtlich ihres Pflegepersonalbedarfes ein. Das Instrument muss in die elektronische Datenverarbeitung des Krankenhauses eingebunden, aber auch in Papierform nutzbar sein. Seine Bedienung ist einfach, selbsterklärend und bürokratiearm. Es orientiert sich an anerkannten Standards einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und gewährleistet eine hohe Patientensicherheit.

Das Instrument ermittelt den Pflegepersonalbedarf eines Krankenhauses für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden Stationen und definiert die notwendige Pflegepersonalausstattung für die bettenführenden Stationen des gesamten Krankenhauses. Das Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument drückt das Maß der Arbeitszuweisung aus und dient zur Orientierung des Pflegepersonaleinsatzes der einzelnen bettenführenden Bereiche bzw. Stationen. Es bildet die Grundlage für die Verhandlungen der von den DRGs unabhängigen, krankenhausesindividuellen Pflegebudgets. Die zweckentsprechende Mittelverwendung ist jährlich durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers an die anderen Vertragsparteien nachzuweisen (gem. § 6a Abs. 3 KHEntgG).

Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument ist insbesondere das Pflegepersonal für den Operationsdienst, der Anästhesie, Endoskopie, Funktionsdiagnostik, Notaufnahme, Dialyse, Ambulanz und Intensivstationen nicht umfasst. Dies gilt ebenso für die pflegerische Versorgung von Patienten unter 18 Jahren. Der Deutsche Pflegerat, die DKG und ver.di entwickeln bis zum 31. Dezember 2019 einen Vorschlag für ein Pflegepersonalbemessungsverfahren und präsentieren dieses dem BMG. Die Partner erwarten, dass das BMG den Vorschlag aufnimmt und diesen in einer Regierungskommission unter Beteiligung von DPR, DKG und ver.di berät. Ziel ist – analog Psych-PV – die Rechtsverordnung eines für alle Krankenhäuser verbindlichen Pflegepersonalbemessungsinstrumentes durch das BMG auf Grundlage einer Ermächtigung durch den Gesetzgeber.

Die gesetzlichen Vorgaben zu Pflegepersonaluntergrenzen in § 137i SGB V sowie zum Pflegequotienten nach § 137j SGB V erübrigen sich mit Einführung des neuen verbindlichen Instruments.

Für den Vorschlag vereinbaren DKG, DPR und ver.di folgende Eckpunkte:

1. Grundlage ist die Struktur der Pflegepersonal-Regelung (PPR).
2. Die A- und S-Bereiche der PPR einschließlich Grund- und Fallwerte werden überarbeitet und ggf. ergänzt. Die Minutenwerte werden aktualisiert.
3. Das Instrument muss kontinuierlich weiterentwickelt werden, um zukünftige pflegewissenschaftliche und versorgungsrelevante Erkenntnisse berücksichtigen zu können.
4. Die Anwendung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes ist unmittelbar verbindlich. Es bedarf einer geregelten Übergangsphase bis zur vollständigen Erfüllung des ermittelten Pflegepersonalbedarfs. Sollte es nach der Übergangsphase zur Unterschreitung des ermittelten Pflegepersonalbedarfs kommen, setzen gestufte Interventionen ein. Über die Entwicklung und Umsetzung des Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes hinaus besteht Konsens über folgende Grundsätze:
5. Die besondere Situation im Nachtdienst wird durch Mindestvorgaben der Personalausstattung für alle bettenführenden Stationen berücksichtigt.
6. Für die Pflegepersonalbemessung der Intensivstationen soll in einem weiteren Schritt möglichst zeitnah ein Instrument entwickelt und umgesetzt werden. Dabei werden bestehende Vorgaben, Empfehlungen und Instrumente berücksichtigt.
7. In der Kinderkrankenpflege sind die PPR-Werte durch ein spezifisches Personalbemessungsinstrument abzulösen. Die Eckpunkte beschreiben die Umsetzung des Auftrags, der im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege von den Beteiligten übernommen wurde. Dem Schritt der Entwicklung des Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes im Rahmen des Interims-Vorschlags müssen weitere folgen. <<

Quelle: verdi, DPR, DKG

Simon Eggert

## Sichere Medikation in der häuslichen Pflege – Welche Rolle spielen pflegende Angehörige?

Ältere pflegebedürftige Menschen sind oft mit verschiedenen gesundheitlichen Problemen konfrontiert (Blüher et al., 2017). Für über 90 Prozent der Menschen ab 60 Jahren gehören Medikamente zum Alltag (Schwinger et al., 2017). Arzneimittel können insbesondere bei akuten Krankheiten die Heilung unterstützen oder auch dabei helfen, dass Personen mit chronischen beziehungsweise fortschreitenden Gesundheitsproblemen möglichst gut mit diesen leben können. Allerdings resultieren aus einer Medikation wiederum teilweise erhebliche Risiken – insbesondere auch für ältere pflegebedürftige Personen (Schurig et al., 2018). Die Bevölkerung ab 65 Jahren ist insgesamt gefährdet, für sie ungeeignete Medikamente zu erhalten (Amann et al., 2012). Zudem steigt für pflegebedürftige Menschen mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, viele verschiedene Wirkstoffe über einen längeren Zeitraum verordnet zu bekommen. Laut Statistik werden etwa 55 bis 70 Prozent der pflegebedürftigen Menschen ab 60 Jahren fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet (Schwinger et al., 2017). Neben den ärztlich verordneten werden häufig auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente angewendet (Knopf & Grams, 2013). Multimedikation erhöht das Risiko für Medikationsfehler und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Ahrens, 2003; Ellenbecker et al., 2004; Scheidt-Nave et al., 2010).

>> Ein richtiger Umgang mit Medikamenten – von der Verordnung bis zur Anwendung – ist also für die Patientensicherheit und mithin für eine gute gesundheitliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen von erheblicher Bedeutung. Dies gilt nicht zuletzt für diejenigen, die in einem häuslichen Pflegesetting versorgt werden. Sie stellen eine anfällige Gruppe für Probleme rund um den Medikationsprozess dar (Ahrens, 2003; Berland/Bentsen, 2017; Lang et al., 2015; Thürmann, 2018).

Die besondere Herausforderung eines Medikationsprozesses in der häuslichen Pflege resultiert maßgeblich aus seiner Komplexität. Dazu trägt bei, dass pflegebedürftige Menschen über die Verordnung von Arzneimitteln hinaus, oft auch erheblicher Unterstützung bei deren Beschaffung und Anwendung bedürfen – beispielsweise, weil sie in Mobilität, Motorik oder Kognition eingeschränkt sind. Verschiedene Studien identifizierten 20 oder mehr Einzelschritte im ambulanten Medikationsprozess. Diese reichen von der ärztli-

### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Das Medikationsgeschehen im häuslichen Versorgungssetting ist vermutlich ein Risikoprozess für pflegebedürftige Menschen in Bezug auf unerwünschte arzneimittelassoziierte Gesundheitsereignisse. Insbesondere pflegenden Angehörigen könnte darin eine Schlüsselrolle zukommen. Der Wissensstand zu dem Thema ist jedoch bisher stark begrenzt.

