

Prof. Dr. Martina Hasseler:

„Deutschland leistet es sich immer noch, eine schulische Ausbildung fr Pflegeberufe anzubieten. Die parallelen Angebote betrachte ich als eher schdlich fr die Professionalisierung.“

Corona-Zwischenbilanz

„Nicht nur nach Fehlern, sondern nach Lsungen suchen!“, fordert Pflegebevollmchtigter Westerfellhaus und will den flchendeckenden Tarifvertrag fr die Altenpflege.

Alles wie immer?

Herausforderungen, Belastungen und BewltigungsmaBnahmen in Pflegeeinrichtungen haben Prof. Dr. Holger Pfaff und sein Team im Kontext von Covid-19 untersucht.

Bundesweiter Think Tank

Die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) will Impulsgeber fr den Dialog ber die inhaltliche Ausgestaltung der Vorbehaltsaufgaben in der Pflege sein.



**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.

Nicht nur wegen Corona: Notwendige Schritte

>> Titelinterview mit Professorin Dr. rer. medic. habil. Martina Hasseler, Professorin für Klinische Pflege an der Ostfalia Hochschule

Wie gehen wir in der Corona-Pandemie mit pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen (Hochrisikogruppen) um? Präventive Isolation kann auf Dauer nicht der Weg sein. „Aus meiner Perspektive sind partizipative Ansätze für die Erarbeitung von Ideen erforderlich, um die Frage beantworten zu können, wie wir mit dem Virus und dem Erfordernis, Menschen zu schützen und unser wirtschaftliches und soziales Leben aufrecht erhalten zu können, umgehen können.“ So **Professorin Martina Hasseler** von der Ostfalia Hochschule im Titelinterview. S. 6 ff.

Aber auf Dauer muss sich in der Pflege sehr viel mehr tun, damit der allgemeine Goodwill aus der Krise auf Dauer zu echten Verbesserungen für die professionellen Pflegekräfte genauso wie für die Patienten führt. Dazu sind Evidenz und die Ergebnisse von Pflegeforschung entscheidend. Für Frau Professorin Hasseler stehen „... die Befunde aus dem internationalen Raum im Vordergrund, dass akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen einen Unterschied in der Qualität und den Gesundheitsergebnissen der Patientinnen und Patienten sowie den pflegebedürftigen Menschen machen.“ Dies wird in unserem Gesundheitssystem nicht genügend zur Kenntnis genommen. Das muss sich ändern.

„Mehr PflegeKRAFT 2.0“ und Corona-Zwischenbilanz des Pflegebevollmächtigten

Auch **Andreas Westerfellhaus**, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, formuliert eindeutige Forderungen: 1. Flächendeckend faire Löhne in der Langzeitpflege, 2. Ausreichend Kollegen als Voraussetzung für familienfreundliche Arbeitszeit, 3. Mit Digitalisierung mehr Zeit für Pflege statt für Bürokratie, 4. Mehr Verantwortung durch Heilkundeübertragung, 5. Eine Selbstverwaltung für die Pflege. S. 13 ff.

Befragung „Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona“

Das Team um **Dr. Kira Isabel Hower**, **Dr. Timo-Kolja Pförtner** und **Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff** hat Leistungskräfte aus ambulanten Pflege- und Hospizdiensten sowie stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen zu den Herausforderungen für die Versorgung der Risikogruppe pflegebedürftiger Menschen unter Corona befragt. Lesen Sie die Ergebnisse auf Seite 16 f. S. 16 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Dudey präsentiert Befragungen und Datenerhebungen in Sachsen, ergänzt mit bundesweiten Daten, zur Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen. Dazu gibt es nach § 119 b SGB V die Möglichkeit, Kooperationsverträge zwischen Ärzten und Pflegeheimen abzuschließen. Diese verbreiten sich allmählich. Aber ein wichtiger Teil der Versorgung findet ohne solche Kooperationsverträge statt. Die Untersuchung zeigt, dass flächendeckend keine allgemeinärztliche Unterversorgung der Pflegeheimbewohner vorliegt. Die fachärztliche Versorgung weist hingegen in manchen Gegenden größere Defizite auf. Telemedizinische Anwendungen haben das Potenzial, die Versorgung der Pflegeheimbewohner zu verbessern. S. 19 ff.

Gräske, **Nisius** und **Renaud** untersuchen Pflege-Bauernhöfe als neue Versorgungsform für Menschen mit Demenz. In Deutschland konnten 34 solche Bauernhöfe identifiziert werden. Regional sind die Angebote ungleich verteilt, ebenso variieren die Betreuungs-, Versorgungs- und Beschäftigungsangebote stark. Studien aus dem europäischen Ausland zeigen positive Effekte auf Lebensqualität und Appetit der Bewohner. Deutsche Studien zu möglichen Effekten bei auf Pflege-Bauernhöfen mit Demenz sind notwendig. S. 25 ff.

Auch in der weiter andauernden, sehr schwierigen Situation mit COVID-19 wünsche ich Ihnen, wie immer, interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre tägliche Arbeit nutzen können.

Vor allem: Bleiben Sie weiter gesund!

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski

INHALT

Nicht nur wegen Corona: Notwendige Schritte
Editorial MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Pflege muss sich bewegen
Editorial der MoPf-Redakteurin Kerstin Müller

„Ein sehr eingegengtes Verständnis von Fachlichkeit“
Professorin Dr. Martina Hasseler im Interview

Systemrelevanz sichtbar machen
Pflegebevollmächtigter Andreas Westerfellhaus zieht eine Corona-Zwischenbilanz

Patientensicherheit ist Leitgedanke
VdPB initiiert Fachgespräch zur inhaltlichen Ausgestaltung von Vorbehaltsaufgaben

Mehr als der „normale Wahnsinn“?
Studie „Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona“ von H. Pfaff et al.

Pflegeberufsaussteiger kommen in der Corona-Krise zurück – und nun?
Psyna-Studie zu Erfahrungen mit Wiedereinsteigern in der Pflege

News

WISSENSCHAFT

Dr. rer. oec. Stefan Dudey
Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit ärztlichen Leistungen – Befragungen und Datenerhebungen in Sachsen, ergänzt mit bundesweiten Daten

Prof. Dr. Johannes Gräse MSc Epidemiologie
Katja Nisius BA
Dr. Dipl.-Psych. Dagmar Renaud
Bauernhöfe für Menschen mit Demenz – Ist-Analyse zu Verteilung und Strukturen in Deutschland

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski
Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin



Herausgeber-Beirat

Akteure

Franz Wagner*
Präsident



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

6. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

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

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
heiser@monitor-pflege.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste 6 vom 1.1.2020

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

Chefredaktion
Peter Stegmaier
(verantwortlicher Redakteur)

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

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

Marketing/Online
Anke Heiser
heiser@monitor-pflege.de
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

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

Layout
eRelation AG, Bonn

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

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

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



Kerstin Müller
Redakteurin von
„Monitor Pflege“.

Pflege muss sich bewegen

>> Die Anerkennung kommt. Zugegeben: Das Projekt Bonuszahlungen hat nicht die Dynamik, die sich die Pflege wohl vorgestellt hat, aber konnte man im sperrigen Bürokratiedschungel Deutschland tatsächlich mit einer schnelleren Abwicklung rechnen? Gemessen an der nicht für möglich gehaltenen Agilität, die Bundesregierung in Form von krisenorientierten Maßnahmen in der COVID-19-Zeit an den Tag gelegt hat, muss man die Frage mit einem deutlichen, „Ja, man konnte“, beantworten. Dass die Ernüchterung nun groß ist, weil die Zuständigkeit der Finanzierung lange hin- und hergeschoben wurde, verwundert nicht, spiegelt sich darin doch nicht gerade die Wertschätzung wider, die zu Beginn der Corona-Krise propagiert wurde.

Am 14. und 15. Mai schließlich von Bundestag und Bundesrat beschlossen, war in der Öffentlichkeit und auch bei den Krankenpfleger*innen das Erstaunen groß, dass nur die Altenpflege in den Genuss der einmaligen Zahlung von bis 1.500 Euro kommen sollte. „Es ist höchst problematisch, dass die Pflegefachpersonen, die auch in Krankenhäusern oder anderen Settings und Sektoren arbeiten, nicht berücksichtigt werden. Dieser Ansatz entspricht aber der dominierenden Perspektive in Deutschland, Pflegeberufe mit einem Sozialgesetzbuch, nämlich dem SGB XI gleichzusetzen. Das ist ein großes Problem in Deutschland, da mittlerweile die pflegerischen Berufsgruppen mit einem Teilleistungsrecht gleichgesetzt werden“, sagt Prof. Dr. Martina Hasseler, Professorin für Pflegeforschung an der Ostfalia Hochschule, im Titelinterview. In politiknahen Bereichen, aber auch in den Medien höre man häufig die Aussage „in der Pflege“. In den meisten Fällen werde das SGB XI adressiert. „Deswegen möchte ich alle Verantwortlichen darum bitten, wenn sie SGB XI oder Pflegeversicherung meinen, diese Begrifflichkeiten auch konkret so zu benennen. Ebenso verhalte es sich mit der Aussage „Es wurden Verhandlungen mit der Pflegeselbstverwaltung“ geführt. „Gemeint ist in solchen Fällen, dass Verhandlungen mit den Pflegekassen und Arbeitgeberverbänden, aber nicht mit den Pflegeberufen geführt wurden, da sie überwiegend noch nicht als Körperschaften des öffentlichen Rechts, also in Kammern, und noch nicht mit den entsprechenden Befugnissen ausgestattet sind“, meint Hasseler. Eine starke Selbstverwaltung ist für sie eine Grundvoraussetzung für eine positive Entwicklung der Pflege, die auch eine zunehmende Qualifizierung und damit auch Akademisierung erfordere.

S.6 ff.

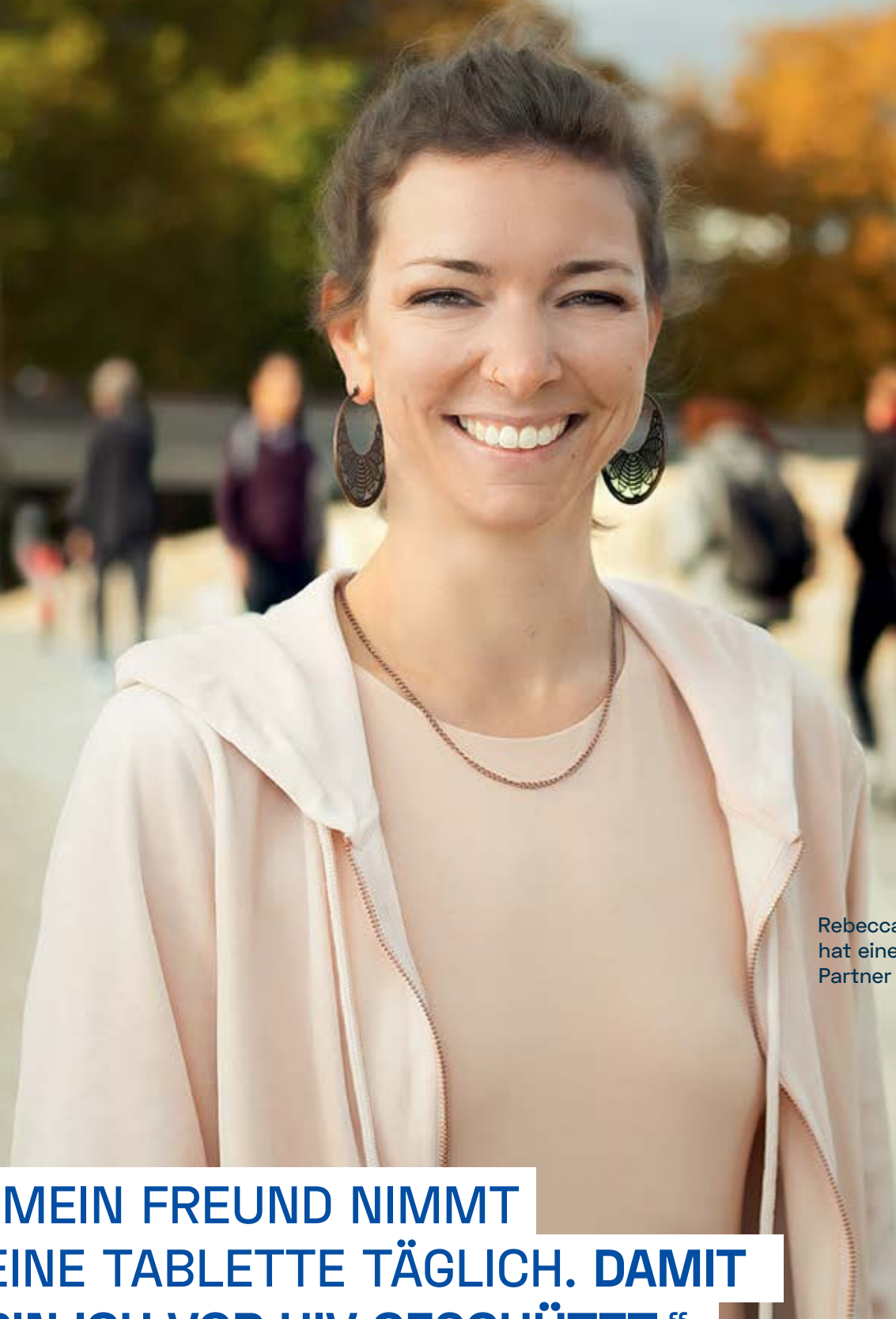
Das sieht der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, genauso. Beim Fachkreisgespräch zum Thema Vorbehaltsaufgaben, organisiert vom Verband der Pflegenden in Bayern, forderte er die Profession auf, selbst das Heft in die Hand zu nehmen. „Es geht um die Sicherheit der Menschen in dieser Versorgungsstruktur. Wir können doch nicht immer beklagen, dass wir immer weniger werden in allen Gesundheitsfachberufen und dann versuchen, uns hinter irgendwelchen Aufteilungen zu verschanzen. Wir brauchen jetzt und viel mehr noch in der Zukunft grundständige akademische Pflegeausbildung.“ Zeit, dass sich die Pflege bewegt.

S.13 f.

Ich wünsche Ihnen eine gesunde Zeit. Bleiben Sie geduldig.

Ihre

Kerstin Müller
Redakteurin „Monitor Pflege“



Rebecca, 35,
hat einen HIV-positiven
Partner

**„MEIN FREUND NIMMT
EINE TABLETTE TÄGLICH. DAMIT
BIN ICH VOR HIV GESCHÜTZT.“**

Medikamente unterdrücken HIV im Körper und ermöglichen so ein langes, gutes Leben.

HIV ist dann auch beim Sex nicht übertragbar. Das ist wissenschaftlich erwiesen.
Im Alltag kann HIV sowieso nicht übertragen werden.

Sag's weiter: www.wissen-verdoppeln.hiv

#wissenverdoppeln

Professor Dr. Martina Hasseler, Professorin für Klinische Pflege an der Ostfalia Hochschule, Campus Wolfsburg

„Ein sehr eingegengtes Verständnis von Fachlichkeit“

SARS-CoV-2 hat der Pflege eine für sie unbekannt prominente Position im gesellschaftlichen Bewusstsein verschafft. Auch wenn sich die pandemische Lage in Deutschland derzeit beruhigt hat, zeigt zum Beispiel die öffentliche Teilnahme am Diskurs über die beschlossenen „Bonuszahlungen“, dass die Pflege gesamtgesellschaftliche Relevanz hat. Doch kann dieser Aufwind genutzt werden, um der Pflege in Politik, Wissenschaft und Forschung eine stärkere Position und nachhaltigen Auftrieb zu geben? Dr. Martina Hasseler, Professorin für Klinische Pflege, Ostfalia Hochschule, Campus Wolfsburg, u.a. auch Stellvertretendes Mitglied der Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen, erklärt, welcher strukturellen Veränderungen es ihrer Meinung nach dazu bedarf.

>> Frau Prof. Hasseler, die aktuelle pandemische Situation rückt die Berufsgruppe der professionell Pflegenden in den Fokus der Öffentlichkeit und stellt auch für die politischen Entscheider eine große Herausforderung dar. Während wir gerade die Öffnung des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens erfahren, gibt es Forderungen, präventive Isolationsmaßnahmen für Hochrisikogruppen auszudehnen. Ist das für Sie ein gangbarer Weg oder wie sollte man Ihrer Meinung nach mit dieser Bevölkerungsgruppe umgehen?

Zu den Hochrisikogruppen gehören auch die pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen. Die Frage der Versorgung der hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen beschäftigt mich sehr. Die plötzlichen Maßnahmen, die wegen Covid-19 die Menschen in Pflegeheimen ereilten, führten zu einer plötzlichen sozialen Isolation. Ich habe anekdotisch gehört, wie ältere pflegebedürftige Menschen in ihren Zimmern eingesperrt wurden bzw. ihre Zimmer nicht mehr verlassen durften, die Zimmer nur betreten wurden, wenn das Essen gebracht wurde u.w.m. Wir alle wissen, wie wichtig soziale Kontakte auch für Menschen in Pflegeheimen sind. Des Weiteren sind Angehörige, Besucherinnen und Besucher wegen des Personalmangels in Pflegeheimen und auch in Krankenhäusern wichtige Elemente, um die pflegerische Versorgung aufrecht erhalten zu können.



Was bedeutet das konkret für die Isolationsmaßnahmen?