**Methodik:** Die Studie basiert auf einer quantitativen Onlinebefragung pflegender Angehöriger im Alter zwischen 40 und 85 Jahren mit einer Stichprobengröße von  $n = 1.011$ . Die Ergebnisse wurden mit dem Statistikprogramm SPSS analysiert. Die Stichprobe ist nach Kombinationen von Alter, Geschlecht und formaler Bildung nachgewichtet.

**Ergebnisse:** Drei Viertel der Teilnehmer berichten, dass sie von mindestens einem Problem bei der Medikamentenversorgung der pflegebedürftigen Person aus dem letzten halben Jahr wissen. 76 Prozent der Befragten sind selbst regelmäßig in den Medikationsprozess eingebunden und übernehmen dabei verschiedene Tätigkeiten. 23 Prozent empfinden ihre Aufgaben dabei als belastend.

**Diskussion:** Die Ergebnisse weisen unter anderem darauf hin, dass Angehörige oft eine zentrale Rolle bei der Arzneimittelversorgung im häuslichen Pflegesetting übernehmen. Interventionen, die die Medikationssituation informell versorgter pflegebedürftiger Personen in den Blick nehmen, sollten pflegende Angehörige als relevante Stakeholder adressieren.

### Schlüsselwörter

Medikation, Patientensicherheit, Prävention, pflegende Angehörige, Adhärenz

chen Verordnung über das Besorgen, Lagern, Richten, Bereitstellen, Verabreichen und Einnehmen bis hin zur Überwachung der Medikamentenwirkung. Dabei wirken oftmals Ärzte, Apotheken, ambulante Pflegedienste, Angehörige und die Patienten selbst sowie ggf. weitere Akteure zusammen (Görres et al., 2018; Meyer-Masseti et al., 2012; Parand et al., 2018).

In der internationalen Forschung werden entsprechend zahlreiche Risikobereiche im professionellen Handeln von ambulanten Pflegekräften in Bezug auf den Umgang mit Medikamenten benannt (Görres et al., 2018). Diese umfassen unter anderem die Gabe nicht angezeigter Präparate beziehungsweise eine Gabe in falscher Dosierung (Kovner et al., 2005; McDonald/Peterson, 2008; Taylor et al., 2009), das korrekte Richten und Stellen der Medikamente (Meyer-Masseti et al., 2016), Konflikte mit pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen über Art, Umfang und Anwendung der verordneten Mittel (Payne et al., 2015), Missverständnisse in der Koordination mit anderen Akteuren (Lang et al., 2015; Meyer-Masseti et al., 2016) sowie Defizite im Bereich Qualifikation oder Kompetenz (Berland/Bentsen, 2017; Lednik et al., 2013; McDonald et al., 2008).

Für einen umfassenden Blick auf das Medikamentengeschehen in der häuslichen Pflege, ist jedoch der alleinige Fokus auf professionelle ambulante Pflege unzureichend. Denn von den derzeit etwa 2,6 Millionen zu Hause versorgten pflegebedürftigen Menschen in Deutschland, werden zwei Drittel ausschließlich durch pflegende Angehörige versorgt (Statistisches Bundesamt, 2018). Für das Jahr 2012 wurde geschätzt, dass etwa 4,7 Millionen Menschen hierzulande einen Angehörigen pflegen (Wetzstein et al., 2015).

Der internationale Forschungsstand verweist darauf, wie wichtig

insgesamt die Rolle von informell Pflegenden bei der Medikamentenversorgung im häuslichen Setting zu bewerten ist. Unter anderem holen sie Rezepte beim Arzt ab, erwerben Arzneien in der Apotheke, verwahren Medikamente, richten oder stellen diese bereit. Ebenso können die familialen Unterstützer in der Verabreichung, der Information zur Wirkungsweise und der Beobachtung der Wirkung von Medikamenten Verantwortung tragen (Smith et al., 2003; Look/Stone, 2018).

Vor allem Angehörige übernehmen also offenbar zahlreiche Aufgaben, die die Forschung für die professionelle ambulante Pflege bereits als Risikotätigkeiten in Bezug auf Medikamentensicherheit deklariert hat. Hierbei erleben nicht wenige von ihnen erhebliche Herausforderungen, insbesondere wenn die pflegebedürftige Person an Demenz erkrankt ist (Gillespie et al., 2013; Maidment et al., 2016). Eine solche Verantwortung kann zur Belastung werden und überfordern (Adelman et al., 2014; Aston et al., 2017; Coleman/Roman, 2015; Reinhard et al., 2012).

Für Deutschland sind jedoch sehr wenige quantitative Erkenntnisse zu der Fragestellung publiziert, in welchem Umfang Angehörige pflegebedürftige Menschen in der häuslichen Pflege beim Medikationsgeschehen unterstützen und welche Herausforderungen dabei gezählt werden können. Der vorliegende Artikel soll dazu beitragen, diese Wissenslücke zu schließen. Ein Anliegen, das nicht zuletzt deswegen relevant scheint, weil solche Informationen die Grundlage dafür bilden, eine sicherere und angemessenere Medikamentenversorgung bei dieser hoch vulnerablen und stark wachsenden Patientengruppe im Gesundheitssystem erreichen zu können.

Dieser Artikel basiert auf den Inhalten der ZQP-Analyse „Medikation in der häuslichen Pflege aus Sicht pflegender Angehöriger – 2019“ von Simon Eggert, Daniela Sulmann und Christian Teubner (2019) vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Meinen beiden Mitautoren dieser Grundlagen-Publikation ist zu danken; sie haben den vorliegenden Beitrag erst möglich gemacht.

## Methodik und Vorgehen

Grundgesamtheit der vorliegenden Analyse sind Personen in Deutschland im Alter von 40 bis 85 Jahren, die in ihrem privaten Umfeld seit mindestens sechs Monaten und mindestens einmal pro Woche einen Menschen pflegen, der folgende Kriterien erfüllt: (i) Alter ab 60 Jahren, (ii) pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuchs, das heißt die Person hat einen Pflegegrad, und (iii) wird häuslich versorgt, wohnt also nicht in einem Alten- oder Pflegeheim. Die Stichprobe von  $n = 1.011$  Personen wurde gezogen aus einem Panel mit circa 80.000 deutschsprachigen Personen. Teilnehmen konnte nur, wer zur Grundgesamtheit gehörte.