Die präventiven Isolationsmaßnahmen „nur“ auf Hochrisikogruppen auszudehnen, verspricht zunächst eine einfache Lösung. Gleichwohl ist sie nicht so einfach durchzuführen. Zunächst gilt es, die Hochrisikogruppen zu definieren. Gehören dann auch alle chronisch Erkrankten, adipösen Menschen, Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebserkrankungen dazu? Wie verhält es sich mit Menschen mit Erkrankungen der Atemwege, mit Asthma? Gehören Menschen ab 50 Jahren, 60 Jahren oder 70 Jahren dazu? Dann müssten wir die Hälfte des Bundestages

oder der Bundesregierung und viele Chef*innenetagen in Quarantäne schicken. Die Erfahrungen zeigen nun auch, dass Kinder möglicherweise Kawasaki-syndrom-artige Erkrankungen entwickeln. Es scheint niemand sicher zu sein vor dem Virus. Es werden Fälle von zuvor augenscheinlich gesunden und jüngeren Menschen berichtet, deren Gesundheitszustand sich plötzlich veränderte und sich lebensbedrohlich mit der Infektion entwickelte. Es wird auch Menschen in der Hochrisikogruppe geben, die arbeiten gehen müssen. Zur Problematik, die Hochrisikogruppen zu definieren, gehört ja auch die Problematik, dass diese Menschen zumeist nicht alleine leben. Familienmitglieder können Infektionsüberträger sein.

Und das heißt?

Das heißt, die Hochrisikogruppe gestaltet sich durchaus heterogen, so dass die Eingrenzung aufgrund der Unberechenbarkeit des Virus nicht so einfach ist.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie diese Menschen auf Dauer unter Einhaltung der Menschenwürde und ihrer Rechte leben können. Meine Fragen sind: Können wir dauerhaft sogenannten Hochrisikogruppen ihrer sozialen Kontakte, ihrer Autonomie und Teilhabe berauben? Oder müssen wir uns nicht andere Möglichkeiten überlegen, allen Menschen ein gesellschaftliches, soziales und würdevolles Leben zu ermöglichen? Dazu gehört meines Erachtens, in Kontexten gesundheitlicher

und pflegerischer Versorgung darauf zu achten, dass zunächst das Personal im Gesundheitswesen regelmäßig getestet und mit ausreichend Schutzmaterialien ausgestattet wird, um Patienten*innen, Pflegebedürftige und sich zu schützen.

Das Pflegepersonal ist ein neuralgischer Punkt. Welchen Anforderungen muss dieses entsprechen?

Das Pflegepersonal sollte angemessen qualifiziert und ausgestattet sein, um Hygieneregeln einhalten und Änderungen des Gesundheitszu-

standes einschätzen und sofort reagieren zu können. Auf jeden Fall benötigen wir eine umfassende Digitalisierung des Gesundheitssystems, um die pflegerische Versorgung gewährleisten zu können. Dazu gehören telemedizinische und telepflegerische Konzepte, Qualifizierung der Berufsgruppen in der Anwendung und Umsetzung neuer Technologien u.w.m.

Nicht zuletzt müssen wir vermutlich darüber nachdenken, wie wir unser gesellschaftliches und wirtschaftliches Leben unter Einhaltung von „Social Distancing“ und Hygieneregeln aufrechterhalten können. Vermutlich bedarf es ganz neuer wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Konzepte, die wir noch nicht mal angedacht haben.

.....
<< Grundsätzlich steht eine Aufgabenverteilung für hochschulisch Qualifizierte an. Nehmen Sie die Gesundheitsämter, wo wir aktuell hochqualifiziertes Personal brauchen könnten, das die Menschen zur Handhabung und Einhaltung von Hygienemaßnahmen berät und schult. >>

Welche Risiken sehen Sie?

Ich warne ganz deutlich davor, die Diskussionen über Isolationsmaßnahmen von Hochrisikogruppen – wie auch immer sie definiert sind – voranzutreiben, ohne die Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen vor Augen zu haben und zu riskieren, dass diese Hochrisikogruppen auf Dauer ihrer Grundrechte und ihrem Bedürfnis nach sozialen und gesellschaftlichen Kontakten beraubt werden.

Wie könnte hier ein möglicher Lösungsansatz aussehen?

Da uns das Virus erhalten bleiben wird, benötigen wir interdisziplinär zusammengesetzte Gremien, die auch die pflegerischen Berufsgruppen wie auch Pflegewissenschaft sowie die Bürgerinnen und Bürger integrieren, um Lösungen zu erarbeiten. Aus meiner Perspektive sind partizipative Ansätze für die Erarbeitung von Ideen erforderlich, um die Frage beantworten zu können, wie wir mit dem Virus und dem Erfordernis, Menschen zu schützen und unser wirtschaftliches und soziales Leben aufrecht erhalten zu können, umgehen können. Bisherige Ansätze scheitern daran, dass sie zu wenig umfassend die Perspektiven aller Beteiligten integrieren und somit viele Perspektiven nicht einbezogen werden. So einseitig und kurzsichtig entwickelte Ansätze werden dann zum Scheitern verurteilt sein und auf Dauer auf wenig Akzeptanz stoßen.

Am 14. und 15. Mai haben Bundestag und Bundesrat das „Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ beschlossen. Demnach sollen professionelle Altenpflegekräfte einen Bonus erhalten und pflegende Angehörige besser unterstützt werden. Können Sie die Beschränkung auf diese Klientel nachvollziehen? Sollte nachgebessert werden?

Diese Bonuszahlung, die ja auch nur nach wochenlangen Diskussionen unter schwierigsten Aushandlungsprozessen beschlossen wurden, reichen natürlich nicht aus. Es ist höchst problematisch, dass die Pflegefachpersonen, die auch in Krankenhäusern oder anderen Settings und Sektoren arbeiten, nicht berücksichtigt werden. Dieser Ansatz entspricht aber der dominierenden Perspektive in Deutschland, Pflegeberufe mit einem Sozialgesetzbuch, nämlich dem SGB XI gleichzusetzen. Das ist ein großes Problem in Deutschland, da mittlerweile die pflegerischen Berufsgruppen mit einem Teilleistungsrecht gleichgesetzt werden. In

politiknahen Bereichen, aber auch in den Medien hört man häufig, die Aussage: „in der Pflege“. In den meisten Fällen wird das SGB XI adressiert. Deswegen möchte ich alle Verantwortlichen darum bitten, wenn sie SGB XI oder Pflegeversicherung meinen, diese Begrifflichkeiten auch konkret so zu benennen. Ebenso verhält es sich mit der Aussage „Es wurden Verhandlungen mit der Pflegeselbstverwaltung“ geführt.

Gemeint ist in solchen Fällen, dass Verhandlungen mit den Pflegekassen und Arbeitgeberverbänden, aber nicht mit den Pflegeberufen geführt wurden, da sie überwiegend noch nicht als Körperschaften des öffentlichen Rechts, also in Kammern, und noch nicht mit den entsprechen-

den Befugnissen ausgestattet sind.

Um noch einmal auf die Bonuszahlungen zurückzukommen ...

Es sollte nicht nur nachgebessert und Pflegefachpersonen in allen Sektoren und Settings mit Bonuszahlungen berücksichtigt werden, sondern insgesamt sollten die Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen und Entlohnung der Pflegeberufe wieder in den Fokus der Auseinandersetzungen rücken. Für die Altenpflege habe ich aktuell gelesen, dass eine Altenpfleger*in 53 Jahre in Vollzeit bei Mindestlohn arbeiten müsste, um eine Rente in Höhe der Grundsicherung zu erhalten. Es gibt gute Gründe, warum sich Schülerinnen und Schüler einer Befragung zu Folge, nur zu einem geringen Prozentsatz vorstellen können, überhaupt in die Pflegeberufe zu gehen. Durch Covid-19 ist der Pflegenotstand, der Pflegefachpersonenmangel in den Hintergrund gerückt. Aber diese Pandemie ist auf einen seit mehr als 20 Jahre entwickelnden Pflegefachpersonenmangel in Deutschland getroffen. Wenn es eine Zeit nach Covid-19 geben sollte, möchte ich warnend formulieren: Covid-19 verschlimmert und wird die Situation der Pflegeberufe und des Pflegenotstandes verschlimmern. Die Aussetzung der Personaluntergrenzen, die Erhöhung der Arbeitszeiten auf 12 Stunden Schichten bei schlechter personeller Ausstattung, die wirklich schlechte Ausstattung mit persönlichen Schutzmaterialien sowie die geringe Neigung, Pflegepersonal auf das Virus zu testen und sie häufig mit ihren Ängsten und Nöten alleine zu lassen, hat den Beruf nicht attraktiver gemacht und ganz sicher das moralische Stressempfinden und die Demoralisierung der Pflegeberufangehörigen erhöht.

Da ist die Bonuszahlung doch ein gutes Zeichen, oder nicht?

In der momentanen Diskussion wird meist davon ausgegangen, dass es ausreichend ist, den Pflegefachpersonen einen Einmalbonus zu bezahlen. Jedoch geht das Risiko aus dem Beruf auszusteigen, bzw. gar nicht erst einzusteigen auch mit vielen anderen Faktoren einher. So wünschen die Menschen flexiblere Arbeitszeitmodelle und nicht nur das Arbeiten nach Früh-, Spät- und Nachtschicht, also in den veralteten Arbeitszeitmodellen. Sie wünschen sich Vertrauen am Arbeitsplatz, weil dieses die intrinsische Motivation fördert. Die vorherrschenden hierarchischen Strukturen im Gesundheitswesen fördern jedoch nicht Vertrauen, sondern führen zu noch mehr Kontrolle. Weiterhin möchten die Pflegefachpersonen mehr Zeit für die Versorgung von Pflegebedürftigen

haben. Aufgrund der DRG-orientierten Versorgung der Menschen werden pflegefachliche Aufgaben rationiert, da der sogenannte „Nursing-Workload“ zu hoch ist. Wir haben in Deutschland im OECD-Vergleich sehr niedrige Pflegepersonal-Patientenschlüssel in den Krankenhäusern, bei gleichzeitig höheren Fall- und Patientenentlassungszahlen je Pflegefachperson. In diesem Kontext bleibt den Pflegefachpersonen nur, relevante pflegefachliche Arbeiten zu rationieren. Studien zeigen, dass das moralische Stressempfinden sich dabei erhöht und als Resultat höhere AU, höhere Krankheitstage oder der Ausstieg auf dem Pflegeberuf – Pflexit – zu verzeichnen sind.

Muss die Fachlichkeit der Profession auch auf den Prüfstand?

Wir haben im Vergleich mit anderen europäischen Ländern und auch im weltweiten Vergleich ein sehr eingegengtes Verständnis von der Fachlichkeit der Pflegeberufe. Wir leisten uns eine 3-jährige Ausbildung mit Staatsexamen, lassen aber Pflegefachpersonen häufig in hauswirtschaftsnahen Arbeiten und Hilfstätigkeiten arbeiten, so dass die Pflegeberufe nicht attraktiv erscheinen. Neben Bonuszahlungen und grundsätzlich höheren Löhnen und besseren Arbeits- und Rahmenbedingungen, ist es hochdringend erforderlich, die Fachlichkeit und den Mehrwert professioneller Pflege in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken.

Wie geht man hier am besten vor?

Wir benötigen: Diskussionen und Ergebnisse zur Verbesserungen der Arbeits- und Rahmenbedingungen der Pflegeberufe, differenzierte horizontale und vertikale Karrierewege in den Pflegeberufen, Anerkennung des Mehrwertes qualifizierter Pflege, höhere Entlohnung aller Pflegeberufe in allen Sektoren und Settings, betriebliche Gesundheitsförderung, Empowerment der Pflegeberufe durch diverse Ansätze u.w.m. Wir sollten endlich in Deutschland zur Kenntnis nehmen, dass Pflegefachpersonen auch in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken arbeiten, über hohe präventive Potenziale verfügen, ihre Kompetenzen über das Pflegeberufegesetz und nicht über das SGB XI abgebildet werden. Des Weiteren sollten wir uns auch zu der Erkenntnis durchringen, dass wir in fast allen Sektoren und Settings von qualitativ hochwertiger Pflege abhängig sind. Ohne Pflegeberufe wird es keine Versorgung in Krankenhäusern oder in anderen Settings geben. Sich dieser Erkenntnis zu öffnen und dann zu fragen, unter welchen Bedingungen können wir eine dringend benötigte qualitativ hochwertige Pflege in allen Sektoren und Settings ermöglichen, wird uns auf dem Weg zu guten Gesundheitsergebnissen weiterbringen.

Sie als Wissenschaftlerin wollen mit Ihrer Forschung ebenfalls dazu beitragen, die Rahmenbedingungen von Gesundheit und Pflege sowie der berufsgruppen- und settingübergreifenden Zusammenarbeit und Qualifikation von Gesundheits- und Pflegeprofessionen zu verbessern. Sie arbeiten mit Ihrem Forschungsteam an der Ostfalia Hochschule aktuell an zwei Projekten, die im Kontext zur Corona-Pandemie stehen. Das erste ist ein Delegationsmodell, das es dem Pflegepersonal in der intensivmedizinischen Versorgung in der Praxis erleichtern soll, fachfremdes Personal einzuschätzen. Wie sieht die Projektstruktur aus und wie sind Ihre Erfahrungen in der Praxis?

Eigentlich verhält es sich anders. Es handelt sich dabei um ein Projekt, in dem die Optimierung und Weiterentwicklungspotenziale der

häuslichen Krankenpflege in Baden-Württemberg mit der zentralen Fragestellung untersucht wird, wie sich die Fachlichkeit der professionellen Pflege zielgerichteter in die Verwaltungspraxis der rezeptierenden Ärztinnen und Ärzte und Prozesse der häuslichen Krankenpflege integrieren lassen. Eine Fragestellung im Projekt versucht zu beantworten, inwiefern Modelle der Delegation die Verwaltungspraxis der HKP zwischen verordnendem/r Arzt/Ärztin und Pflegefachperson und ambulanten Dienst die Verwaltungspraxis optimieren können.

Wie haben Sie das umgesetzt?

Wir haben vor dem Hintergrund unserer Recherchen, theorie- und/oder wissenschaftlich basierte Delegationsmodelle gesucht. Plötzlich ereilte uns die Covid-19-Pandemie. In Niedersachsen wurden von politischer Seite Vorschläge gemacht, auch Medizinstudierende oder andere nicht-pflegefachlich-qualifizierte Berufsgruppen in die Intensivpflege für die Versorgung beatmungspflichtiger an Covid-19 erkrankter Menschen einzusetzen.

Uns war sofort klar, dass die Pflege dieser Klientel höchst komplex ist und viel Wissen erfordert und ohne Vorbereitung und Aufgabenzuweisung schnell zu einer Überforderung des eingesetzten Personals führen kann. Noch stärker empfanden wir das Problem, dass der Einsatz von nicht angemessen qualifiziertem Personal eine Patientengefährdung erhöhen kann, wenn dieses nicht weiß, wie die Parameter, Gesundheitszustände und weiteres mehr richtig einzuschätzen sind, um dann angemessen zu handeln.

Bei welcher Stellschraube setzen Sie also an?

Entscheidend ist an dieser Stelle auch darauf hinzuweisen, dass der Einsatz von Fremdpersonal leider oft mit fehlender sozialer und fachlicher Akzeptanz verbunden ist (zeigte sich in HNET – Veröffentlichung die im Gesundheitswesen erscheint) und daraus eine Vermeidung des Einsatzes erfolgt. Der Krisenfall hat/hätte jedoch gezwungenermaßen dazu geführt, dass eine Vermeidungsstrategie bei gegebenenfalls deutlich erhöhten Patientenzahlen nicht tragbar gewesen wäre. Daher haben wir einen Bedarf gesehen, diese Vermeidungsstrategie aufzubrechen. Ein Delegationsmodell beinhaltet grundsätzlich zwei Parteien, denjenigen, der zielsicher delegieren muss und denjenigen, der die Aufgabe übernehmen soll. Um einer Überforderung vorzubeugen, müssen beide Parteien bei der Delegation ein „gutes Gefühl“ haben. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Delegierende aus eigener Unsicherheit einen „Kontrollzwang“ entwickelt und derjenige, der die Aufgabe übernimmt aufgrund von Unsicherheit Tätigkeiten ausspart oder Fehler unterläuft. Eine Entlastung wird sich unter derartigen Rahmenbedingungen nicht einstellen. Um dieses „gute Gefühl“ zu erreichen, ist ein bestehendes bzw. sich entwickelndes Vertrauen und ein differenziertes Menschenbild unerlässlich. Daher sollte zunächst versucht werden, die nötigen Aufgaben den verfügbaren Mitarbeitenden entsprechend ihrer Kenntnisse und Erfahrungen sowie Qualifikationen und Kompetenzen zuzuordnen. Bei Mitarbeitenden, bei denen eine Einschätzung der Potenziale erschwert ist, da diese bislang nicht auf der Station und der Aufsicht des Delegierenden gearbeitet haben, muss zunächst Vertrauen aufgebaut werden. Dieses ist eng mit Kommunikation verknüpft. Um diesen Prozess zu fördern und zielsicher zu schnellen Ergebnissen zu führen, haben wir entlang bestehender Kom-

petenzmodelle einen begleitenden Fragenbogen entwickelt. Auch hier haben wir großen Wert darauf gelegt, dass beide Parteien eines Delegationsprozesses über die Selbst- und die Fremdwahrnehmung in die Entscheidung einbezogen werden.

Welches Mindset ist hier gefragt?

Ein Krisenfall erfordert eine flexible Arbeitseinstellung und schnelles Lernen. Die Weiterentwicklung von Personal ermöglicht es immer mehr bzw. andere Aufgaben delegieren zu können. Dies kann aber nur erfolgen, wenn der Delegierende den Delegationsempfänger darin unterstützt, z.B. eine neue Tätigkeit zu erlernen bzw. kennenzulernen. Ein Vormachen, ein Erklären, während die Handlung durchgeführt wird, das Ermuntern eine neue Handlung zunächst unter Aufsicht durchzuführen, erscheint im ersten Moment vielleicht als Mehraufwand, zahlt sich langfristig jedoch aus. Unerlässlich ist dabei, dass Schulungen bzw. Lernsituation frühzeitig und anhaltend erfolgen sowie Rückfragen jederzeit möglich sind.

Hinzu gesellte sich das Problem, dass in der Stadt Wolfsburg in einem Pflegeheim viele Bewohnerinnen und Bewohner an einer Covid-19-Infektion gestorben sind und im Klinikum Wolfsburg sich auch das Virus ausbreitete.