Die Online-Befragung wurde in der Zeit vom 18. Februar bis zum 15. März 2019 durchgeführt. Die Stichprobe wurde nach Kombinationen von Alter, Geschlecht und formaler Bildung nachgewichtet, um sie dem Ideal einer Repräsentativstichprobe so weit wie möglich anzunähern. Grundlage der Nachgewichtung war der Deutsche Alterssurvey 2014, eine Repräsentativbefragung von Menschen zwischen 40 und 85 Jahren, die in Privathaushalten in Deutschland leben (Klaus & Engstler, 2016). Eine Sonderauswertung der Vertei-

lung von Kombinationen von Alter, Geschlecht und formaler Bildung in dieser Gruppe wurde vom Deutschen Zentrum für Altersfragen freundlicherweise zur Verfügung gestellt. Der höchste Gewichtungswert ist 1,78. Die statistische Fehlertoleranz der Untersuchung in der Gesamtstichprobe liegt bei +/- 3 Prozentpunkten.

## Ergebnisse

### 1. Medikamentenversorgung der pflegebedürftigen Menschen

Die in dieser Analyse befragten pflegenden Angehörigen zwischen 40 und 85 Jahren sind zu 61 Prozent Frauen und zu 39 Prozent Männer. Sie gehören anteilig zu folgenden Altersgruppen: 38 Prozent sind zwischen 40 und 54 Jahre, 41 Prozent zwischen 55 und 69 Jahre, die übrigen 21 Prozent zwischen 70 und 85 Jahre alt. Die Befragten unterstützen die pflegebedürftige Person regelmäßig seit mindestens sechs Monaten: zwei Fünftel (38 Prozent) seit sechs Monaten bis zu zwei Jahren, knapp ein Drittel (30 Prozent) seit mehr als zwei bis zu vier Jahren und ein weiteres knappes Drittel (31 Prozent) seit mehr als vier Jahren.

Ein knappes Viertel (23 Prozent) der Befragten wendet in einer typischen Woche einmal pro Woche mindestens eine Stunde für Hilfe oder Pflege auf. Der größte Anteil der Angehörigen (46 Prozent) gibt an, sich mehrmals pro Woche, aber nicht täglich, für mindestens eine Stunde um die pflegebedürftige Person zu kümmern. 18 Prozent helfen täglich bis zu drei Stunden, weitere 6 Prozent täglich zwischen drei und sechs Stunden. Die übrigen 8 Prozent der Befragten geben an, sich täglich mehr als sechs Stunden zu kümmern.

Ein knappes Drittel (32 Prozent) der Befragten pflegt eine männliche und gut zwei Drittel (68 Prozent) eine weibliche Person, die jeweils mindestens 60 Jahre alt ist. Pflegebedürftigkeit verteilt sich bei diesen nach sozialrechtlicher Definition wie folgt: 12 Prozent weisen Pflegegrad 1, 41 Prozent Pflegegrad 2, 31 Prozent Pflegegrad 3, 12 Prozent Pflegegrad 4 und 4 Prozent Pflegegrad 5 auf. Bei einem Drittel (33 Prozent) der pflegebedürftigen Personen ist laut Angabe der Befragten eine Demenz festgestellt worden. 45 Prozent der pflegebedürftigen Personen wohnen allein zu Hause. 15 Prozent leben ausschließlich mit dem pflegenden Angehörigen zusammen, der an der Befragung teilgenommen hat, weitere 13 Prozent wohnen mit einem solchen Angehörigen zusammen sowie zusätzlich mit anderen Personen. 27 Prozent leben mit mindestens einer Person zusammen, aber nicht dem pflegenden Angehörigen, der an der Studie teilgenommen hat.

In der vorliegenden Befragung wurde auch nach der Zahl der verordneten Medikamente gefragt, die dauerhaft angewendet werden. Lediglich 3 Prozent der Befragten sagt, die pflegebedürftige Person wende keine verordneten Medikamente dauerhaft an. Ein knappes Zehntel (9 Prozent) nennt ein bis zwei Medikamente. 35 Prozent berichten von drei bis vier Medikamenten. Mehr als die Hälfte (47 Prozent plus 7 Prozent) gibt an, es würden fünf oder mehr Medikamente täglich von der pflegebedürftigen Person angewendet. Laut den Angaben der Angehörigen erhalten die pflegebedürftigen Männer (60 Prozent), häufiger fünf oder mehr Medikamente als die Frauen (53 Prozent).

Jedoch nicht nur die Zahl, auch die unterschiedlichen Arten von

Arzneimitteln können Einfluss auf das Gelingen der Medikamentenversorgung haben. Pflegende Angehörige werden im Medikationsprozess bei der pflegebedürftigen Person mit verschiedenen Formen von Medikamenten konfrontiert (Abbildung 1). Wie zu erwarten werden in beinahe allen Fällen (99 Prozent) mindestens Tabletten

genutzt. Aber auch Salben (28 Prozent), Tropfen (22 Prozent) und/oder Spritzen/Pens (16 Prozent) werden nicht selten genannt. In mehr als der Hälfte der Fälle (53 Prozent) wird neben Tabletten noch mindestens eine weitere Medikamentenform angewendet. Pflegende Angehörige benötigen demnach Wissen und Kompetenzen über den

Umgang mit Tabletten hinaus. So können zum Beispiel an Lagerung, Dosierung oder Applizierung bei Salben, Tropfen oder Spritzen teilweise ganz andere Anforderungen gestellt sein als bei Tabletten. Der Gesamtprozess kann entsprechend bei verschiedenen Medikamentenformen komplexer und fehleranfälliger werden.

Die Analyse legt nahe, dass bei der Medikamentenversorgung pflegebedürftiger Menschen im häuslichen Setting auf professionelle pflegerische Unterstützung oft nicht zurückgegriffen wird. Knapp zwei Drittel (64 Prozent) der Befragten, bei denen die pflegebedürftige Person regelmäßig Medikamente anwendet, geben an, dass in die Medikamentenversorgung der pflegebedürftigen Person, der sie Hilfe leisten, kein ambulanter Pflegedienst regelmäßig eingebunden war.

## 2. Beteiligung pflegender Angehöriger am Medikationsprozess

Pflegende Angehörige sind erheblich in den häuslichen Medikationsprozess involviert. Über drei Viertel (76 Prozent) sind – sofern Medikamente genommen werden müssen – regelmäßig daran beteiligt. Wenn kein ambulanter Pflegedienst beteiligt ist, sind es sogar 80 Prozent. Noch stärker in den Medikationsprozess eingebunden sind die Befragten, deren pflegebedürftige Angehörige fünf oder mehr verordnete Arzneimittel anwenden: 82 Prozent von ihnen sind an diesem mit steigender Medikamentenzahl komplexer werdenden Prozess beteiligt.