Was bedeutete das für die Praxis?

In diesem Kontext haben wir unsere Erkenntnisse zu Delegationsmodellen in der ambulanten Pflege auf das Setting Kliniken und Intensivpflege erweitert und ein entsprechendes Modell entwickelt und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Wir haben zunächst in Niedersachsen uns auch an politische Entscheidungsträger gewendet. Die Resonanz auf dieser Seite war gering. Gleichwohl haben wir von Kliniken gehört, die dieses Modell diskutiert und modifiziert auf die eigene Praxis angewendet haben.

So hat die „Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin“ (DIVI) dieses Modell zur Empfehlung auf die Homepage gesetzt. Auch das Universitätsklinikum Münster hat es als hilfreich in der Akutphase beurteilt. Das Sozialdezernat der Stadt Wolfsburg wie auch das Klinikum Wolfsburg haben dieses Modell ebenso integriert. Ergänzt wurde das Delegationsmodell dann um ein Skills-Grade-Mix in der Corona-Krise. In diesem haben wir versucht, die Fragen zu beantworten, wie und unter welchen Bedingungen nicht-intensivpflegefachlich qualifizierte Personen (bspw. Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Altenpfleger*innen, Medizinische Fachangestellte und weitere mehr) auf den Intensivstationen abhängig von Fähigkeiten und Qualifikationen optimal eingesetzt werden, um Überforderung und Patientengefährdung zu verhindern. Studienlagen weisen darauf hin, dass die Mortalitätsrate auf Intensivstationen steigen, je weniger qualifiziertes Personal eingesetzt wird.

Das 2019 gestartete interdisziplinäre Forschungsprojekt „NOVELLE –

im Notfall sicher handeln“ soll im Zuge der Corona-Pandemie um neue Dimensionen erweitert werden. Worum geht es in diesem Projekt?

NOVELLE ist ein vom Innovationsfonds gefördertes Projekt und steht als Akronym für „Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in der stationären Langzeitpflege“.

Die pflegerische Versorgung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen gestaltet sich aufgrund der zumeist weit vorangeschrittenen Pflegebedürftigkeit als immer komplexer. Erfahrungen wie auch wissenschaftliche Auswertungen weisen darauf hin, dass bei einer Änderung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime relativ häufig der ärztliche Bereitschaftsdienst konsultiert oder der Rettungsdienst gerufen werden. Damit verbunden sind dann häufig Krankenhauszuweisungen, die entweder nicht notwendig und auch nicht erwünscht sind. Auffallend ist auch, dass die in einer Patientenverfügung fixierten Wünsche oder Wille in Notfallsituationen selten Beachtung finden, welches wiederum zu einer Unterbrechung der Kontinuität der Versorgung mit weitreichenden und daran anknüpfenden Komplikationen führt.

Gibt es weitere Problemfelder?

Erschwerend kommt hinzu, dass die interdisziplinäre und intersektorale Kooperation zwischen Pflegepersonal in Pflegeheimen, zuständigen Ärztinnen und Ärzten sich nicht selten als schwierig gestaltet, bspw. aufgrund mangelnder Absprachen, unpräzisen Anweisungen und von fehlenden relevanten Dokumenten geprägt ist. Auch ist die Zusammenarbeit zwischen dem Rettungsdienst und den Pflegeeinrichtungen häufig von Verständnis- und Verständigungsproblemen, nicht selten aufgrund von Unsicherheiten bezüglich des pflegerischen Handelns, gekennzeichnet. Diese Unsicherheiten sind mittlerweile als strukturell verursacht zu begründen und haben sehr wahrscheinlich mit unseren Sozialgesetzbüchern, dem stark ärztlichen orientierten Blick und dem engen Verständnis der Versorgung auf Grundlage des SGB XI zu tun. Die in der Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen werden aufgrund der strukturellen und ökonomischen Anreizsysteme in der stationären Langzeitpflege kaum aktiv genutzt, so dass nicht selten Situationen und Ereignisse zu nicht notwendigen Rettungsdienstaufrufen führen.

Wir möchten mit dem Forschungsprojekt NOVELLE interdisziplinär nutzbare Handlungsempfehlungen für häufige und relevante Notfallsituationen entwickeln sowie diese in den teilnehmenden Pflegeheimen implementieren und deren Auswirkungen anschließend prüfen. Insbesondere soll in diesen Handlungsempfehlungen der Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner – möglichst durch Advance Care Planning und im Kontext bester Pflege und Versorgung im richtigen Umfeld sowie zu Behandlungsentscheidungen und Lebensqualität ermittelnd – in die Handlungsempfehlungen integriert werden. Damit ist auch verbunden, das Versorgungs- und Schnittstellenmanagement zu optimieren, indem eine Handlungs- und Rechtssicherheit der Pflegefachpersonen in den

Pflegeheimen erreicht wird. Das übergeordnete Ziel ist, die Anzahl der Notfallrettungseinsätze und Krankenhauszuweisungen zu verringern.

Wir möchten damit eine neue Form der flächendeckenden Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen im Rahmen der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen ermöglichen.

Zusätzlich haben wir im Kontext der Corona-Pandemie ein Positionspapier entwickelt, das davon ausgeht, dass die Pandemie als ein Notfall der besonderen Art zu betrachten ist. Dieser Sonder-Notfall hat eine neue Qualität, die mit existenzieller Bedrohung der Bewohnerinnen und Bewohner einhergeht und die Versorgungssituation der Heime der gesamten Republik betrifft.

Was bedeutet das genau für die Novellierung der Handlungsempfehlung im Corona-Kontext?

Es ist eine krisenhafte Situation in den Pflegeheimen entstanden, die rasches, zugleich fachlich angemessenes und interdisziplinäres Handeln – Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Rettungsdiensten und Krankenhäusern – erfordert. Um hohe Sterblichkeitsraten in den Pflegeheimen aufgrund der Covid-19-Pandemie zu verhindern, benötigt es, auf evidenzbasierten Grundlagen entsprechende Handlungsempfehlungen für den Umgang mit der Corona-Pandemie zu formulieren. Diese sollen ebenfalls Bezug auf die Notfalldefinition von Behringer 2013 nehmen, weil in dieser die verschiedenen Berufsgruppen integriert sind und gegebenenfalls die Pflegefachpersonen auch darauf hingewiesen werden, worauf zu achten ist, welche Parameter wichtig sind, wann Hausärzte, Rettungsleitstelle oder andere an der Versorgung Beteiligte zu kontaktieren sind, wie und wann welche hygienischen Regeln, Schutzmaterialien, Mundschutz etc., genutzt werden müssen. Es ist davon auszugehen, dass eine Handlungsempfehlung für ein Infektionsgeschehen dieser Art auch auf andere Infektionen übertragen werden kann, die immer wieder die Pflegeheime belasten (z.B. MRSA, Influenza, Noro-Virus).

Wie viele Einrichtungen sind hier beteiligt und nach welchen Kriterien haben Sie diese ausgewählt?

Derzeit sind etwa 13 bis 14 Einrichtungen in der Stadt Braunschweig beteiligt. Wir haben die Einrichtungen aufgesucht und über das Projekt aufgeklärt. Das hauptsächliche Kriterium war Freiwilligkeit. Des Weiteren versuchen wir, möglichst viele unterschiedliche Träger einbeziehen zu können. Ebenso wichtig ist, Einrichtungen aus unterschiedlichen Stadtteilen zu integrieren.

Wie können die Ergebnisse in die Breite getragen und nachhaltig umgesetzt werden?

Neben der üblichen Dissemination der Ergebnisse über Publikationen in wissenschaftlichen Journals, auf Kongressen und anderen üblichen wissenschaftlichen Veröffentlichungsmöglichkeiten, möchten wir die Handlungsempfehlungen so gestalten, dass sie bundesweit eingesetzt werden können. Des Weiteren ist mit der Entwicklung der Handlungs-

empfehlungen bereits in diesem Projekt angedacht, sie so zu entwickeln, dass sie digital weiterentwickelt werden können. Da wir das Projekt im Rahmen der Förderung von neuen Versorgungsformen entwickelt haben, hoffen wir auch, dass die Ergebnisse in Form einer neuen Versorgungsform Einzug in die Versorgungs- und Vertragsgestaltung erhalten.

In Ihrer Forschung spielt demnach interprofessionelle Zusammenarbeit eine große Rolle. Welchen Stellenwert hat die seit Anfang des Jahres initiierte generalistische Pflegeausbildung für die Entwicklung der professionellen Pflege? Welche Aspekte sind hier besonders wichtig?

Es werden sehr große Hoffnungen in die generalistische Pflegeausbildung gesetzt. Zumeist mit den Argumenten der Angleichung auf europäische Standards und Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe. Der Blick auf andere europäische Länder zeigt, wir werden nur dann eine Angleichung erhalten, wenn wir die Pflegequalifikation ausschließlich als primärqualifizierende Studiengänge anbieten. Die Generalistik alleine wird weder die Angleichung auf europäische Standards noch die Kompetenzen der Pflegeberufe verbessern, interprofessionell und intersektoral kompetenter arbeiten zu können.

Des Weiteren sollten wir nicht vergessen, dass in vielen anderen Ländern nach den generalistischen Pflegestudiengängen weitere hochschulische Weiterbildungsangebote oder innerbetriebliche Fortbildungen erforderlich sind, um die Absolventinnen und Absolventen auf die jeweiligen Praxisgebiete vorzubereiten und sich darin fachlich einzuarbeiten. Ich möchte davor warnen zu erwarten, dass mit generalistischer Ausbildung nach Ende der Ausbildung Absolventen*innen in den Arbeitsmarkt eintreten werden, die absolut kompetent jeden Arbeitsbereich sofort abdecken können. Diese Erwartungen können mit den Erfahrungen aus dem internationalen Raum nicht gedeckt werden.

Was heißt das für die Pflegefachausbildung in Deutschland?

Da wir in Deutschland innerhalb Europas einen Sonderweg gehen und überwiegend noch berufliche Pflegeausbildung anbieten und nur zu einem geringeren Teil die dringend benötigten akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen ausbilden, betrachte ich als wesentlich weiteren Aspekt, an den Hochschulen akademische Weiterbildungsangebote für spezialisierte Bereiche, wie beispielsweise Praxisanleiter*innen, gerontologische und gerontopsychiatrische Pflege u.w.m., anzubieten, um den generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen auf Zertifikatsebene und hochschulischem Niveau die Möglichkeiten zu offerieren, sich beständig weiterzubilden zu können. Wir benötigen mehr denn je qualitative hochwertige Weiterbildungsangebote, damit nach einer generalistischen Ausbildung das erforderliche Spezialwissen für die unterschiedlichen Fachdisziplinen, Sektoren, Settings, Aufgaben und Verantwortlichkeiten erworben werden kann.

Hier betrachte ich die Hochschulen als ideale Anbieter für Weiterbildungsangebote auf Zertifikatsebene, insbesondere für die Zielgruppe der nicht-traditionell Studierenden, zu denen die Absolventen*innen der

<< Deutschland leistet es sich immer noch, eine schulische Ausbildung für Pflegeberufe anzubieten. Die parallelen Angebote betrachte ich als eher schädlich für die Professionalisierung der Pflegeberufe wie auch für eine dringend erforderliche mögliche Attraktivitätssteigerung. >>

berufsbezogenen Ausbildung gezählt werden können. In der Praxis und patientennahen Versorgung ist gefordert, dass auf wissenschaftlichen und neuesten Erkenntnissen basierende gesundheitliche und pflegerische Versorgung angeboten wird, wie aus diversen Paragraphen des SGB V und SGB XI entnommen werden kann. Hochschulen können idealerweise in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern aus der Praxis dieses Wissen und diese Kompetenzen vermitteln.

Die berufsschulische Ausbildung ist die eine Seite, die andere ist die akademische Ausbildung. Universitäre Angebote primärqualifizierender Studiengänge nehmen langsam, aber stetig zu. Ist die parallele Ausbildungsstruktur optimal, oder soll sich Pflege in Deutschland langfristig zu einer rein hochschulischen Ausbildung entwickeln?

In Deutschland wird die Frage der hochschulischen Qualifikation von Pflegefachpersonen äußerst kritisch diskutiert. Jahrelang und immer noch wird der Eindruck vermittelt, dass es für die Pflegeberufe einzig Herz und emotionale Kompetenz benötige, um diesen Beruf fachlich gut ausüben zu können. Wobei Herz und emotionale Kompetenz mit geringer Bildung gleichgesetzt wird. Diese Sichtweise entspricht natürlich nicht den empirischen Erhebungen und ist in dieser Verkürztheit einzigartig in Europa. In fast allen Ländern in Europa sind primärqualifizierende Studiengänge für Pflegeberufe die Normalität. Deutschland leistet es sich immer noch, eine schulische Ausbildung für Pflegeberufe anzubieten. Die parallelen Angebote betrachte ich als eher schädlich für die Professionalisierung der Pflegeberufe wie auch für eine dringend erforderliche mögliche Attraktivitätssteigerung. Aber noch mehr stehen für mich die Befunde aus dem internationalen Raum im Vordergrund, dass akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen einen Unterschied in der Qualität und den Gesundheitsoutcomes der Patientinnen und Patienten sowie den pflegebedürftigen Menschen machen. Diese Befunde wollen in Deutschland nicht zur Kenntnis genommen werden.

Woran liegt das?

Immer noch hängen politische Entscheidungsträger dem anachronistischen Bild der Pflegeberufe nach, dass es Berufung sei und Herzblut erfordere. Erst kürzlich musste ich davon Kenntnis nehmen, als die Imagekampagne des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend Einzug in die Sozialen Medien hielt. Wiederum wurde die anachronistische und obsoleete Botschaft vermittelt, dass Pflegeberuf eigentlich nur Herz und Berufung sei. Wir leben im Jahr 2020, im 21. Jahrhundert, und immer noch bemühen wir uns in Deutschland ein Bild der Pflegeberufe zu kreieren, das mehr als 100 Jahre alt ist und in dieser Beharrlichkeit nur in Deutschland vorkommt. Es wird völlig verkannt, dass für eine qualitativ hochwertige Pflege eine wissenschaftliche Grundlage erforderlich ist, es neben den fachlich-wissenschaftlichen natürlich auch der sozialen und persönlichen Kompetenzen bedarf. Wie in so vielen Gesundheitsberufen. Es wird in diesen veralteten Bildern über Pflegeberufe noch nicht mal kritisch reflektiert, welchen Schaden eine nicht-fachliche Pflege anrichten kann. Sie kann nämlich Morbiditäts-, Mortalitätsraten erhöhen und Patientensicherheit gefährden.

Imagekampagnen wie diese sind auch nicht hilfreich, um ambitioniertere Schülerinnen und Schüler für den Pflegeberuf zu interessieren. Noch zeigen sie den Mehrwert akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen für die Patientenversorgung.

Kritisch möchte ich diese Frage auch nutzen, um auf folgendes Problem in Deutschland hinzuweisen: das neue Pflegepersonalbemessungsinstrument wird eine weitere Entfachlichung und Deprofessionalisierung in der stationären Langzeitpflege befördern. Es werden mehr Helfer*innen in der stationären Langzeitpflege arbeiten. Als problematisch betrachte ich, dass das Instrument auf der Grundlage eines Pflegebedürftigkeitsbegriffes entwickelt wurde, der lediglich die Pflegebedürftigkeit bei Menschen ermitteln soll, um die Zuordnung zu Geld-, Sach- oder Kombinationsleistungen zu regeln. Dieses Instrument gibt aber keine Hinweise über die Pflegebedarfe, d.h. also, welche Maßnahmen oder Interventionen für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung aus fachlicher Sicht erforderlich sind. Damit möchte ich sagen: Ein Pflegegrad 3 sagt zunächst wenig darüber aus, welche pflegerischen Maßnahmen und Interventionen erforderlich sind. Handelt es sich um eine überwiegend kognitiv beeinträchtigte Person oder über eine Person, die mehr körperliche Beeinträchtigung hat und gegebenenfalls mehr sogenannte behandlungspflegerische Maßnahmen benötigt? Diese Bedarfe sind per se aus dem Pflegegrad nicht zu ersehen.

Sehen Sie weitere Defizite?

Ein weiteres Problem ist, dass das SGB XI als Teilleistungsrecht nur einen geringen Teil pflegefachlicher Leistungen abdeckt. Viele pflegerische Leistungen, die aus Bedarfsperspektive erforderlich sein könnten, werden häufig nicht oder nicht angemessen finanziert und werden aus diesem Grunde nicht angeboten. Es wäre aus professioneller Perspektive sinnvoller gewesen, ein Personalbemessungsinstrument auf der Grundlage bspw. des Pflegeberufgesetzes und eines Skills-Grade-Mix-Konzeptes zu entwickeln.

Ich formuliere hier bewusst, dass mehr Helferinnen und Helfer in der Pflege eine Entfachlichung und Verschlechterung in der Qualität pflegerischer Versorgung als Konsequenz entwickeln werden, um eine Debatte über die Frage anstoßen zu wollen, ob wir wirklich in Deutschland annehmen, dass Helferinnen und Helfer ebenso kompetent und qualifiziert sind und einfach fachlich ausgebildete Pflegefachpersonen ersetzen können? Wenn diese Frage mit „Ja“ beantwortet wird, müssen wir die nächste Frage stellen, nämlich, warum wir uns in Deutschland dann noch Investitionen und Anstrengungen für eine Pflegeberufereform und Pflegeausbildung investieren? Abgesehen davon, dass internationale Studienlagen darauf hinweisen, dass qualifizierte Pflegefachpersonen einen Unterschied und einen Mehrwert bezogen auf Gesundheitsoutcomes und Lebensqualität bewirken.

Wird diese Evidenz an irgendeiner Stelle angezweifelt?

Für mich ist erschreckend, wenn ein Vertreter einer Krankenhausgesellschaft formuliert, es sei doch gar nicht belegt, dass Pflegefachpersonen für die Versorgung kranker Menschen in Kliniken wirksam seien. Diese Aufgaben könnten doch andere Berufsgruppen übernehmen. Diese Aussage wurde vor dem Hintergrund der Personaluntergrenzen formuliert.