### Pflegebedürftige Menschen müssen häufig Medikamente anwenden, zum Beispiel in Form von Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben o. ä. [...] Und welche Medikament-Formen sind das? (Mehrfachnennungen möglich)

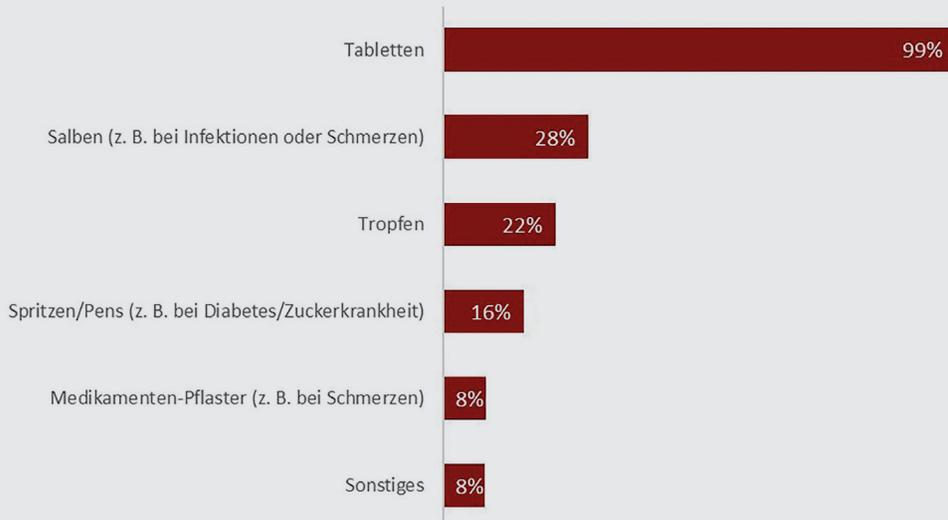


Abb. 1: ZQP-Befragung von pflegenden Angehörigen zwischen 40 und 85 Jahren, die eine pflegebedürftige Person seit mindestens sechs Monaten regelmäßig unterstützen. Filter: pflegebedürftige Person wendet regelmäßig Medikamente an (n = 981).

### [...] Wenn Sie an die vergangenen sechs Monate denken: Welche der folgenden Personen oder Personengruppen haben regelmäßig an einem oder mehreren dieser Schritte in der Versorgung des Pflegebedürftigen mit Medikamenten mitgewirkt?

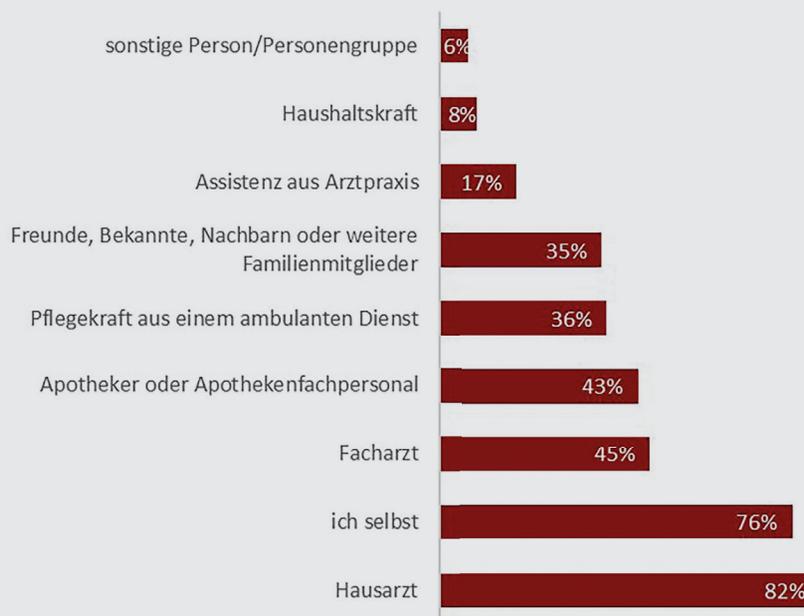


Abb. 2: ZQP-Befragung von pflegenden Angehörigen zwischen 40 und 85 Jahren, die eine pflegebedürftige Person seit mindestens sechs Monaten regelmäßig unterstützen. Filter: pflegebedürftige Person wendet regelmäßig Medikamente an (n = 981).

Die Medikamentenversorgung im häuslichen Umfeld ist geprägt durch ein Zusammenspiel unterschiedlicher Personengruppen (Abbildung 2). Am häufigsten ist nach Angaben der pflegenden Angehörigen der Hausarzt (82 Prozent) einbezogen, gefolgt von ihnen selbst (76 Prozent). Jeweils ein gutes Drittel der Befragten nennt ambulante Pflegekräfte (36 Prozent) und Freunde, Bekannte oder Nachbarn (35 Prozent).

Um ein klareres Bild von der Bedeutung der pflegenden Angehörigen im häuslichen Medikationsgeschehen zu erhalten, sollte das Spektrum der von ihnen übernommenen Tätigkeiten genauer betrachtet werden. Einen Überblick über die innerhalb der letzten zwölf Monate „oft“ oder „immer“ übernommenen Tätigkeiten liefert Abbildung 3. Demnach sind die häufigsten Aufgaben in Bezug auf Arzneimittel, bei denen informell Pflegende unterstützen: (1) „Medikamente aus der Apotheke besorgen“ (53 Prozent), (2) „Rezept beim Arzt abholen“ (47 Prozent), (3) „Medikamente richten“/„über Medikamente aufklären“ (jeweils 39 Prozent), (4) „sich über Folgen von verordneten Medikamente informieren“ (38 Prozent) sowie (5) „Medikamente bereitstellen“/„an Medikamenteneinnahme erinnern“ (jeweils 34 Prozent).

Werden nur die Tätigkeiten im Medikationsprozess gezählt, die von den pflegenden Angehörigen „oft“ oder „immer“ in den letzten sechs Monaten durchgeführt wurden, so werden im Durchschnitt 3,4 Tätigkeiten (Range 0 bis 10) von den pflegenden Angehörigen „oft/immer“ übernommen. Werden hingegen auch die Tätigkeiten mitberücksichtigt, die „gelegentlich“ oder „selten“ übernommen werden, so erhöht sich der Durchschnitt auf 7,6 Tätigkeiten (Range 0 bis 10).