Bedenklich ist, dass wir in Deutschland bezogen auf Pflegeberufe die Hinweise auf deren Mehrwert in internationalen wissenschaftlichen Studienlagen nicht wahrnehmen wollen und Pflegefachpersonen wegen einer anderen Finanzierung für die Krankenhausleistungen nun vermehrt in Erbringung hauswirtschaftlicher Leistungen eingesetzt werden statt in die Versorgung von Patientinnen und Patienten. Das heißt, wir leisten uns in Deutschland, Pflegefachpersonen auszubilden, wollen sie aber offenbar nicht in die Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie

Pflegebedürftigen einsetzen, weil entweder aus irgendeinem und nicht rational zu erklärendem Grunde lieber andere Berufe oder Helferinnen und Helfer eingesetzt werden. Häufig wird mir das Argument entgegengebracht, wir könnten doch die internationale Studienlage zu Wirksamkeit und Mehrwert akademischer Pflege nicht auf Deutschland übertragen, da diese doch anders ausgebildet sei. Darauf antworte ich: „Ja genau! Ich möchte gerne wissen, wie wir mit im internationalen Vergleich betrachteter formal geringerer Qualifikation in Pflegeberufen bei schlechteren Pflegepersonal-Patientenschlüsseln, aber ebenso hohen und komplexen Versorgungssituationen eine bessere Qualität schaffen können?“ Auf diese Frage habe ich bis jetzt keine Antwort erhalten.

Abschließend möchte ich festhalten: Wir hätten mit dem Pflegeberufegesetz eine eindeutige Stellungnahme der politischen Entscheidungsträger für eine akademische Primärqualifizierung der Pflegeberufe benötigt. Schauen wir uns die Hebammen an. Es ist zu lesen, dass in vielen Bundesländern mehr Personen in die Hebammenausbildung gehen. Die Hebammen haben den Vorteil eines klar abgegrenzten Arbeitsgebietes, müssen sich nicht ständig mit den Botschaften, der Beruf sei Berufung und ganz viel Herz, rumschlagen. Demnächst wird die Ausbildung, dank Intervention auf europäischer Ebene, nur noch auf Hochschulniveau stattfinden. Merkmale wie diese führen zu einer Attraktivitätssteigerung eines Berufes.

Sehr wahrscheinlich werden wir auch nur über eine europäische Intervention zu grundsätzlichen primärqualifizierenden Pflegestudiengängen kommen (müssen), da das Beharrungsvermögen auf Entscheidungsträgerseite, im anachronistischen Mindset zu Pflegeberufen verbleiben zu wollen, sehr hoch ist.

Wie verändert sich die pflegewissenschaftliche Dimension im Zuge der Akademisierung?

Mit den pflegewissenschaftlichen Studiengängen an Hochschulen hat auch die pflegewissenschaftliche Forschung zugenommen. Sie ist von sehr hoher Bedeutung, wenn wir Fragen zur qualitativ hochwertigen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung beantworten möchten. Ohne pflegewissenschaftliche Perspektive werden nicht selten Fragen der Versorgungsforschung, der Digitalisierung und neuen Technologien, der klinischen Forschung nicht umfassend beantwortet. Es ist nicht selten an Ergebnissen von Forschungsprojekten mit Fokus auf pflegerische Versorgung und pflegerischen Berufsgruppen erkennbar, dass die pflegewissenschaftlichen Erkenntnisinteressen fehlen.

Aber auch in der Pflegewissenschaft gilt wie in allen Wissenschaften, dass die ermittelten Ergebnisse zunächst vorläufig sind, sie sind nicht alternativlos, die Ergebnisse und Erkenntnisse werden mit weiteren Studien modifiziert, angepasst oder ganz anders beurteilt werden müssen. In der Pflegewissenschaft gibt es wie in allen Wissenschaften unterschiedliche wissenschaftstheoretische Ansätze, sich entwickelnde Fachdisziplinen, abhängig von Fragestellungen unterschiedliche Herangehensweisen. Es gibt nicht „die Pflegewissenschaft“ wie man auch nicht von „der Wissenschaft“ sprechen kann.

Wogegen richtet sich Ihre Kritik?

Teilweise gewinnt man den Eindruck, dass Forschungsaufträge, die in politiknahen Bereichen mit pflegewissenschaftlichen Schwerpunkten vergeben werden, in den Resultaten als alternativlos von den Auf-

traggebern und Auftraggeberinnen verstanden werden und ein wissenschaftlicher Diskurs bzw. eine wissenschaftliche Debatte nicht mehr als erwünscht erscheint. Das bringt die Pflegewissenschaft als Disziplin in eine schwierige Situation, da nicht wenige sehr wichtige Themen in politiknahen Bereichen vergeben werden. Diese sind aber eingebettet in Interessen von Körperschaften, also Selbstverwaltung ohne Pflegeberufe, von Arbeitgeber- und Trägerverbänden und auch politischen Interessen. Es werden nicht selten sehr aufwändig sehr interessante Ergebnisse produziert, die aber auch ergänzt, kritisch reflektiert und weiterentwickelt werden müssen – wie es in den Wissenschaften üblich ist. Dieser Aspekt des wissenschaftlichen Diskurses ist nicht nur für die Entwicklung der Pflegewissenschaft bedeutsam, sondern auch, weil diese Ergebnisse häufig Einzug halten in Reformmaßnahmen. Sie haben also Auswirkungen auf die Versorgung der Menschen. Vor diesem Hintergrund wünsche ich mir gerade in diesen Bereichen der Auftragsvergabe von den Auftraggeberinnen und Auftraggebern eine größere Offenheit für die notwendigen wissenschaftlichen Diskurse und Debatten. Sie auszuschließen bedeutet nicht, dass die Akzeptanz größer oder die wissenschaftliche Kritik oder auch kritische Reflexion daran geringer ist. Die kritischen Äußerungen sind nur unterbunden.

Sehen Sie weitere Interventionsmöglichkeiten?

Aus diesem Grunde ist, auch wegen der Relevanz der Ergebnisse pflegewissenschaftlicher Forschung, eine Förderung der Forschung außerhalb der Auftragsvergaben von großer Bedeutung. Der Pflegenotstand, Covid-19, Prävention und Gesundheitsförderung und viele Themen mehr verdeutlichen, dass die Förderung pflegewissenschaftlicher Forschung von sehr großer Bedeutung ist. Dafür sind jedoch unabhängige Forschungsförderungen notwendig. Vor vielen Jahren wurde von der Robert Bosch Stiftung ein Papier zur pflegewissenschaftlichen Forschung veröffentlicht. Dieses Papier zeigt unter anderem, wie differenziert pflegewissenschaftliche Forschung, aber auch wie wichtig diese Erkenntnisse sind, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung für die unterschiedlichen Settings, Sektoren und Zielgruppen zu verbessern und zu gestalten.

Frau Professor Hasseler, vielen Dank für das Gespräch. <<

Professorin Dr. Martina Hasseler

Professorin für Klinische Pflege (Schwerpunkte Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Gerontologie, Rehabilitation) an Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen, seit 03/2020 Prodekanin Fakultät Gesundheitswesen (Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften), Privatdozentin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät I Erziehungs- und Bildungswissenschaften (Venia Legendi Rehabilitation/Rehabilitationspädagogik). Als Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin sowie habilitierte Rehabilitationswissenschaftlerin liegen Forschungsschwerpunkte in der Optimierung der Rahmenbedingungen von Gesundheit und Pflege sowie der berufsgruppen- und settingübergreifenden Zusammenarbeit und Qualifikation von Gesundheits- u. Pflegeprofessionen. Themenschwerpunkte wie folgt: a) Gesundheitliche und pflegerische Versorgung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen (z.B. ältere Menschen, Menschen mit Beeinträchtigungen, Prävention & Gesundheitsförderung & Rehabilitation i.d. Pflege); b) Rahmenbedingungen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung (z.B. Koordination u. integrierte Versorgung, interdisziplinäre Gesundheitsversorgung, Digitalisierung in Pflege & Gesundheit), c) Qualität i. Pflege & Gesundheit sowie d) neue Technologien in der Pflege (Robotik, Künstliche Intelligenz).

Aktualisiertes Positionspapier „Mehr PflegeKRAFT 2.0“ und Corona-Zwischenbilanz des Pflegebevollmächtigten

Systemrelevanz sichtbar machen

Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, hat Mitte Mai ein Update des 5-Punkte-Programms für bessere Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte vorgeschlagen. Gute Arbeit sei gerade in der pandemischen Zeit nur im Rahmen optimaler Arbeitsbedingungen und fairer Gehälter möglich. In Anlehnung an sein 5-Punkte-Programm anlässlich der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) schlägt der Pflegebevollmächtigte deshalb mit „Mehr PflegeKRAFT 2.0“ ein aktualisiertes Programm vor. Auch in seinem Mitte Juli veröffentlichten Zwischenfazit zur Situation der Pflege während der Corona-Pandemie, formuliert Westerfellhaus eindeutige Forderungen.

>> „Der Aussage, die Pflege sei systemrelevant, müssen endlich auch Taten folgen. Pflegekräfte haben ein Recht auf attraktive Löhne und zeitgemäße Arbeitsbedingungen – im Krankenhaus, der ambulanten und stationären Langzeitpflege und in der Rehabilitation. Es wird Zeit, dass alle Beteiligten, die Einrichtungen, ihre Träger und natürlich auch die Pflegekassen mit diesem Ziel an einem Strang ziehen“, sagt der Pflegebevollmächtigte Andreas Westerfellhaus und fordert dazu:

- **1. Flächendeckend faire Löhne in der Langzeitpflege:** Attraktive Löhne und zeitgemäße Arbeitszeitmodelle müssten in einem Tarifvertrag geregelt werden, der auf die gesamte Langzeitpflegebranche erstreckt werden kann. Das bedeute auch: Die Refinanzierung von Tariflöhnen müsse Realität werden.
- **2. Ausreichend Kollegen eine Voraussetzung für familienfreundliche Arbeitszeit:** Pflegekräfte bräuchten individuell passende Arbeitszeitmodelle und verlässlich ausreichende Erholungsphasen. Bedarfsgerechte Personalbemessung und -ausstattung sind dazu der Schlüssel.
- **3. Mit Digitalisierung mehr Zeit für Pflege statt für Bürokratie:** Die Möglichkeiten der Digitalisierung müssten end-

lich auch in der Pflege nutzbar gemacht werden. Vordringlich müssten eine einheitliche elektronische Abrechnung sowie eine digitale Anwendung für die Verordnung und Genehmigung häuslicher Krankenpflege umgesetzt werden.

- **4. Mehr Verantwortung durch Heilkundeübertragung:** Die Versorgung der Zukunft werde nur mit einem guten Qualifikationsmix und interprofessioneller Zusammenarbeit gelingen. Dazu müssten heilkundliche Aufgaben gezielt und dauerhaft auf Pflegefachkräfte übertragen und diese gleichzeitig stärker von einfachen pflegerischen Verrichtungen und pflegefernen Hilfstätigkeiten entlastet werden.
- **5. Eine Selbstverwaltung für die Pflege:** Pflegekammern müssten in allen Bundesländern als Ansprechpartner für Fortbildung, Standesrecht und fachliche Standards gegründet werden. Die Bundespflegekammer müsse im Gemeinsamen Bundesausschuss, der Gematik und anderen Selbstverwaltungsgremien sitzen und die Politik in allen pflegeberuflichen Fragen beraten.

Wem stehen Bonuszahlungen zu?

Die ebenfalls Mitte Mai beschlossene und seit 23. Mai in

Kraft getretene Regelung zu Bonuszahlungen in der Altenpflege im „Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler

Tragweite“ (Pandemieschutzgesetz II) ist laut Westerfellhaus „eine gut gemeinte Anerkennung. Doch sie löst auf Dauer keines der Probleme der Pflege“, wie er im Spiegel-Interview am 10. Juli sagte. Darin kritisiert er auch die Ablehnung einiger Arbeitgeber, sich an den Aufstockungszahlungen der Länder in einer Höhe von bis zu 500 Euro zu beteiligen. Der Bund kommt für den Betrag bis zu 1.000 auf, der aus der Pflegeversicherung finanziert wird. Leer geht qua Gesetz die Krankenpflege aus, „aber in der Altenpflege wurde schon immer schlechter gezahlt als in der Krankenpflege und um zu verhindern, dass die Kosten auf den Eigenanteil der Pflegebedürftigen umgelegt werden, fließt die Zuwendung hierher“, erklärt Westerfellhaus im Interview. Doch richtet er mahnende Worte an die Klinikbetreiber, da viele Krankenhäuser finanziell durchaus in der Lage wären, ihren Beschäftigten selbst einen Bonus zu zahlen. „Seit Januar werden ihre Ausga-



Andreas Westerfellhaus, Bild: Holger Gross

ben für höhere Löhne komplett von den Krankenkassen refinanziert – dies wäre sicher auch für Prämien möglich. Klinik-Manager wären also gut beraten, jetzt in ihre Beschäftigten zu investieren.“ Im Zentrum stehen für den Pflegebeauftragten verlässliche Vorgaben für die Personalausstattung sowie ein „vernünftiger Flächentarifvertrag, der für attraktive Arbeitsbedingungen und höhere Löhne sorgt und für alle Unternehmen verbindlich ist“.

„Nicht nur nach Fehlern, sondern nach Lösungen suchen“

Das unterstreicht Westerfellhaus in seinem am 13. Juli veröffentlichten Zwischenfazit „Corona-Krise & Pflege: Nicht nur nach Fehlern, sondern nach Lösungen suchen!“ Pflegekräfte brauchen nicht nur Applaus oder einmalige Pflegeboni, sondern vor allem eine flächendeckend attraktive Entlohnung mindestens

auf Tarifniveau und optimale und familienfreundliche Arbeitsbedingungen. Es ist beschämend, dass so viele Arbeitgeber in der Langzeitpflege und in den Kliniken sich da einfach nicht bewegen wollen. Die Sozialpartner müssen sich endlich auf einen Tarifvertrag einigen, welcher auf die gesamte Langzeitpflegebranche erstreckt werden kann.“ In diesem Tarifvertrag sollten neben attraktiven Löhnen insbesondere zeitgemäße Arbeitszeitmodelle vorgesehen werden. Daneben müsse endlich die Refinanzierung von Tariflöhnen Realität werden, so dass gerade auch ambulante Pflegedienste gegenüber Kostenträgern nicht mehr als Bittsteller auftreten müssten. Westerfellhaus hält es für richtig, dass ein Arbeitgeberverband in der Pflege gegründet wurde, der die Tarifverhandlungen mit verdi führe. Allerdings vertritt die Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche (BVAP) mit einer Reihe von gemeinnützigen Pflegeanbietern wie AWO, Paritätischer und ASB, nur einen Teil der Arbeitgeber. Die umsatzstärksten privaten Pflegeanbieter sind im Arbeitgeberverband Pflege (AGVP) organisiert. Dieser lehnt Tarifverhandlungen ab und begrüßte den im Januar von der Pflegekommission und im April im Kabinett abgesetzten Beschluss zum Pflegemindestlohn, aufgrund dessen es eines allgemeinverbindlichen Tarifvertrages nicht mehr bedürfe.

Der Pflegemindestlohn für ungelernte Pflegekräfte steigt demnach um 16 Prozent (Ost) bzw. 11 Prozent (West) von derzeit 10,85 Euro bzw. 11,35 Euro pro Stunde schrittweise bis 2022 auf 12,55 Euro pro Stunde; das entspreche, so rechnet verdi vor, bei einer 40-Stunden-Woche einem Monatsentgelt von rund 2.183 Euro. Für Pflegekräfte mit ein- bzw. zweijähriger Ausbildung steigt der

Mindestlohn bis 2022 um 22 Prozent (Ost) bzw. 16 Prozent (West) auf 13,20 Euro pro Stunde; damit liege bei einer 40-Stunden-Woche das Monatsgrundentgelt bei 2.296 Euro. Erstmals wird es ab Juli 2021 auch einen Pflegemindestlohn für dreijährig ausgebildete Fachkräfte geben. Dieser soll zunächst 15 Euro pro Stunde betragen und er steige im April 2022 auf 15,40 Euro pro Stunde; das bedeute bei einer 40-Stunden-Woche ein Grundentgelt von 2.678 Euro. Darüber hinaus haben Pflegekräfte künftig einen Anspruch von 25 bzw. 26 Tagen Urlaub pro Jahr; der gesetzliche Anspruch betrug bis zum 30. Juni 20 Tage.

Mehr Flexibilität und Unterstützung für die häusliche Pflege – dauerhaft

„Durch das Coronavirus wurden uns – wie durch ein Brennglas – Stärken und Schwachstellen in der Versorgung der Pflegebedürftigen und Patienten gezeigt, aber eben auch Potenziale zur Weiterentwicklung“, bilanziert Westerfellhaus in seinem Zwischenfazit. Hier müsse man ansetzen, um auch künftigen Herausforderungen selbstbewusst und handlungsfäh begegnen zu können. Neben dem flächendeckenden Tarifvertrag bedürfe es ebenso mehr Flexibilität und Unterstützung für die häusliche Pflege. Gerade in der Pandemie sei ein hohes Maß an Flexibilität bei den ambulanten Pflegeleistungen notwendig. Für die aktuellen, pandemiebedingten Versorgungsprobleme sei diese Flexibilität punktuell und befristet geschaffen worden.

Das am 15. Mai abschließend im Bundesrat beschlossene „Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“, auf das sich Westerfellhaus hier bezieht,

sieht beispielsweise die Auszahlung von Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung für 20 statt für 10 Tage vor, zudem wird diese Leistung nicht beim Eintreten eines familiären Pflegefalls, sondern auch beim Wegfall der bestehenden Unterstützung gezahlt, beispielsweise wenn eine Pflegekraft ausfällt oder ein ambulanter Pflegedienst schließt. Zur Überbrückung etwa von quarantänebedingten Versorgungsempässen in der Pflege können dem Beschluss nach stationäre Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen in Anspruch genommen werden. Der Leistungsanspruch für Kurzzeitpflege in stationären Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen wird zeitlich befristet angehoben. Auch besteht nach dem Gesetz die Möglichkeit, dass Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro – abweichend von den derzeit geltenden Vorgaben nach Landesrecht – auch anderweitig verwenden. Dies gilt zeitlich befristet bis zum 30. September 2020 beispielweise für haushaltsnahe Dienstleistungen.