### 3. Herausforderungen im Medikationsprozess

Viele Angehörige übernehmen also eine wichtige Rolle in der Medikation pflegebedürftiger Menschen, die zu Hause versorgt werden. Doch wie schwierig und belastend empfinden sie ihre Aufgabe? Annähernd zwei Drittel (63 Prozent) der pflegenden Angehörigen, die regelmäßig im Medikationsprozess mitwirken, übernehmen mindestens eine Tätigkeit, die sie als „sehr schwierig/eher schwierig“ beschreiben. Besonders häufig werden dabei genannt (Abbildung 4): (1) „über Medikamente aufklären“ (45 Prozent), (2) „sich über Folgen von verordneten Medikamente informieren“ (34 Prozent), (3) „Wechsel- oder Nebenwirkungen

von angewendeten Medikamenten melden“ (32 Prozent) sowie (4) „richtige Anwendung der Medikamente durch andere Personen prüfen“ (27 Prozent).

Ein knappes Viertel der pflegenden Angehörigen (23 Prozent) nennt die Hilfe, die sie bei der Medikation leisten als „sehr/eher belastend“. Wenn die pflegenden Angehörigen mindestens eine als schwierig empfundene Tätigkeit übernehmen, steigt dieser Anteil auf knapp ein Drittel (32 Prozent).

Werden Schwierigkeiten und Belastungen gemeinsam betrachtet, so empfinden zwei Drittel (66 Prozent) der pflegenden Angehörigen in der Analysegruppe die Unterstützung im Medikationsprozess als schwierig oder belastend.

Die pflegenden Angehörigen wurden auch zu Problemen in der Medikamentenversorgung befragt, die dazu führen, dass Medikamente nicht, nicht zur vorgesehenen Zeit oder nicht in der vorgesehenen Dosierung verabreicht werden konnten. Gut drei Viertel (77 Prozent) der Teilnehmenden berichten, dass mindestens ein Problem in der Medikamentenversorgung im letzten halben Jahr aufgetreten ist, das ihnen bekannt geworden ist – unabhängig davon in wessen Verantwortung, durch wen oder durch was das Problem aufgetreten ist. 35 Prozent geben an, dies sei gelegentlich oder sogar oft passiert

Als häufigstes Problem benennen die Befragten, dass ein Medikament aufgebraucht war (Abbildung 5); bei knapp zwei Fünfteln

**Wenn es um die Medikation der pflegebedürftigen Person geht: Bitte sagen Sie uns, wie häufig Sie in den letzten sechs Monaten folgende Tätigkeiten durchgeführt haben? [habe ich oft/immer getan]**



**Abb. 3:** ZQP-Befragung von pflegenden Angehörigen zwischen 40 und 85 Jahren, die eine pflegebedürftige Person seit mindestens sechs Monaten regelmäßig unterstützen. Filter: pflegebedürftige Person wendet regelmäßig Medikamente an (n = 981).

(39 Prozent) komme das selten, bei 10 Prozent gelegentlich und bei 2 Prozent häufig vor. Ebenfalls als häufiger auftretende Probleme wurden angegeben: „ein Medikament wurde zum falschen Zeitpunkt angewendet“ (36 Prozent), „Pflegebedürftige Person lehnte Medikament ab“ (33 Prozent) und „Zweifel, ob das Medikament angezeigt war“ (32 Prozent).

Da jedes der zehn genannten Probleme zu einer Fehlmedikation führen kann, wurde über alle zehn abgefragten Problemkategorien aggregiert, ob mindestens eines der genannten Probleme „oft“, „gelegentlich“ oder „selten“ auftritt. Danach geben 6 Prozent der Befragten in mindestens einer Problemkategorie an, sie trete „oft“ auf. Weitere 29 Prozent berichten, dass mindestens eine der Kategorien „gelegentlich“ auftrete und nochmals 43 Prozent meinen, zumindest eines der genannten Probleme trete „selten“ auf.

Durch Missverständnisse und fehlende Absprachen zwischen den an der Medikation Beteiligten werden Fehler begünstigt. Daher ist für einen sicheren Medikationsprozess im häuslichen Umfeld die Abstimmung wichtig: Allerdings berichten 17 Prozent der pflegenden Angehörigen, ein Medikament sei aufgrund von Abstimmungsproblemen mit anderen Verantwortlichen nicht oder nicht richtig angewendet worden. In den Fällen, in denen ein ambulanter Pflegedienst und/oder andere Familienmitglieder, Nachbarn oder Freunde am Medikationsprozess beteiligt sind, steigt dieser Anteil. Bei Beteiligung des ambulanten Pflegedienstes steigt er auf 26 Prozent, bei

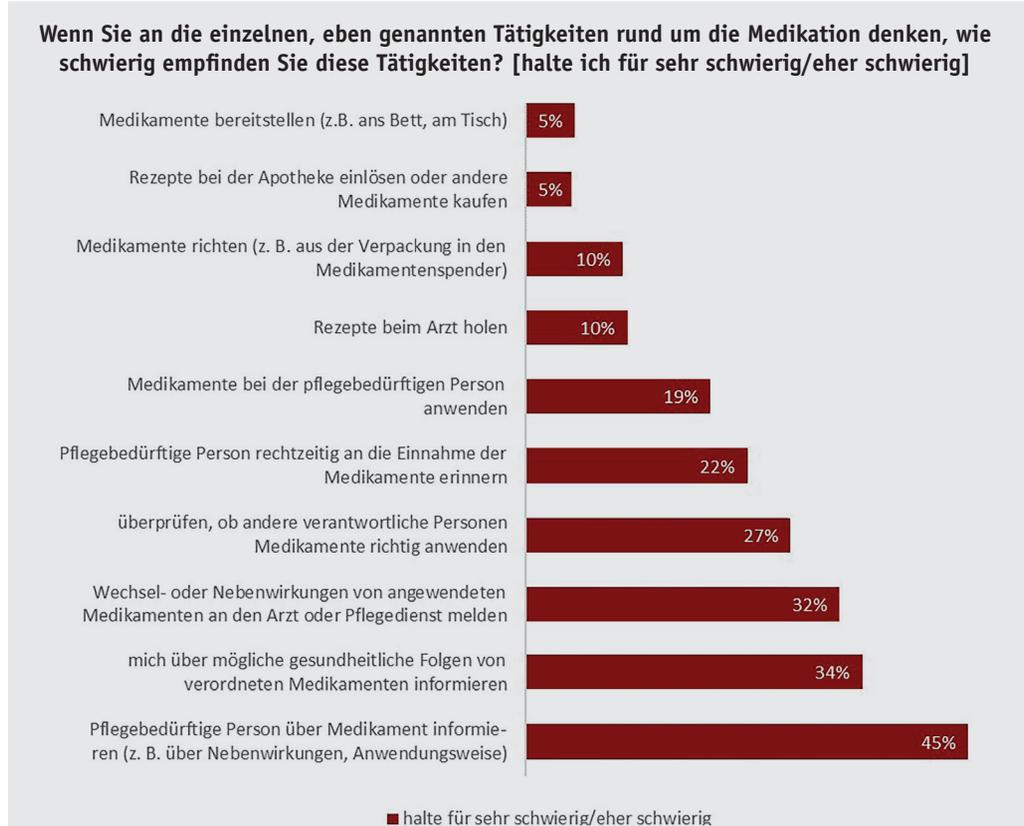
Einsatz von Nachbarn, Freunden oder anderen Familienmitgliedern auf 25 Prozent. Je mehr Akteure den Medikationsprozess unterstützen, desto stärker nehmen Abstimmungsprobleme zu: wenn ein bis zwei Akteure beteiligt sind, berichten 10 Prozent von Abstimmungsproblemen, bei drei bis vier Akteuren 18 Prozent und bei fünf oder mehr Akteuren 37 Prozent.

Der gleiche Zusammenhang zeigt sich, wenn die Zahl der beteiligten Akteure nach dem Auftreten mindestens eines der zehn genannten Probleme differenziert wird. Während der Anteil der Befragten, die mindestens ein Problem „oft“ oder „gelegentlich“ beobachtet oder erlebt haben, für ein bis zwei regelmäßig beteiligte Personengruppen bei gut einem Viertel (4 Prozent plus 24 Prozent) liegt, steigt er für fünf oder mehr Personengruppen auf über zwei Fünftel (11 Prozent plus 32 Prozent).

## Kurzdiskussion ausgewählter Ergebnisse

Ziel der Studie – die dem Artikel zugrunde liegt – war es, aus einer quantitativen Perspektive Erkenntnisse zu gewinnen, inwieweit pflegende Angehörige in Deutschland in die Medikamentenversorgung pflegebedürftiger Menschen im Rahmen eines häuslichen Pflegesettings eingebunden sind und in welchem Umfang welche Herausforderungen bestehen.

Dabei deutet sich an, dass Angehörige häufig ein oder sogar der zentrale Akteur in der Realisierung von Medikation bei einer pflegebedürftigen Person sind. Die Ergebnisse zeigen, dass einerseits ein Großteil der Befragten (76 Prozent) regelmäßig in den Medikationsprozess eingebunden ist, diese Angehörigen dabei häufig mehr als drei verschiedene Tätigkeiten zur Sicherstellung der Medikamentenanwendung oft oder sogar immer übernehmen. Bei deutlich über der Hälfte der Befragten (66 Prozent) gibt es keine professionelle Unterstützung in dem Medikamentenmanagement bzw. der Anwendung bei der pflegebedürftigen Person. Denn ein ambulanter Dienst ist in diese Versorgungssettings jeweils nicht involviert. Mindestens in diesen Fällen liegt also nahe, dass spätestens nach Aushändigung eines Medikaments in der Apotheke, die Verantwortung für das Gelingen von angemessener und sicherer Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige Menschen zu



**Abb. 4:** ZQP-Befragung von pflegenden Angehörigen zwischen 40 und 85 Jahren, die eine pflegebedürftige Person seit mindestens sechs Monaten regelmäßig unterstützen. Filter: pflegebedürftige Person wendet regelmäßig Medikamente an (n = 981).

einem nicht geringen Anteil in den Händen pflegender Angehöriger liegt. Dann ist es entscheidend, ob die Angehörigen über die nötigen Ressourcen und Kompetenzen verfügen, diesen oft herausfordernden Prozess zu meistern. Dies ist anschlussfähig an den aktuellen Forschungsstand (Look & Stone, 2018).

Nicht nur, dass Angehörige häufig in erheblichem Maße in die Medikamentenversorgung der Pflege empfangenden Person eingebunden sind. Die Untersuchung liefert zudem Hinweise zur Herausforderungsdimension dieser Aufgaben. Die Analyse zeigt, dass 63 Prozent der Befragten, die in die Medikamentenversorgung involviert sind, in Bereichen agieren, die sie als schwierig empfinden. 23 Prozent werten entsprechende Aufgaben als eher oder sogar sehr belastend. Dass die Verantwortungsübernahme rund um das Medikationsgeschehen einer pflegebedürftigen Person insbesondere mit Demenz belastend und überfordernd sein kann, legen auch bisherige Arbeiten nahe (Gillespie, Mullan & Harrison, 2013; Maidment et al., 2016).

77 Prozent aller Befragten berichten überdies, dass mindestens ein Problem in der Medikamentenversorgung im letzten halben Jahr aufgetreten ist. 35 Prozent geben an, dies sei gelegentlich oder sogar oft passiert. Diese Angaben können bisher nicht in einen Forschungsstand eingeordnet werden.

Insgesamt zeichnet sich also ab, wie komplex diese Dimension von Patientensicherheit in der häuslichen Pflege – nämlich ein suffizienter Medikationsprozess – zu sein scheint, wie bedeutsam und herausgefordert informell Pflegende in diesem Zusammenhang häufig sind. Die Ergebnisse weisen damit auf drei entscheidende Punkte hin: 1. Es sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich, um besser zu verstehen wie es um Wissen, Kompetenzen, Barrieren und Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen beim Medikamenteneinsatz im häuslichen Versorgungssetting bestellt ist.