Anbieter im Bereich der Alltagsunterstützung sollen darüber hinaus Mindereinnahmen und außerordentliche Aufwendungen von der Pflegeversicherung erstattet bekommen. Die Erstattung der Mindereinnahmen wird allerdings begrenzt auf bis zu 125 Euro monatlich je Pflegebedürftigem, der die Dienste des Angebotes nicht in Anspruch nimmt.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen benötigten jedoch deutlich umfassendere und dauerhaftere Flexibilität bei den ambulanten Pflegedienstleistungen. „In meinem Konzeptpapier zum Entlastungsbudget 2.0 habe ich deshalb einen praktikablen Vorschlag zur Neujustierung der ambulanten Pflegeleistungen vorgelegt. Nahezu alle Leistungen bei häuslicher Pflege sollten demnach in zwei

flexibel abrufbaren Budgets, dem Pflege- und Entlastungsbudget, zusammengefasst werden. Zusammen mit einer vertrauensvollen, unabhängigen Beratung vor Ort durch den „Pflege Ko-Piloten“ werden individuelle und passgenaue Pflegesettings endlich möglich“, stellt Westerfellhaus eine mögliche Modifikation vor.

Einen Schritt weiter bei der Übertragung heilkundlicher Aufgaben?

Was Delegation bzw. Substitution anbelangt, resümiert Westerfellhaus, dass mit den Corona-Gesetzen Pflegekräften und anderen Gesundheitsfachberufen mehr Verantwortung durch die Befugnis zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten ermöglicht wurden. „Dieser Schritt war richtig, da Pflegefachkräfte grundsätzlich zur Übernahme ausgewählter heilkundlicher Aufgaben qualifiziert sind. Und der Gesetzgeber hat diese Kompetenzen nun endlich anerkannt.“ Nun gelte es, den Strategieprozess des Bundesministeriums für Gesundheit zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich engagiert und auch zeitnah voranzutreiben und die für Notlagen übertragene Verantwortung in den Regelbetrieb zu übernehmen.

„Aufgaben, wie beispielsweise die Versorgung chronischer Wunden, Diabetes oder Infusionstherapien sollten endlich auf Pflegefachkräfte übertragen werden.“ Gleichzeitig müssten aber auch die Fachkräfte stärker von einfachen pflegerischen Verrichtungen und pflegefernen Hilfstätigkeiten entlastet werden. Die Versorgung der Zukunft werde nur mit einem guten Qualifikationsmix und in verstärkter interprofessioneller Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinaus gelingen können. <<

VdPB initiiert Fachgespräch zur inhaltlichen Ausgestaltung der Vorbehaltsaufgaben in der Pflege

Patientensicherheit ist Leitgedanke

Die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) hatte am 29. Juni zum Thema „Profilierung von Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege gemäß § 4 Pflegeberufgesetz und Fragen der Heilkundeübertragung in Zeiten von Corona“ zahlreiche Pflegeexperten, Vertreter der Pflegekammern und Fachleute aus der Pflegepraxis zum Fachgespräch in die Bayerische Vertretung in Berlin geladen. Dies soll der Auftakt zu einem konstruktiven Dialog zum Thema Vorbehaltsaufgaben sein – und das nicht nur in Bayern, sondern bundesweit.

>> Die Pflege hat es in der Hand: Das zum 1. Januar 2020 in Kraft getretene Pflegeberufgesetz beinhaltet erstmals eine Definition der vorbehaltenen Aufgaben und damit einen eigenständigen Entscheidungsraum für die Pflege. Denn die inhaltliche Profilierung dieser gesetzlichen Vorgabe, aber auch die Umsetzung des Konzepts der Vorbehaltsaufgaben in der pflegerischen Praxis, liege nun in den Händen der professionellen Pflege selbst, konstatiert die VdPB. Mit dem Fachgespräch in Berlin wollte die Vereinigung den Startschuss für den dazu erforderlichen Diskurs auf pflegefachlicher Ebene geben und fordert zu breiter Diskussion auf.

„Die gesetzliche Definition von vorbehaltenen Aufgaben für die Pflege bedeutet für die Berufsgruppe einen Paradigmenwechsel, der ein Meilenstein in der Professionalisierung werden könnte, wenn es gelingt, sie auch in der Praxis mit Leben und detaillierten Inhalten zu füllen“, stellte VdPB-Präsident Georg Sigl-Lehner fest. Pflegeexpertin Elisabeth Beikirch forderte einen „institutionellen und interdisziplinären Dialog zu dem, was jetzt durch das Pflegeberufgesetz ausgelöst worden ist“. Sie erinnerte allerdings daran, dass weder die Berufsgruppe noch die angestrebte Professionalisierung der Pflegeberufe für den Gesetzgebungsprozess prioritär gewesen sei – allein Überlegungen zur Sicherheit der Gesundheitsver-

sorgung gälten als Leitgedanke und Legitimation bei der Definition von Vorbehaltsaufgaben sowie aktuell als Beleg der Systemrelevanz der Pflege.

Die Experten aus den verschiedenen Bereichen der Pflege stellten nach Angaben der VdPB übereinstimmend fest, dass bei der Implementierung von vorbehaltenen Aufgaben im pflegerischen Alltag Hürden auf verschiedenen Ebenen zu überwinden seien: Neben der Beseitigung von rechtlichen Unklarheiten wie zum Beispiel dem Unterschied von Tätigkeiten und Aufgaben oder der bislang fehlenden Berücksichtigung der Pflegeplanung im Gesetz, müsse dringend in Personal- und Organisationsentwicklung in den Einrichtungen investiert werden. Sonst fehle es vielerorts an notwendigen Kompetenzen, sachgerechten Struk-



Übernahm die Gesamtmoderation des Fachgesprächs: Prof. Dr. habil. Thomas Klie, Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaften an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Leiter Institut agp Sozialforschung und Juristischer Berater der VdPB, Bild: EH Freiburg

turen und interprofessionell respektvoller Zusammenarbeit, um eine reibungslose Umsetzung in die Praxis zu gewährleisten.

„Kommen die Vorbehaltsaufgaben noch zu früh für die Pflege?“

Prof. Dr. Thomas Weiß, Justitiar der Pflegekammer Schleswig-Holstein, warnte jedoch davor, den Ball an den Gesetzgeber zurückzuspielen. Es sei jetzt an der Pflege und ihren Selbstverwaltungsorganen, den Prozess voranzutreiben und das Konzept der Vorbehaltsaufgaben inhaltlich auszuarbeiten. In dem Zusammenhang stellte laut VdPB Dr. Bernhard Opolony vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege die „provokante“ Frage, ob die Vorbehaltsaufgaben trotz ihrer langen Geschichte für die Pflege noch zu früh kämen – fällt es der Pflege doch nach wie vor schwer, eine gemeinsame Interessenvertretung zu organisieren. Doch waren die Referenten und Podiumsdiskutanten sich einig, dass man eine durchaus positive Dynamik hin zu mehr Autonomie und Eigenverantwortlichkeit der Pflege erwarte. Dazu müsse klar sein, dass es bei der Klärung der Inhalte von Vorbehaltsaufgaben einer starken Orientierung an den dafür nötigen Kompetenzen bedürfe.

Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Andreas

Westerfellhaus, wurde diesbezüglich konkret: „Pflegekräfte müssen zum Beispiel entsprechend ihrer Kompetenz eigenständige Grundversorgung vornehmen, notwendige Materialien, Hilfsmittel verordnen dürfen. Sie müssen aus meiner Sicht Budgethoheit bekommen und sie müssen die Entscheidungen der konsularischen Beteiligung finden.“ Es gehe um die Sicherheit der Menschen in dieser Versorgungsstruktur. „Wir können doch nicht immer beklagen, dass wir immer weniger werden in allen Gesundheitsfachberufen und dann versuchen, uns hinter irgendwelchen Aufteilungen zu verschanzen. Wir brauchen jetzt und viel mehr noch in der Zukunft grundlegende akademische Pflegeausbildung“, forderte Westerfellhaus.

Sigl-Lehner sieht die VdPB als Impulsgeber für eine qualifizierte Diskussion um die Profilierung der Vorbehaltsaufgaben: „Ich bin sicher, dass alle Teilnehmer des Fachgesprächs und darunter ganz besonders die Vertreter der Pflegekammern und der VdPB den Ball, der der Profession mit der Definition von Vorbehaltsaufgaben zugespielt wurde, jetzt aufnehmen möchten. Das Thema wurde bisher wohl kaum so offen, qualifiziert und problemorientiert diskutiert“, so Sigl-Lehner und forderte einen bundesweiten Dialog, an dem sich die Selbstverwaltungsorgane und Vertreter der Pflegenden aus allen Bundesländern beteiligen. <<

imvr: Wissenschaftliche Studie zu den Herausforderungen für Pflegeeinrichtungen durch Covid-19

Mehr als der „normale Wahnsinn“?

Herausforderungen, Belastungen und Bewältigungsmaßnahmen im Zuge der Corona-Pandemie stehen bei der Studie „Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona – Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn?“ im Fokus. Dazu wurden vom Team um Dr. Kira Isabel Hower, PD. Dr. Timo-Kolja Pförtner und Univ. Prof. Dr. Holger Pfaff, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung der Universität zu Köln (imvr), Leitungskräfte aus deutschen Pflegeeinrichtungen befragt.

>> „Wir haben uns dafür interessiert, wie die Leitungskräfte von Pflegeeinrichtungen die Herausforderungen für die Versorgung der Risikogruppe pflegebedürftiger Menschen unter Corona einschätzen“, so der Studienleiter Professor Dr. Holger Pfaff. „Handelt es sich bei der Corona-Situation nur um die Fortsetzung des ‚normalen Pflege-Wahnsinns‘, der bereits vor Corona gegeben war, oder steuert das System durch die Zusatzbelastung einem drohenden Kollaps entgegen?“ Befragt wurden dazu Leitungskräfte aus ambulanten Pflege- und Hospizdiensten sowie stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen. Die Anzahl per E-Mail kontaktierter Einrichtungen beläuft sich auf 4.330. Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 07.04. bis 25.04.2020 und wurde über das Onlineumfragetool „Lime-Survey“ durchgeführt. Die Verteilung ambulanter Pflegeeinrichtungen in der Untersuchungstichprobe spiegelt die der Bundesländer weitestgehend wider, geben die Autoren an.

Hinsichtlich der pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen wurden die teilnehmenden Leitungskräfte zunächst gefragt, inwiefern einzelne Herausforderungen in ihrem Fall gegeben waren und – falls sie gegeben waren – wie sehr sie diese als Belastung erlebten. Fazit: Die Sorge vor Covid-19-Infektionen bei Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden zählt zu den größten Herausforderungen und wird von mehr als

70% der Leitungskräfte als mindestens stark belastend empfunden. Die Sorge vor einer Infektion unter Mitarbeitenden wird mit 99% als stärkste Belastung wahrgenommen, von ca. 70% der Leitungskräfte auch als mindestens stark belastend empfunden. Dabei steht die Angst vor Infektion oder Quarantänesituation von Mitarbeitern im Vordergrund, wodurch die Sicherstellung der Kundenversorgung möglicherweise nicht mehr gewährleistet sein könnte.

Hygienische „Ausnahmen“ sind besonders prekär

Auch die Beschaffung und der Verbrauch von Ausrüstung zum Infektionsschutz werden von ca. 97% der befragten Leitungspersonen als Herausforderung angesehen. Diese empfinden mehr als 60% der Befragten als mindestens stark belastend. Hierbei wird der Mangel an Schutzausrüstung als besonders belastend empfunden: „Am schlimmsten ist es, dass wir nicht genügend Schutzausrüstungen haben!“, beschreibt eine Teilnehmerin ihre Situation. „Es reicht immer nur für ein paar Tage und wir wissen nie, wann die nächste Lieferung kommt, oder ob überhaupt was kommt. Die Mitarbeiter ungeschützt zu den Patienten zu schicken, die unsere Hilfe aber unbedingt brauchen, das ist fast unerträglich.“ Darüber hinaus werden überbezahlte und unseriöse Angebote an Schutzausrüstung als große Beeinträchtigung gesehen.

„Die Beschaffung von Infektionsschutz ist ein zentrales Problem und wird kreativ, aber nicht systematisch gelöst“, erklärt Pfaff.

Vor diesem Hintergrund ist die Einhaltung von Hygieneregeln des Robert Koch-Institutes zumindest partiell als schwierig zu bewerten. Die Studienteilnehmer kritisieren, dass trotz bestehender Schwierigkeiten die Versorgung erbracht werden sollte: „Besonders prekär finde ich die hygienischen ‚Ausnahmen‘ für das Pflegepersonal. Zukünftig braucht mir das Hygiene- oder Gesundheitsamt nicht mehr mit übertriebener Hygiene kommen, wenn solche Zustände gerade geduldet werden. Das hinterlässt einen faden Beigeschmack, dass die angeblich so wichtigen Pflegepersonen, eigentlich nur Menschen dritter Klasse sind.“ „Pflegekräfte fühlen sich wie Kanonenfutter“, lauten Freitext-Angaben der Teilnehmer. Besonders im ambulanten Bereich stoßen den Ergebnissen zufolge Dienste an ihre Grenzen, da sie die Organisation der Arbeitsabläufe durch unabhängig voneinander arbeitenden Teams oft nicht gewährleisten könnten.

Kurzarbeit trotz Corona-Krise?

Circa 90% der befragten Leitungspersonen sehen die Ausstattung mit genügend Finanzmitteln als weitere Herausforderung im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie an, die von mehr als 50% als min-

destens stark belastend empfunden wird. In den offenen Angaben wird deutlich, dass die Ausstattung mit genügend Finanzmitteln nicht ausreichend erfolgt bzw. nur erschwert in Anspruch genommen werden kann. „Es werden politisch Zusagen gemacht über hohe Prämienzahlungen, die bisher nicht refinanziert werden. Dies kann zu Unzufriedenheit führen und dadurch reduzier[t]e Leistungsbereitschaft.“ Auch die Angst vor Einnahmeausfällen beschäftigt die Leitungskräfte. Knapp 90% sehen darin eine Herausforderung und mehr als die Hälfte bewerten diese als mindestens stark belastend. Die Ergebnisse zeigen, lassen die Studienautoren verlauten, dass die Belastung durch Einnahmeausfälle bei mehr als 80% im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie angestiegen ist. Viele Leitungskräfte beklagten einen Wegfall neuer pflegebedürftiger Klient*innen, da diese aus Angst vor möglichen Infektionen auf Leistungen verzichteten. Insbesondere im ambulanten Bereich führe dies zu Umsatzeinbußen bei gleichbleibenden Kosten, wie folgende Aussage verdeutlichen kann: „Es haben Kunden Einsätze abgesagt auf Anraten ihrer Hausärzte. Verständlich, aber schädigend.“ Infolge von Vertragskündigungen wird auch von einer Anmeldung von Kurzarbeit berichtet: „Da nur die Klienten geblieben sind, die sehr ‚schwierig‘ sind, ist die Arbeitsbelastung bei weniger Personal wegen Kurzarbeit sehr viel höher.“ Einige se-

hen vor diesem Hintergrund ihre Existenz bedroht und fragen sich, „... wie lange eine kleine private Einrichtung noch existieren kann. Die wichtigsten Maßnahmen sind bereits eingeleitet, trotz alledem sind die Sorgen hoch.“

Auch durch ausbleibende Spendengelder und Öffentlichkeitsarbeit fehlten Einnahmen und existierende Nothilfen liefen an einzelnen Einrichtungen vorbei. Insbesondere der geschaffene Pflegerettungsschirm (Pflegerettungsschirm nach § 150 Absatz 3 und Absatz 5a SGB XI, Anm. der Redaktion) könne die Umsatzeinbußen nicht auffangen, da Leistungen durch diesen nicht gedeckt seien. Unklar sei auch, ob dadurch gegebenenfalls Personalreduzierung im Jahr 2021 die Folge seien. Hierzu wird ebenfalls kritisiert, dass eine zuvor erreichte „gute Personaldecke und somit vorausschauende Personalpolitik also bestraft wird, weil die Kosten aus den Rücklagen (falls überhaupt vorhanden) oder auf Kredit finanziert werden müssen.“

In den Blick nehmen die Autoren auch die psychische und physische Gesundheit der Mitarbeiter*innen. Ca. 87% der befragten Leitungspersonen beschreiben die Überbelastung ihrer Mitarbeiter*innen als herausfordernd. Für knapp 45% ist diese mindestens stark belastend und hat bei etwa 65% seit Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie an Intensität gewonnen. Eine hohe Arbeitsintensität und -verdichtung werden von rund 80% der befragten Leitungspersonen als herausfordernd angesehen. Ca. 40% empfinden diese als mindestens stark belastend und bei mehr als 45% hat sich die Arbeitsintensität und -verdichtung während der SARS-CoV-2-Pandemie intensiviert. Auch wenn angemerkt wird, dass „die Arbeitsverdichtungen der letzten Jahre [...] nicht mehr