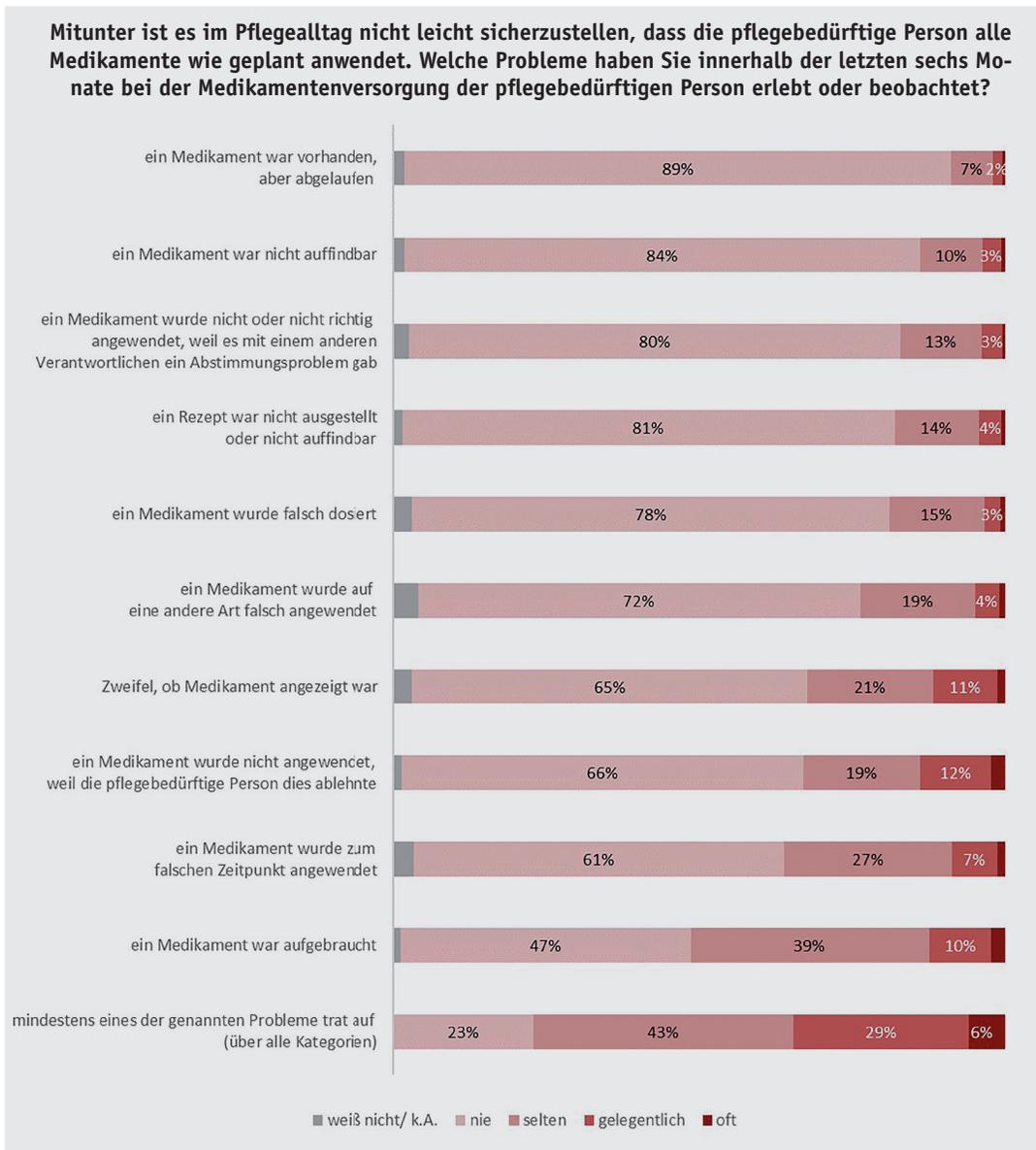


Abb. 5: ZQP-Befragung von pflegenden Angehörigen zwischen 40 und 85 Jahren, die eine pflegebedürftige Person seit mindestens sechs Monaten regelmäßig unterstützen. Filter: pflegebedürftige Person wendet regelmäßig Medikamente an (n = 981).

2. Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass bei diesem Thema erheblichen Bedarf in Bezug auf Beratung, Schulung und Unterstützung für pflegende Angehörige besteht. Entsprechend wirksame Angebote könnten vor allem zwei Zielstellungen adressieren: zum einen die Erhöhung der Sicherheit im Medikationsgeschehen pflegebedürftiger Menschen, zum anderen die Realisierung von gesundheitlichem Präventionspotenzial bei pflegenden Angehörigen durch Stressreduktion in diesem Kontext.
3. Bei Interventionsentwicklungen, die das Ziel haben, Pharmakotherapie bei älteren, nicht institutionalisiert lebenden, pflegebedürftigen Menschen zu verbessern und beispielsweise Sicherheit bzw. Adhärenz zu steigern, darf die Rolle der Angehörigen nicht übersehen werden. <<