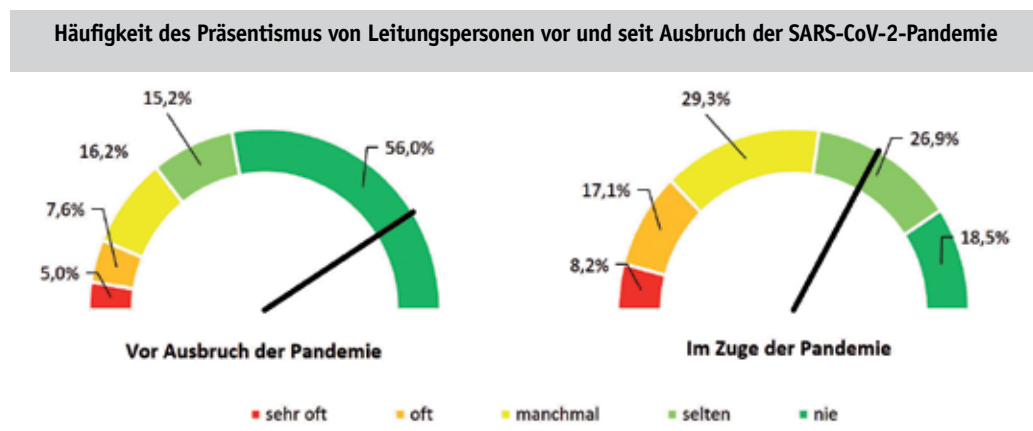


Abb.: Frage: „Wie oft ist es seit/vor dem Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie vorgekommen, dass Sie zu Ihrer Arbeit gegangen sind, obwohl Sie eigentlich krank waren oder sich krank gefühlt haben?“, Datenbasis: Online-Leitungsbefragung von 525 Personen, Quelle: Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (imvr).

aufzufangen [sei], auch schon vor Corona“, zeichne sich im Zuge der Pandemie eine Intensivierung der Arbeit und Arbeitsdichte ab. Dies wird unmittelbar auf das Fehlen und die Beschaffung von Schutzausrüstungen zurückgeführt. Auch die fehlende Unterstützung durch Angehörige stelle Pflegeeinrichtungen vor die Herausforderung, diese aufzufangen, und führe im Zuge des sozialen Kontaktverbots zu einer höheren Arbeitsintensität. „Unsere Patienten äußern vermehrt Ängste, benötigen sehr viel mehr Zuspruch, da auch Angehörige nicht mehr so zur Verfügung stehen.“ Demnach hat sich „die soziale Isolation manch eines Bewohners [...] durch fehlenden Besuch erhöht“, sodass „der Betreuungsaufwand [...] hier viel konzentrierter erfolgen [muss].“ Der Gesundheitszustand der Leitungskräfte selbst wird ebenfalls beleuchtet: „Das Wohlbefinden der befragten Leitungskräfte hat sich im Zuge der Pandemie deutlich verschlechtert. Die Leitungskräfte kommen dennoch 20% häufiger als vor Ausbruch der Pandemie krank zur Arbeit. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass die pandemiebedingte Mehrbelastung oft von den Leitungskräften aufgefangen werden muss“, erklärt Pfaff. Um die psychischen

und physischen Auswirkungen für Mitarbeitende, Pflegebedürftige und Angehörige gering zu halten, wendeten Leitungskräfte Strategien wie ständige Kommunikationsbereitschaft, vollständige Informierung und transparente Aufklärung als zusätzliche Bewältigungsstrategien an.

An Personalausfälle sei man indes bereits gewöhnt: „Personalmangel und Fachkräftemangel – wie immer!“ Das könne u.a. darauf zurückgeführt werden, dass bereits vor Ausbruch der Pandemie der Bezug neuer Arbeitskräfte schwierig war. Mehr als 60% sehen zudem in der Einhaltung von Regelungen zur Arbeitszeit und Einhaltung des Personalschlüssels eine Herausforderung. Diese wird von knapp 70% als keine bzw. mäßige Belastung empfunden und ist im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie nur bei 35% der befragten Pflegeeinrichtungen angestiegen.

Die bereits vor Ausbruch bestehenden Engpässe im Personalschlüssel haben sich im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie weiter verschärft, stellen die Studienautoren fest. Und doch: Trotz der vielschichtigen Auswirkungen der Pandemie glauben rund 62% der Befragten, die damit verbundenen Herausforderungen und Belastungen bewältigen zu können.

Dies lasse darauf schließen, dass Pflegeeinrichtungen im Notstand erprobt und dadurch widerstandsfähig seien, resümieren die Autoren.

„Deutlich wird“, sagt Pfaff, „dass sowohl Arbeitsverdichtungen als auch Überlastungszustände bereits vor der Pandemie bestanden und generell in einem Missverhältnis zu der mangelnden gesellschaftlichen sowie finanziellen Anerkennung stehen (Gratifikationskrise).“ Anstelle von einer als kurzzeitig wahrgenommenen Anerkennung in Form von Applaus, werde eine langfristig wirkende leistungsgerechte Vergütung und eine reelle Refinanzierung von Aufwendungen gefordert – generell, aber besonders im Zuge der Mehraufwände durch die Corona-Pandemie.

Als Schlüsselfaktor für die Krisenbewältigung macht er den sozialen Zusammenhalt aus: „Die Befragungsergebnisse verdeutlichen, dass der soziale Zusammenhalt in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen eine der stärksten Ressourcen zur Bewältigung der Corona-Pandemie ist. In Anbetracht knapper finanzieller und personeller Ressourcen, gewinnen gegenseitiges Miteinander, Unterstützung und Vertrauen an Bedeutung.“ <<

Psyma-Studie: Pflege-Berufsaussteiger kommen in der Corona-Krise zurück – und nun?

>> Psyma verfolgt auch weiterhin den Berufsalltag von Pflegefachpersonen in Deutschland (siehe MoPf-Ausgabe 01/2020).

Bereits 2018 habe mit der #PflegeComeBack-Studie gezeigt werden können, dass 48% aller ehemaligen Pflegefachpersonen potenziell bereit wären, unter veränderten Rahmenbedingungen in ihren Beruf zurückzukehren. Die Corona-Krise und die damit einhergehenden Appelle seitens der Regierung, landesweit alle Pflegeressourcen zu mobilisieren, hätten dazu geführt, dass tatsächlich ein Teil der Berufsaussteiger in die verschiedenen Sektoren der Pflege zurückgekehrt sei.

Wert ist von 4,6 auf 3,8 gesunken

Psyma wollte von aktuell tätigen Pflegekräften wissen, wie

sinnvoll sie es fänden, wenn ehemalige Pflegekräfte für die Zeit der Corona-Krise in den Job zurückkehren. Lag der Wert der Zustimmung Anfang April noch bei

4,6 (auf einer 7er-Skala mit 1 = überhaupt nicht sinnvoll und 7 = absolut sinnvoll), so sank dieser bis Ende April auf 3,8. Auf die Frage, ob in ihrer Einrichtung

bereits ehemalige Pflegekräfte arbeiten, gaben Ende April 19% der Befragten ihre Zustimmung (ein Plus von 4% im Vergleich zum Monatsanfang mit 15%). Mit 23% war dieser Anteil – bezogen auf die 3 Sektoren der Pflege – im Krankenhaus am größten.

Die Rückkehr dieser Pflege-Aussteiger ist jedoch auch mit Schwierigkeiten behaftet. 72% der Befragten geben Probleme bei der Einarbeitung und Schulung der ehemaligen Pflegekräfte an, 71% beklagen veraltete Fachkenntnisse, mangelnde aktuelle Qualifikationen und fehlende Routine. Des Weiteren geben 62% zu bedenken, dass die Rückkehrer durch ihr höheres Alter selbst zur Risikogruppe zählen. Die Studie liefert auch Informationen über geeignete Kommunikationskanäle zur Ansprache ehemaliger Pflegekräfte. <<

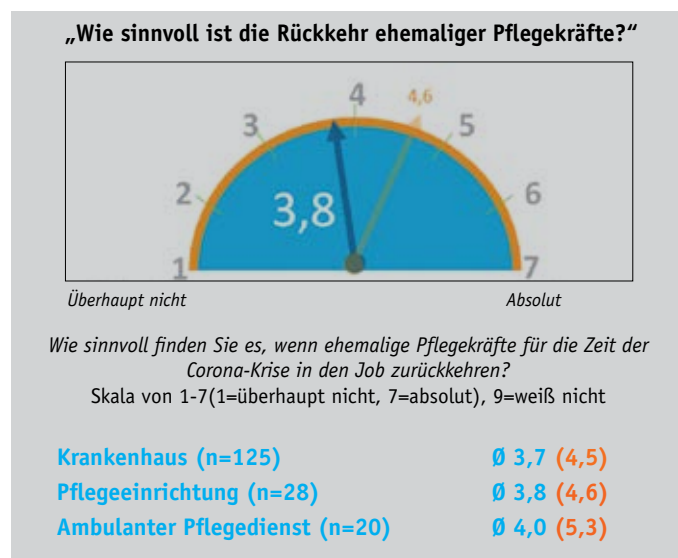


Abb.: Zielgruppe: Pflegefachkräfte, Pflegemanagement, Akademisierte Pflege. Basis N = 252 (20. April 2020), orange – Basis N = 221 (2. April 2020), blau; Erhebungsmethode: Online – Psyma Expertenpanel Careopinion.

Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz

>> Der Bundestag hat am 2. Juli das im Vorfeld intensiv diskutierte Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz verabschiedet. „Intensiv-Pflegebedürftige sollen dort versorgt werden können, wo es für sie am besten ist. Das darf keine Frage des Geldbeutels sein. Deswegen schaffen wir verbindliche Qualitätsvorgaben für die Intensivpflege zu Hause, und die Intensivpflege in stationären Einrichtungen wird endlich bezahlbar“, sagt Gesundheitsminister Jens Spahn. Krankenhäuser und Heime würden verpflichtet, ihre Patienten wenn möglich von künstlicher Beatmung zu entwöhnen; denn das spart auch Geld.

Der Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege wird nun in das SGB V aufgenommen. Nur besonders qualifizierte Ärztin-

nen und Ärzte dürfen außerklinische Intensivpflege verordnen. Außerdem:

- Außerklinische Intensivpflege kann in Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, in qualitätsgesicherten Intensivpflege-Wohneinheiten, in der eigenen Häuslichkeit sowie in geeigneten Orten, wie z.B. betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten und Werkstätten erbracht werden.
- Damit Patientinnen und Patienten in der Intensivpflege dauerhaft qualitätsgesichert versorgt werden, haben die Medizinischen Dienste im Auftrag der Krankenkassen im Rahmen einer persönlichen Begutachtung am Leistungsort jährlich insbesondere zu prüfen, ob die medizinische und pflegerische Versorgung sicherge-

stellt werden kann.

- Damit die Unterbringung in einer stationären Einrichtung nicht aus finanziellen Gründen scheitert, werden Intensiv-Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen weitgehend von Eigenanteilen entlastet.
- Die Kostenübernahme gilt für sechs Monate auch dann weiter, wenn sich der Gesundheitszustand der versicherten Person bessert und außerklinische Intensivpflege nicht mehr nötig ist. Die Krankenkassen können die Leistungsdauer in ihrer Satzung noch verlängern.
- Bei allen Patientinnen und Patienten, bei denen eine Entwöhnung von der Beatmung möglich erscheint, soll vor Entlassung aus dem Krankenhaus ein Entwöhnungsversuch erfolgen. Dafür

werden Anreize gesetzt und eine zusätzliche Vergütung gezahlt. Wird ein Entwöhnungsversuch nicht veranlasst, drohen Vergütungsabschläge.

- Nur qualitätsgeprüfte Pflegedienste dürfen außerklinische Intensivpflege erbringen. Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden bundeseinheitlich in Rahmenempfehlungen formuliert.

Große Vorbehalte gab es im Vorfeld bezüglich einer zu großen Einflussnahme der Kassen auf den Versorgungsort. Nach heftigen Protesten besserte Spahn nach. Eine Intensivbetreuung im häuslichen Umfeld kostet rund 20.000 Euro im Monat, für einen Intensivpflegeplatz in stationären Einrichtungen muss hingegen ein Eigenanteil von bis zu 3.000 Euro gezahlt werden. <<

Dr. rer. oec. Stefan Dudey

Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit ärztlichen Leistungen

Befragungen und Datenerhebungen in Sachsen, ergänzt mit bundesweiten Daten

Zwischen drei und fünf Prozent der Bevölkerung in den 16 deutschen Ländern erhalten Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI). Mit regionalen Schwankungen bezieht etwa ein Viertel der Pflegebedürftigen Leistungen der vollstationären Pflege (vgl. Abb. 1). Zu der Frage, ob oder in welchem Umfang diese Bewohner von Pflegeheimen ärztlich und zahnärztlich versorgt werden, liegen wenige Informationen vor. Schon seit langem wurde vermutet, dass die Versorgung an dieser Stelle defizitär sein könnte, beispielsweise im Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000, Textziffer 353. Der Gesetzgeber hat diese Frage aufgegriffen¹ und § 119b SGB V im Jahr 2008 mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) in das SGB V aufgenommen. Damit sollte die Versorgungssituation in Pflegeheimen adressiert und nachhaltig verbessert werden. Als Instrument brachte der neue § 119b die Möglichkeit, Kooperationsverträge zwischen Vertragsärzten und Vertragszahnärzten einerseits und Pflegeheimen andererseits zu schließen. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) und in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) wurden neue Positionen aufgenommen, die die Koordinations- und Kooperationsleistungen nach § 119b vergüten und einen zusätzlichen Anreiz für die Erbringung ärztlicher bzw. zahnärztlicher Leistungen in Pflegeheimen darstellen.

>> Wenn Kooperationsverträge nach § 119b nicht zustande kommen oder die vertragsärztliche Versorgung der Heimbewohner nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann, sieht dieser Paragraph die Möglichkeit angestellter und vom Zulassungsausschuss zu ermächtigender Ärzte in der Pflegeeinrichtung vor (§ 119b Abs. 1 Satz 3). In der Praxis ist dies jedoch eine selten anzutreffende Konstellation. Die Variante erscheint eher als gesetzgeberische Drohkulisse denn als eine Option, die auf Dauer flächendeckend umgesetzt werden kann, zumal ein Arzt mit einem Pflegeheim durchschnittlicher Größe nicht ausgelastet ist.

Gut zehn Jahre nach Inkrafttreten des § 119b SGB V ist eine Bestandsaufnahme an der Zeit, welche Wirkungen durch diese Maß-

Zusammenfassung

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung der Bewohner von Pflegeheimen stellt alle Beteiligten vor Herausforderungen. 2008 hat der Gesetzgeber § 119b in das SGB V eingefügt, also die Möglichkeit des Abschlusses von Kooperationsverträgen zwischen Ärzten und Pflegeheimen zur Versorgung der Bewohner. Eine von AGENON durchgeführte Untersuchung zeigt, dass sich diese Verträge und die damit verbundenen Abrechnungsmöglichkeiten in der Fläche zunächst im zahnärztlichen und in den vergangenen Jahren auch im ärztlichen Bereich allmählich verbreiten. Zugleich findet ein wichtiger Teil der Versorgung auch ohne diese Kooperationsverträge statt. Datenauswertungen zeigen in diesem Zusammenhang, dass von einer flächendeckenden allgemeinärztlichen Unterversorgung der Pflegeheimbewohner nicht die Rede sein kann. Die fachärztliche Versorgung hingegen weist in manchen Gegenden nennenswerte Defizite auf, beispielsweise in der Augenheilkunde. Zugleich hat das Projekt Hinweise darauf geliefert, dass bestimmte telemedizinische Anwendungen das Potenzial haben könnten, die Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu verbessern.

Schlüsselwörter

Pflegeeinrichtungen, ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Telemedizin

nahmen entfaltet wurden. Wie haben sich Ärzte, Zahnärzte, Pflegeheime und Krankenkassen auf die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen eingestellt, und wie sieht die vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Versorgungssituation in Pflegeheimen heute aus? Die folgende Darstellung stützt sich auf eine 2019 von AGENON für das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz erstellte Evaluierung (Dudey, Rädels, Priess, Bohm 2019) sowie auf weitere Veröffentlichungen zum Thema.

Datengrundlagen und Vorgehensweise

Grunddaten zur Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI im Bundesgebiet sowie regionalisierte Ergebnisse nach Ländern stellen das Statistische Bundesamt (www.destatis.de) und die Statistischen Landesämter bereit. Für die vorliegenden Auswertungen ist zum einen das Datenangebot des Statistischen Landesamts des Freistaates Sachsen genutzt worden (www.statistik.sachsen.de). Ergänzend stellen die Statistischen Ämter in der Regionaldatenbank Deutschland tief gegliederte Ergebnisse der amtlichen Statistik des Bundes und der Länder bereit, die regionale Vergleiche erleichtern sollen (www.regionalstatistik.de).

Für tiefergehende Analysen zur ärztlichen oder zahnärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern wurden Daten und Sonderauswertungen berücksichtigt, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS), der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen (KZVS) und der AOK PLUS, Geschäftsbereich Sachsen, zur Verfügung gestellt wurden. Dabei bietet die Nutzung der Krankenkassen-Routinedaten gegenüber anderen Datenquellen zusätzlichen Erkenntnisgewinn in mehrfacher Hinsicht:

- Versicherte mit bestimmten gefilterten Merkmalen können einer Grundgesamtheit aller Versicherten gleichen Alters oder Versicherten mit Wohnsitz in der gleichen Region gegenübergestellt werden (Nennerbildung).

- Neben Pflegeheimbewohnern, die im Rahmen eines 119b-Vertrags betreut werden, können auch solche betrachtet werden, die vertragsärztliche Leistungen außerhalb eines 119b-Vertrags in Anspruch nehmen.
- Für alle betrachteten Gruppen können weitere Leistungsansprüche ausgewertet werden, insbesondere Krankentransporte und Krankenhausaufenthalte, und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen verknüpft werden.

Die AOK PLUS versichert im Freistaat Sachsen 2,1 Millionen Personen. Das ist mehr als die Hälfte der Bevölkerung.

Zunehmende Zahl der abgeschlossenen Kooperationsverträge

Die Vertragsdatenbank der KVS weist in den sechs Quartalen von Q3 2016 bis Q4 2017 für Sachsen einen Anstieg der Zahl der hausärztlichen und fachärztlichen Kooperationsverträge aus (Tabelle 1). Allerdings wurde keine Flächendeckung erreicht. Ende 2017 waren 12 der 45 sächsischen Mittelbereiche² ohne hausärztlichen Kooperationsvertrag; das sind 27%. Bei den Fachärzten waren 32 von 45, also mehr als 70%, ohne Vertrag.

Im zahnärztlichen Bereich erfasste die Vertragsdatenbank der KZVS im 4. Quartal 2017 233 vertragszahnärztliche Kooperationsverträge in 200 Pflegeeinrichtungen. Von 45 Mittelbereichen waren 3 ohne Vertrag. Aus den BEMA-Abrechnungsdaten geht hervor, dass im 4. Quartal 2017 12.979 Versicherte in Pflegeeinrichtungen auf der Basis von zahnärztlichen 119b-Kooperationsverträgen betreut wurden. Die entsprechende Zahl in der vertragsärztlichen Versorgung im 4. Quartal 2017, berechnet anhand von abgerechneten Leistungen aus dem EBM-Kapitel 37.2, betrug 8.731 Versicherte (Dudey, Rädels, Priess, Bohm 2019, S. 25f.).

In der zahnärztlichen Versorgung wurden also mehr Kooperationsverträge abgeschlossen und mehr Versicherte behandelt als in der ärztlichen Versorgung. Dabei dürfte die Tatsache eine Rolle spielen, dass die Möglichkeit der Abrechnung nach den BEMA-Ziffern bereits seit April 2013 besteht, während im vertragsärztlichen Bereich das Kapitel 37.2 erst ab 1.7.2016 in den EBM aufgenommen wurde.

Kontakthäufigkeiten mit dem vertragsärztlichen System

Durch Auswertung von Routinedaten der damals noch bestehen-

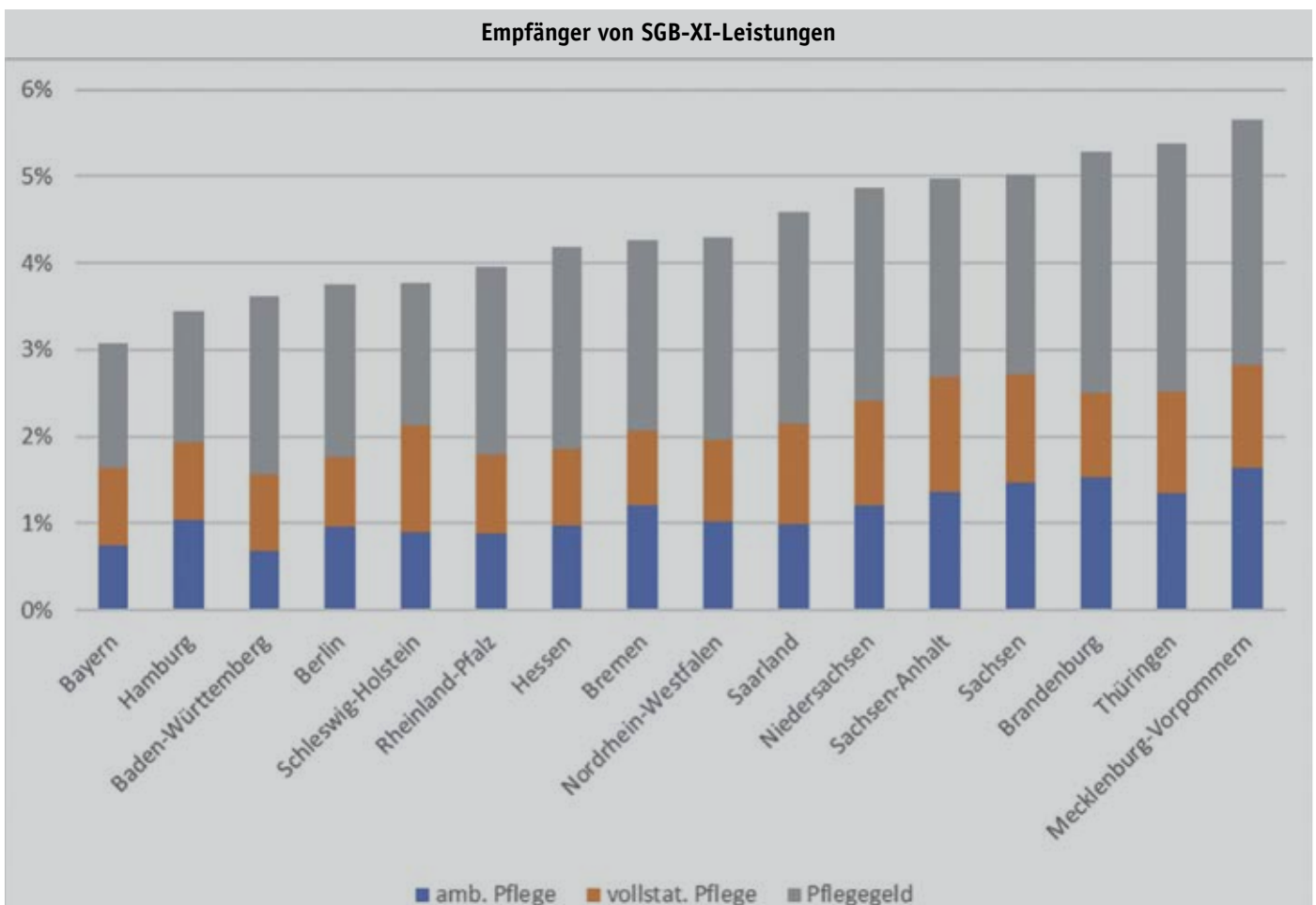


Abb. 1: Empfänger von SGB-XI-Leistungen nach Leistungsart und Bundesland in Prozent der Bevölkerung (Destatis 2017a, Destatis 2017b und eigene Berechnungen), Stand 31.12.2017.

| Zahl der haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsverträge nach § 119b in Sachsen | | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Q3 2016 | Q4 2016 | Q1 2017 | Q2 2017 | Q3 2017 | Q4 2017 |
| Hausärztliche Verträge | 20 | 48 | 77 | 94 | 107 | 122 |
| Mittelbereiche ohne Vertrag | 32 | 27 | 20 | 18 | 14 | 12 |
| Fachärztliche Verträge | 7 | 16 | 29 | 33 | 39 | 43 |
| Mittelbereiche ohne Vertrag | 42 | 39 | 35 | 33 | 32 | 32 |

Tab. 1: Zahl der haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsverträge nach § 119b in Sachsen über sechs Quartale; Zahl der sächsischen Mittelbereiche ohne haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsvertrag über sechs Quartale (Dudey, Rädcl, Priess, Bohm 2019, S. 18 f.).

| Anteil der Pflegeheimbewohner | | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Q3 2016 | Q4 2016 | Q1 2017 | Q2 2017 | Q3 2017 | Q4 2017 |
| Anteil mit Kontakt zum Hausarzt | 98% | 98% | 98% | 97% | 98% | 98% |
| Durchschnittliche Zahl der Hausarztkontakte | 4,6 | 4,5 | 4,6 | 4,3 | 4,4 | 4,3 |
| Anteil mit Kontakt zu mindestens einer von sechs Facharztgruppen | 72% | 71% | 71% | 72% | 72% | 72% |
| Durchschnittliche Zahl der Kontakte zu mindestens einer von sechs Facharztgruppen | 1,7 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,7 | 1,7 |
| Anteil mit mindestens einer Leistung aus Kapitel 37.2 EBM (119b-Kooperation) | 1,4% | 4,9% | 7,2% | 10,1% | 11,6% | 12,7% |

Tab. 2: Anteil der Pflegeheimbewohner an den Sächsischen Versicherten der AOK PLUS, für die mindestens eine der genannten Leistungen abgerechnet wurde, und durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte pro Pflegeheimbewohner (Die erwähnten sechs Facharztgruppen sind Neurologie, Psychiatrie, Dermatologie, HNO, Urologie und Augenheilkunde).

den Gmünder Ersatzkasse (GEK) haben die Autoren des GEK-Pflege-reports 2008 (Rothgang et al. 2008, S. 210, sowie Abb. 81, S. 191) festgestellt, dass „pflegebedürftige Heimbewohner – auch bei Kontrolle von Alter und Geschlecht – signifikant mehr [allgemeinmedizinische] Behandlungsfälle [als ambulant Gepflegte bzw. Menschen ohne Pflegeleistung] aufweisen. Dieser Unterschied bleibt auch bei Berücksichtigung wichtiger Krankheiten bestehen. Der Vergleich mit den Nicht-Pflegebedürftigen und den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege bietet somit keinen Hinweis auf eine Unterversorgung der Heimbewohner mit allgemeinärztlichen Untersuchungen und Behandlungen. Auch die Absolutzahl der Behandlungsfälle entspricht knapp den diesbezüglich erhobenen Forderungen. Bei den Frauen liegt die Zahl der Behandlungsfälle je nach Alter im Bereich von 3,6 bis 4 [pro Jahr] und bei den Männern sogar noch darüber zwischen 3,9 und 4,6 [pro Jahr].“

Die verwendeten Daten stammen aus dem Jahr 2006, also vor Einführung des § 119b im SGB V. Bei der auf Sachsen fokussier-

ten Untersuchung zehn bzw. elf Jahre später lag der Anteil der AOK PLUS-versicherten Pflegeheimbewohner mit mindestens einem Hausarztkontakt in den Quartalen Q3 2016 bis Q4 2017 zwischen 97% und 98%. Auch das ist kein Beleg für eine Unterversorgung der Heimbewohner im Bereich der hausärztlichen Leistungen.

Die entsprechende Quote in Sachsen von Versicherten mit mindestens einem Facharztkontakt mit einem oder mehreren der geriatrisch besonders relevanten Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie, Dermatologie, HNO, Urologie oder Augenheilkunde lag im gleichen Zeitraum zwischen 71% und 72%. Über 45 sächsische Mittelbereiche betrachtet weisen diese Zahlen eine im hausärztlichen Bereich geringe und im fachärztlichen Bereich etwas größere Varianz auf. Analysiert man dagegen die sechs genannten Facharztgruppen getrennt, ergeben sich erwartbar größere regionale Varianzen (Dudey, Rädcl, Priess, Bohm 2019, S. 49 ff.). Die Existenz dieser Varianzen heißt konkret, dass entsprechende Versorgungsprobleme in den betroffenen Regionen bestehen.

Andere Untersuchungen zur Kontakthäufigkeit von Pflegeheimbewohnern mit dem vertragsärztlichen System ergaben ähnliche Werte. Aus bundesweiten AOK-Daten wurde ermittelt, dass 98,4% der stationär gepflegten Pflegebedürftigen im Durchschnitt über das Jahr 2017 pro Quartal mindestens

einen Kontakt mit einem Vertragsarzt hatten, davon 96,5% mit einem Hausarzt (einschließlich hausärztlich tätige Internisten) und 70,9% mit einem Facharzt (Tsiasioti 2019, S. 279 f.). Mindestens einen Kontakt mit einem Facharzt für Neurologie hatten 30,1% der Pflegeheimbewohner; der entsprechende Wert für Sachsen betrug 41% (Dudey, Rädcl, Priess, Bohm 2019, S. 51).

In der Gruppe der Pflegeheimbewohner wurden Versicherte, die im Rahmen eines 119b-Kooperationsvertrags ärztlich versorgt wurden, dadurch identifiziert, dass für sie im betrachteten Quartal mindestens eine Leistung aus Kapitel 37.2 des EBM abgerechnet worden ist. Die letzte Zeile von Tabelle 2 bildet für Sachsen die Entwicklung des Anteils der Versicherten mit jeweils mindestens einer Leistung aus Kapitel 37.2 EBM über sechs Quartale ab. Die Zunahme der Versorgung im Rahmen von Kooperationsverträgen wird ähnlich wie in den KVS-Auswertungen (s.o. Tabelle 1) in diesen Zahlen deutlich, wenngleich das Niveau weiterhin eher niedrig ist.

Tabelle 2 enthält auch die Quartalszahlen zu den oben erwähn-

ten Anteilen der Versicherten mit Hausarzt- bzw. Facharztkontakten. Die Vergleichbarkeit mit den Anteilen der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus Kapitel 37.2 EBM in der letzten Zeile ist insofern eingeschränkt, als sich aus den Daten für die ersten drei Zeilen in der Tabelle die Behandlungen, die nicht im Pflegeheim stattgefunden haben, sondern in der Arztpraxis, nicht herausrechnen lassen. Solche Konstellationen kommen sowohl in der hausärztlichen als auch in der fachärztlichen Versorgung vor, wenn nämlich ein Pflegeheimbewohner zur Behandlung in die Praxis gebracht wird. Im betrachteten Zeitraum kann von einer erheblichen vertragsärztlichen Unterversorgung der Pflegeheimbewohner nicht die Rede sein. Neben etwa 4,5 Kontakten pro Quartal zum Hausarzt (über die Quartale gemittelt) treten mehr als 1,5 Kontakte zu ausgewählten Fachärzten. Gleichwohl sind damit nicht alle Unterversorgungskonstellationen in Regionen behoben, insbesondere was die Betreuungsdichte durch bestimmte Facharztqualifikationen angeht.

Rettungstransporte und Krankenhausinanspruchnahme

In Fußnote 1 wurde das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel, mit der Einführung des § 119b SGB V der gesetzlichen Krankenversicherung unnötige Transport- und Krankenhauskosten zu ersparen, bereits erwähnt. Die Überprüfung, ob dieses Ziel so erreicht werden konnte, bedarf sicherlich einer längerfristigen Analyse, die verschiedene Faktoren einbezieht. Hier sei nur auf folgendes hingewiesen: In den sechs Quartalen zwischen Q3 2016 und Q4 2017 lag der Anteil der bei der AOK PLUS-versicherten Pflegeheimbewohner mit mindestens einem Transport durch einen Rettungswagen und / oder Notarzteinsatz stabil mit geringen Schwankungen um die 15%. Ein fallender Trend ist nicht zu beobachten. Dasselbe gilt für die durchschnittliche Zahl der Krankenhausfälle je 100 AOK-PLUS-Pflegeheimbewohner, die mit leichten Schwankungen etwa bei 22 liegt (Dudey, Rädels, Priess, Bohm 2019, S. 59-60). Die entsprechende bundesweite Zahl für vollstationär Gepflegte lag 2017 bei 21,3 (Tsiassioti 2019, S. 285).

Ein weiterer Ansatz, mit dem der Antwort auf die Frage der Auswirkungen der Einführung des § 119b SGB V näher gekommen werden sollte, war folgender: Die vorhandenen Regionaldaten über 45 Mittelbereiche in Sachsen wurden auch auf regionale Unterschiede bei der Transporthäufigkeit sowie bei der Krankenhaushäufigkeit untersucht. Die Frage, ob es eine nennenswerte Korrelation zwischen diesen regionalen Unterschieden und den regionalen Unterschieden bezüglich des Anteils der Bewohner, die im Rahmen einer 119b-Kooperation versorgt werden, gab, haben wir nach den Ergebnissen einer grafischen Analyse verneint (Dudey, Rädels, Priess, Bohm 2019, S. 61-62).

Die Universitäten in Oldenburg und in Bremen (Czwikla et al. 2019) gehen in einem von 2017 bis 2020 laufenden Forschungsprojekt der Frage nach, ob Pflegeheimbewohner zu häufig mit dem Rettungsdienst ins Krankenhaus gebracht werden. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass dies der Fall ist (Universität Bremen 2019).

Interviews mit Pflegeheimen und mit Ärzten

Anhand von 21 vor Ort durchgeführten fragebogengestützten Interviews wurde die hausärztliche, die fachärztliche und die zahnärztliche Versorgungssituation in Pflegeheimen untersucht. 12 der Interviews fanden in Dresden bzw. Leipzig statt, die übrigen im ländlichen Raum, und zwar in den Mittelbereichen Weißwasser und Marienberg. 85 angefragte Pflegeheime waren nicht zu einem Interview bereit. Es ist möglich, dass hier Selbstselektionseffekte aufgetreten sind. Heime, die eine gut funktionierende medizinische Versorgung ihrer Heimbewohner vorweisen können, waren möglicherweise eher bereit, an einem Interview teilzunehmen.

In den Interviews wurde die hausärztliche Versorgung der Bewohner durchgehend als zufriedenstellend geschildert, und zwar unabhängig davon, ob ein 119b-Vertrag vorlag oder nicht.

Die fachärztliche Versorgung wurde von den städtischen Pflegeheimen positiver dargestellt als in den auf dem Land geführten Interviews. Der Mangel an Augenärzten allerdings wurde durchgehend beklagt. Einzelne Heime hatten fachärztliche 119b-Verträge abgeschlossen; dies war aber eher die Ausnahme. Ein Teil der Heime, insbesondere in Leipzig, berichtete, dass durch gut funktionierende Kooperationen die Zahl der Notfälle und Krankenseinweisungen „definitiv“ verringert worden sei (Dudey, Rädels, Priess, Bohm 2019, S. 34).

Eine zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen ist praktisch bzw. technisch dadurch erschwert, dass eine apparative Ausstattung wie in der Zahnarztpraxis dort meist nicht vorhanden ist. Gleichwohl berichteten viele der befragten sächsischen Pflegeheime, dass Zahnärzte in ihr Heim kommen und versuchen, eine aufsuchende Grundversorgung sicherzustellen.

Mit sechs Ärzten wurden Interviews telefonisch durchgeführt. Wie bei den Pflegeheimen war die Zahl der für ein Gespräch bereiten Ärzte kleiner als die Zahl der Ablehnungen. Die Ergebnisse können von daher nicht repräsentativ sein. Die Mehrzahl der Arztpraxen in dieser Stichprobe kannten die Möglichkeit, 119b-Kooperationsverträge abzuschließen. Eine Ärztin legte Wert auf den Hinweis, dass sie seit 20 Jahren sehr gut mit einem Pflegeheim zusammenarbeite und dass dies auch ohne 119b-Vertrag vor der Schaffung von Kapitel 37.2 im EBM möglich war (Dudey, Rädels, Priess, Bohm 2019, S. 38).