## Literatur

- Adelman, R. D./Tmanova, L. L./Delgado, D./Dion, S./Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*, 311(10), 1052–1060. doi: 10.1001/jama.2014.304
- Ahrens, J. (2003): Research. Combatting medication errors in home health. *Caring*, 22(1), 56–59.
- Amann U./Schmedt N./Garbe E. (2012). Prescribing of potentially inappropriate medications for the elderly: an analysis based on the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int*, 109(5), 69–75. doi: 10.3238/arztebl.2012.0069
- Aston, L./Hilton, A./Moutela, T./Shaw, R./Maidment, I. (2017). Exploring the evidence base for how people with dementia and their informal carers manage their medication in the community: a mixed studies review. *BMC Geriatr*, 17(1), 242. doi: 10.1186/s12877-017-0638-6
- Berland, A./Bentsen, B. (2017). Medication errors in home care: a qualitative focus group study, *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3734–3741. doi 10.1111/jocn.13745
- Blüher, S./Schnitzer, S./Kuhlmeier, A. (2017). Der Zustand der Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. (3-11) In: Jacobs, K./Kuhlmeier, A./Grefß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.). *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer: Stuttgart.
- Coleman, E. A./Roman, S. P. (2015). Family Caregivers' Experiences During Transitions Out of Hospital. *J Healthc Qual*, 37(1), 12–21. doi: 10.1097/O1.JHQ.0000460117.83437.b3
- Eggert, S./Sulmann, D./Teubner, C., (2019). Medikation in der häuslichen Pflege aus Sicht pflegender Angehöriger. ZQP-Analyse des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP). Berlin.
- Ellenbecker, C. H./Frazier S. C./Verney, S. (2004). Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatric Nursing*, 25 (3), 164–170.
- Gillespie, R./Mullan, J./Harrison, L. (2014). Managing medications: the role of informal caregivers of older adults and people living with dementia. A review of the literature. *J Clin Nurs*, 23(23–24), 3296–3308. doi: 10.1111/jocn.12519
- Göres, S./Warfelmann/C., Meinecke, P./Riemann, M. (2018). Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Berlin.
- Klaus, D./Engstler, H. (2016). Daten und Methoden des Deutschen Alterssurveys. In: Mahne, K./Wolff, J. K./Simonson, J./Tesch-Römer, C. (Hrsg.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 25–42). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA).
- Knopf, H./Grams, D. (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl*, 56, 868–877. doi 10.1007/s00103-013-1667-8
- Kovner, C./Menezes, J./Goldberg, J. D. (2005). Examining nurses' decision process for medication management in home care. *Jt Comm J Qual & Patient Saf*, 31 (7), 379–385.
- Lang, A./Macdonald, M./Marck, P./Toon, L./Griffin, M./Easty, T./ ... Goodwin, S. (2015). Seniors managing multiple medications: using mixed methods to view the home care safety lens, *BMC Health Services Research*, 15, 548. doi: 10.1186/s12913-015-1193-5
- Lednik, L./Baker, M./Sullivan, K./Poynter, M./O'Quinn, L./Smith, C. (2013). Is Self-Administration of Subcutaneous Immunoglobulin Therapy Safe in a Home Care Setting? *Home healthcare nurse*, 31(3), 134–143. doi: 10.1097/NHH.0b013e318283889b.
- Look, K. A./Stone, J. A. (2018). Medication management activities performed by informal caregivers of older adults. *Res Soc Adm Pharm RSAP*, 14(5), 418–426. doi: 10.1016/j.sapharm.2017.05.005
- Maidment, I. D./Aston, L./Moutela, T./Fox, C. G./Hilton, A. (2017). A qualitative study exploring medication management in people with dementia living in the community and the potential role of the community pharmacist. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*, 20(5), 929–42.
- McDonald, M. V./King, L. J./Moodie, M./Feldman, P. H. (2008). Exploring diabetic care deficiencies and adverse events in home healthcare. *J Healthc Qual*, 30(6), 5–12.
- McDonald, M. V./Peterson, L. E. (2008). Finding success in medication management. *Home Health Care Management & Practice*, 20(2), 135–140.
- Meyer-Masseti, C./Krummenacher, E./Hedinger-Grogg, B./Luterbacher, S./Hersberger, K. E. (2016). Medikationssicherheit im Home Care Bereich. Entwicklung und Pilotierung eines Critical Incident Reporting Systems, *Pflege*, 29(5), 247–255. doi: 10.1024/1012-5302/a000498
- Meyer-Masseti, C./Kaiser, H./Hedinger-Grogg, B./Luterbacher/ S./Hersberger, K., E. (2012). Medikationssicherheit im Home Care Bereich. Identifikation von kritischen Prozessschritten, *Pflege*, 25(4), 261–269. doi 10.1024/1012-5302/a000214
- Nickels, M./Siskowski, C./Lebron, C.N./Belkowitz, J. (2018). Medication administration by caregiving youth: An inside look at how adolescents manage medication for family members. *J.adolescence*, 69, 33–43. doi: 10.1016/j.adolescence.2018.09.001
- Parand, A./Faiella, G./Franklin, B. D./Johnston, M./Clemente, F./Stanton, N. A./Sevdalis, N. (2018). A prospective risk assessment of informal carers' medication administration errors within the domiciliary setting. *Ergonomics*, 61(1), 104–121. doi: 10.1080/00140139.2017.1330491
- Payne, S./Turner, M./Seamark, D./Thomas, C./Brearley, S./Wang, X./Blake, S./Milligan, C. (2015). Managing end of life medications at home—accounts of bereaved family carers: a qualitative interview study. *BMJ supportive & palliative care*, 5 (2), 181–188. doi: 10.1136/bmjspcare2014-000658
- Reinhard, S. C./Levine, C./Samis, S. (2012). *Home Alone: Family Caregivers Providing Complex Chronic Care*. Washington, DC: AARP Public Policy Institute.
- Scheidt-Nave, C./Richter, S./Fuchs, J./Kuhlmeier, A. (2010). Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“, *Bundesgesundheitsbl*, 53, 441–450. doi: 10.1007/s00103-010-1052-9
- Schurig, A. M./Böhme, M./Just, K. S./Scholl, C./Dormann, H./Plank-Kiegele, B./Seufferlein, T./Gräff, I./Schwab, M./Stingl, J. C. (2018). Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) in der Krankenhausnotaufnahme. *Dtsch Arztebl Int*, 115(15), 251–258. doi: 10.3238/arztebl.2018.0251
- Schwinger, A./Jürchott, K./Tsiassioti, C. (2017). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs, K./Kuhlmeier, A./Grefß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.), *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen* (S. 255–303). Schattauer: Stuttgart.
- Smith, F./Francis, S. A./Gray, N./Denham, M./Graffy, J. (2003). A multi-centre survey among informal carers who manage medication for older care recipients: problems experienced and development of services. *Health Soc Care Comm*, 11(2), 138–145.
- Statistisches Bundesamt (2018). *Pflegestatistik 2017: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.
- Taylor, D. D./Robinson, J./MacLeod, D./MacBean, C. E./Braitberg, G. (2009). Therapeutic errors involving adults in the community setting: nature, causes and outcomes. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 33 (4), 388–394. doi: 10.1111/j.1753-6405.2009.00413.x
- Thürmann, P. (2018). Vermeidbare Risiken der Arzneimitteltherapie. In Barmer (Hrsg.), *Arzneimittelreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Band 10, (S. 142ff.). Berlin.
- Wetzstein, M./Rommel, A./Lange, C. (2015). Pflegenden Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE Kompakt*, 6(3), 1–12.

## Family caregivers' perspectives on medication in home care settings

**Background:** Medication in home care settings is likely to be a risk process for care-receiving persons with regard to undesired drug-related health problems. In particular family caregivers could play a key role in this setting. However, so far knowledge on this topic is very limited.

**Method:** This study is based on a quantitative online survey of family caregivers aged between 40 and 85 years with a sample size of n=1,011. Results were analyzed with the statistical program SPSS. The sample has been weighted for combinations of age, gender and formal education.

**Results:** Three quarter of the participants report that they know of at least one problem concerning the medication of the care-receiving person in the last 6 months. 76 per cent of the respondents are themselves regularly involved in medication processes and take on various activities. 23 per cent perceive their tasks as stressful.

**Discussion:** These findings indicate that family members often play a central role in the medication in home care settings. Interventions which focus on the medication of care-receiving persons in informal care settings should address family caregivers as relevant stakeholders.

### Keywords

medication, patient safety, prevention, family caregivers, adherence

### Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

### Simon Eggert

ist Geistes- und Sozialwissenschaftler. Er leitet den Bereich Analyse am Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) und ist Gastwissenschaftler an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Prävention und Sicherheit bei älteren pflegebedürftigen Menschen und informell Pflegenden.

Kontakt: [simon.eggert@zqp.de](mailto:simon.eggert@zqp.de)



**BERLINER**

AUS DER PRAXIS – FÜR DIE PRAXIS

**PFLEGEKONFERENZ**

## 6. Berliner Pflegekonferenz

Westhafen Event & Convention Center Berlin

# SAVE THE DATE!

Donnerstag, 7.11.2019

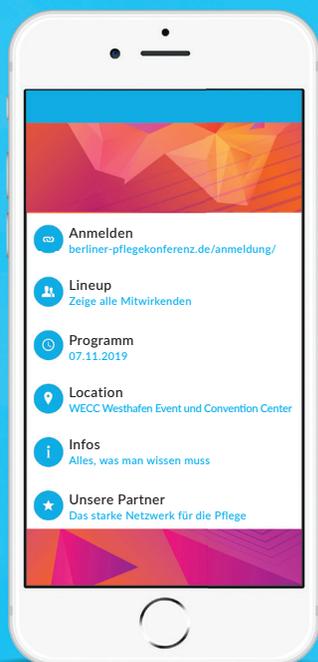
### Konferenzorganisation

Mail: [info@berliner-pflegekonferenz.de](mailto:info@berliner-pflegekonferenz.de)

Fon: +49 30 21 23 36 110

**JETZT ANMELDEN!**

[www.berliner-pflegekonferenz.de](http://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!**