Die Kommunikation und Kooperation mit den Pflegeheimen beschrieben die befragten Ärzte als positiv und konstruktiv. Zur Erreichbarkeit existierten funktionierende Absprachen. Anrufe außerhalb der Sprechstundenzeit, nachts und am Wochenende kämen selten vor. Die Kontaktmöglichkeiten würden von den Pflegekräften verantwortungsvoll und nur in tatsächlich dringenden Fällen genutzt.

Chronische Wunden sind in der Wahrnehmung der Ärzte ein wichtiges Thema. Ein Arzt verwies auf das Verbesserungspotenzial, das durch Weiterbildung erschließbar sei, angefangen mit dem Personal in den Pflegeheimen sowie der Delegation an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Wundmanager (Dudey, Rädels, Priess, Bohm 2019, S. 39). Auch in anderen Bereichen des ärztlichen und pflegerischen Handelns wurde der Weiterbildung ein hoher Stellenwert zugemessen, zum Beispiel in der Insulintherapie.

I&K-Technologien / Telemedizin in der Pflege

Ein wichtiges Thema im abschließenden Workshop zu dem hier vorgestellten AGENON-Forschungsprojekt in Sachsen waren die pflegerischen und medizinischen Verbesserungsmöglichkeiten, die ein Ausbau der Telemedizin bringen könnte. Auch unter den interviewten Ärzten betonten mehrere die Perspektiven, die diese technischen Möglichkeiten bieten. Dabei verwiesen sie auf die Problematik vieler nicht besetzter allgemeinmedizinischer Vertragsarztsitze in den ländlichen Regionen Sachsens und die mit dem Einsatz von Telemedizin erhoffte bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen.

Der Gesetzgeber geht in dem am 09.11.2018 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) auf diese Fragen ein. Durch dieses Gesetz wurden die Absätze 2a (Vereinbarung verbindlicher Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern) und 2b (Videosprechstunden sollen Verwendung finden) in den § 119b SGB V eingefügt (https://www.buzer.de/7_Pflegepersonal-Staerkungsgesetz.htm).

Ein naheliegendes und zukunftssträchtiges Anwendungsfeld für die Implementierung telemedizinischer Anwendungen mit Videounterstützung und für die Delegation von Leistungen liefert beispielsweise das im vorigen Abschnitt erwähnte Thema Wundversorgung.

Insgesamt spricht viel dafür, dass im Rahmen innovativer Pilotprojekte Defizite in den Kommunikations- und Abstimmungsprozessen beim Medikationsmanagement und beim Krankenhausentlassmanagement durch Informations- und Kommunikationstechnologien reduziert werden können.

Schlussfolgerungen

Die Wirkungen der Einführung des § 119b SGB V durch das 2008 verabschiedete Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, die hier beispielhaft für die Pflege-Versorgungsstrukturen in Sachsen analysiert wurden, sind nicht eindeutig. 122 hausärztliche Kooperationsverträge sind bis Ende 2017 in 33 von 45 sächsischen Mittelbereichen geschlossen worden, und zwar vor allem in den städtisch geprägten Regionen. Mit Fachärzten wurden in 13 von 45 Mittelbereichen 43 Kooperationsverträge geschlossen, und zwar ebenfalls zu einem erheblichen Teil in Städten.

Weniger „weiße Flecken“ auf der Landkarte der sächsischen Mittelbereiche, nämlich nur drei, gab es Ende 2017 bezüglich der Exis-

tenz von vertragszahnärztlichen Kooperationsverträgen. Insgesamt 200 geschlossene Verträge verteilen sich auf 42 Mittelbereiche.

Auswertungen von Krankenkassendaten zeigen, dass von einer dramatischen oder flächendeckenden Unterversorgung der Pflegeheimbewohner zumindest im hausärztlichen Bereich nicht die Rede sein kann. Das gilt sowohl aktuell als auch für die Zeit vor 2008. Dabei muss die Auswertungseinschränkung in den Daten beachtet werden, dass nicht differenzierbar ist, in welchem Umfang die vertragsärztliche Versorgung nicht nur im Pflegeheim, sondern zum Teil auch in der Arztpraxis stattfindet, die Pflegeheimbewohner also in die Praxis gebracht werden.

Rettungsdienstesätze und Krankenhausaufenthalte sind Ereignisse, die für Bewohner von Pflegeheimen häufiger auftreten als in der übrigen Bevölkerung gleichen Alters. Etwa 15% (Rettungsdienst) bzw. 21% (Krankenhausaufenthalt) der Pflegeheim-Bewohner sind innerhalb eines Jahres davon betroffen. Das gesundheitspolitische Ziel besteht darin, insbesondere „ambulant-sensitive“ Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, also solche, die durch Vorsorge oder rechtzeitige Intervention im ambulanten Sektor behandelbar gewesen wären (Sundmacher und Schüttig, 2015). Die vorliegende Untersuchung ergab keine belastbaren Hinweise darauf, dass durch 119b-Kooperationsverträge an dieser Stelle eine deutliche Verbesserung erreicht wurde.

Interviews in Pflegeheimen und mit Ärzten, die Pflegeheime betreuen, konnten die Ergebnisse aus den statistischen Auswertungen bestätigen und Licht auf weitere Details werfen. Deutlich wurde, dass gute und funktionierende Beispiele der Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Ärzten existieren, unabhängig von der Existenz eines 119b-Kooperationsvertrags.

Der Aufbau telemedizinischer Anwendungen bietet nach Auffassung von Pflegefachleuten ein Potenzial, knappe Ressourcen rund um die Versorgung von Menschen im Pflegeheim effizienter einzusetzen. <<

Quellen

- ¹ Vgl. Gesetzesbegründung in Bundestagsdrucksache 16/7439, S. 97: „Die neue Vorschrift des § 119b zielt darauf ab, die gelegentlich als unzureichend beschriebene ambulante ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zu verbessern, Schnittstellenprobleme abzubauen und gleichzeitig der gesetzlichen Krankenversicherung unnötige Transport- und Krankenhauskosten zu ersparen“. <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/074/1607439.pdf>
- ² Der Sächsische Landesentwicklungsplan 2013 weist 45 Mittelbereiche aus. „Mittelbereich“ ist ein Begriff aus der Raumordnung. Typischerweise wird damit ein Verflechtungsbereich um ein Mittelzentrum bezeichnet, „in dem eine ausreichende Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des gehobenen Bedarfs erfolgen soll“ (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, www.bbsr.bund.de).

Medical care and dental care for nursing home residents in Germany

Medical care and dental care for nursing home residents in Germany has for some time been believed to be deficient. Legislation concerning Germany's statutory health insurance has attempted to alleviate this situation by introducing a new form of "cooperation contracts" in 2008. Contrary to this widespread belief we found care for residents both in rural areas and in urban areas in the South-Eastern state of Sachsen in Germany to be mostly available, independent of the existence of the new cooperation contracts established in 2008. Still, medical specialists for a number of fields remain rare, for example ophthalmologists. The study also found a number of fields where implementation of telemedicine might help to improve care and utilize resources more efficiently.

Keywords

nursing home, medical and dental care, telemedicine

Literatur

- Czwikla J, Schulz M, Heinze F, et al 2019: Needs-based provision of medical care to nursing home residents: protocol for a mixed-methods study. *BMJ Open* 2019;9:e025614. doi:10.1136/bmjopen-2018-025614
- Destatis 2017a: Pflegebedürftige nach Leistungsart und Geschlecht, Tabelle 22411-02-04-4 aus www.regionalstatistik.de
- Destatis 2017b: Bevölkerung nach Geschlecht, Tabelle 12411-01-01-4 aus www.regionalstatistik.de
- Dudey S, Rädcl M, Priess HW, Bohm S (2019) Studie zur Evaluierung vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen gemäß § 119b SGB V. Untersuchung im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz. publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/33640
- Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R: GEK-Pflegereport 2008. Asgard-Verlag 2008
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: „Über-, Unter- und Fehlversorgung“. Zitiert nach Bundestagsdrucksache 14/6871, dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/068/1406871.pdf
- Sundmacher L, Schüttig W (2015) Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 11:1415–1423. doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.007
- Tsiasioti C, Behrendt S, Jürchott K, Schwinger A (2019) Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K et al., *Pflege-Report 2019*, Wissenschaftliches Institut der AOK, Springer Open. <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/2019/>
- Universität Bremen 2019: Zu häufig mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus. Von Karla Götz. www.uni-bremen.de/de/universitaet/hochschulkommunikation-und-marketing/aktuelle-meldungen/detailansicht/news/detail/News/zu-haeufig-mit-dem-rettungswagen-ins-krankenhaus/

Autorenerklärung

Die 2019 veröffentlichte Evaluation vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen gemäß § 119b SGB V für das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, auf der dieser Beitrag in wichtigen Teilen beruht, entstand bei AGENON, Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH. Der Autor ist als selbstständiger Wissenschaftler unabhängig und nicht Vertreter von AGENON.

Dr. rer. oec. Stefan Dudey

ist freiberuflich tätig im Bereich der Analyse von Gesundheitsdaten. Er hat in Köln und in Konstanz Volkswirtschaft studiert und danach an der Ruhr-Universität Bochum promoviert. Zwischen 1995 und 2017 war er u.a. Mitarbeiter im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin, und Abteilungsleiter Versorgungsforschung für verschiedene Ersatz- und Ortskrankenkassen. Im Rahmen seiner selbständigen Tätigkeit hat er für AGENON und für andere Auftraggeber gearbeitet. Kontakt: berater@stefandudey.de



Prof. Dr. Johannes Gräske MSc Epidemiologie
Katja Nisius BA
Dr. Dipl.-Psych. Dagmar Renaud

Bauernhöfe für Menschen mit Demenz – Ist-Analyse zu Verteilung und Strukturen in Deutschland

Eine neue Entwicklung, die vor allem im europäischen Ausland weiter vorangeschritten ist, stellt die Versorgung für Menschen mit Demenz im Setting Bauernhof dar. „Unter Bauernhöfen für Menschen mit Demenz werden alle naturbezogenen Versorgungsangebote zum Erhalt und zur Förderung von Gesundheit und Lebensqualität verstanden. Maßgebliche Bestandteile sind landwirtschaftliche, pflegerische und soziale Komponenten“ (Gräske et al. 2018). In Europa haben sich sowohl in den Niederlanden als auch in Norwegen bereits entsprechende Versorgungskonzepte für Menschen mit Pflegebedarf entwickelt. Die Zahl solcher Einrichtungen wird für die Niederlande mit ca. 1.000 Pflegebauernhöfen angegeben, von denen ca. 250 Höfe Leistungen speziell für Menschen mit Demenz anbieten. In Norwegen wird von ca. 1.100 solcher Pflegebauernhöfe ausgegangen (Hassink, van Dijk 2006; Haubehofer et al. 2010). Dieses Versorgungskonzept hatte ihren Ursprung zunächst in der Versorgung von Menschen mit Lernschwäche und/oder psychischen Erkrankungen (z.B. Suchtproblemen oder Depressionen) (Buist et al. 2018; Hassink et al. 2012). Heute ist das Angebot breiter und umfasst zunehmend auch ältere Menschen mit einem Pflegebedarf und auch Demenz.

>> Döveling gibt für Deutschland an, dass es circa 160 „Pflegebauernhöfe“ gibt (Döveling 2017). Unklar bleibt, woher diese Zahl stammt und somit auch, wie belastbar diese Angabe ist. Der Versorgungsansatz für Menschen mit Demenz auf dem Bauernhof erfolgt unterschiedlich. Zunächst gibt es rein stationäre Einrichtungen mit allen dazugehörigen Auflagen (bspw. der Heimpersonalverordnung). Hier erfolgt eine 24-Stunden-Betreuung auf dem Bauernhof. Ähnlich verhält es sich beim Konzept der ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Diese unterliegen den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen der Wohnteilhabegesetze. Weiterhin finden im europäischen Ausland Konzepte der Kurzzeit- oder Tagespflege sowie Urlaube für Menschen mit Demenz Anwendung. Aus den jeweiligen Versorgungsformen ergeben sich in Deutschland die Anforderungen an bspw. Personalausstattung, Qualitätsmanagement oder Hygienevorschriften. Die Versorgung findet

Zusammenfassung

Alternativ zu traditionellen Pflegeeinrichtungen, die häufig nicht adäquat auf die Bedürfniskomplexität von Menschen mit Demenz reagieren können, haben sich Bauernhöfe mit einer naturbezogenen Versorgung entwickelt. Erste Studien aus dem europäischen Ausland zeigen positive Effekte auf Lebensqualität und Appetit der Bewohnerinnen und Bewohner. Bislang sind sowohl Anzahl als auch regionale Verteilung solcher Bauernhöfe in Deutschland unklar gewesen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist das Schließen dieser Forschungslücke. Die Ist-Analyse erfolgte im zweiten Halbjahr 2018 mittels explorativer Internetrecherche sowie telefonischer bzw. schriftlicher Kontaktaufnahme zu unterschiedlichen Institutionen zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), zu Landwirtschaftskammern, Heimaufsichtsbehörden, Landeszentralen für Gesundheitsförderung, Bundes- und Landesministerien, Pflegestützpunkten, Bauernverbänden, Alzheimer Gesellschaften etc. Die ermittelten Bauernhöfe wurden schriftlich bzw. telefonisch bezüglich ihrer Struktur befragt. Insgesamt konnten 34 Bauernhöfe für Menschen mit Demenz identifiziert werden. Die meisten Höfe gibt es in Schleswig-Holstein (n = 12), Bayern (n = 8) und Nordrhein-Westfalen (n = 5). In n = 5 Flächenländern und allen n = 3 Stadtstaaten gibt es keine Angebote. An der anschließenden Befragung beteiligten sich 50 % (n = 17) der identifizierten Höfe. Am häufigsten werden niedrighschwellige Betreuung (n = 9) sowie vollstationäre Versorgung (n = 4) angeboten. Beschäftigungsangebote für die Bewohnerinnen und Bewohner sind Kontakt zu Tieren (n = 15), Anbau (n = 4) sowie Ernte (n = 11) von Obst und Gemüse. Die Daten zeigen eine regionale Ungleichverteilung vorhandener Angebote. Es ist Aufgabe der Gesundheitspolitik, Maßnahmen zur Angebotssteuerung zu ergreifen. Weitere Studien, insbesondere zu möglichen Effekten dieser Versorgungsform auf die Menschen mit Demenz, sind notwendig.

Schlüsselwörter

Bauernhof, Lebensqualität, Menschen mit Demenz, regionale Verteilung, Versorgungsform

meist parallel zur landwirtschaftlichen Produktion statt. Hassing et al. haben hierzu eine Einordnung vorgenommen. Hauptsächlich landwirtschaftliche Produktion liegt vor, wenn der Anteil der pflegerischen Leistungen 25 % der Gesamtleistungen nicht überschreitet. Umgekehrt liegt der Hauptfokus auf den pflegerischen Leistungen, wenn der Anteil der landwirtschaftlichen Produktion 25 % der Gesamtleistung nicht überschreitet (Hassink et al. 2012).

Aufbau eines Bauernhofes für Menschen mit Demenz

Der Aufbau von Bauernhöfen für Menschen mit Demenz ist von vielen Faktoren abhängig. Dazu gehören natürlich in erster Linie nationale Regularien. Buist et al. (2018) haben folgende fördernde und hemmende Faktoren für den Aufbau und Betrieb von Bauernhöfen identifiziert (siehe Tabelle 1).

Auch wenn die jeweilige Ausgestaltung länderspezifisch ist, sind die Kategorien dennoch übertragbar und somit als Leitfaden hilfreich. Hinzu kommen noch die unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten. Diese unterscheiden sich sicherlich und sind sehr von den zuvor schon dargestellten Versorgungsformen abhängig.

| Fördernde und hemmende Faktoren zum Aufbau eines Bauernhofes | |
|--|--|
| Dimension | Kategorien |
| Sozialer Kontext | <ul style="list-style-type: none"> • Einverständnis und Bereitschaft, Dinge zu verändern • Zeit, Aktivitäten zu beaufsichtigen • Umfang mit dem Ehrenamt oder informell Pflegende einbezogen werden • Flexibilität der Organisationsstrukturen • Engagement der Leitungskräfte in Pflegeaktivitäten • Anzahl der Leitungskräfte • Rolle des Personals im Veränderungsprozess • Training des Personals • Philosophie der Bewegungsfreiheit von Personen mit Demenz |
| Umwelt und Aktivität | <ul style="list-style-type: none"> • Grad der Urbanisation • Gegend, wo der Bauernhof gelegen ist • Anteil der Aktivitäten, die in der Natur veranstaltet werden • Anteil an zusätzlichen Materialien für Aktivitäten |
| Personal | <ul style="list-style-type: none"> • Innovation und Adaption • innovative Ideen und progressives Denken • Level of Commitment mit Menschen mit Demenz |
| Menschen mit Demenz | <ul style="list-style-type: none"> • Schweregrad der Demenz |
| Ökonomischer und politischer Kontext | <ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein von Risiko- und Sicherheitsbestimmungen |

Tab. 1: Fördernde und hemmende Faktoren zum Aufbau eines Bauernhofes (Buist et al. 2018).

Alltag auf dem Bauernhof für Menschen mit Demenz

Der Versorgungsansatz verbindet landwirtschaftliche Tätigkeiten mit gesundheitlichen Aspekten (de Bruin et al. 2010a; Hassink, van Dijk 2006; Haubenhof et al. 2010). Als landwirtschaftliche Tätigkeiten werden alltägliche Aufgaben zur Instandhaltung, aber auch der landwirtschaftlichen Produktion gezählt. Dazu zählen Tätigkeiten wie die Fütterung der Tiere, das Melken der Kühe, tägliches Einsammeln von Hühnereiern oder Gartenarbeit. Hinzu kommen Tätigkeiten wie aus gesammelten Früchten Marmelade herzustellen oder Kuchen zu backen (de Boer et al. 2017a). Somit wird die Versorgung in den Alltag integriert und pflegerische Leistungen stehen nicht im Vordergrund. Die Mobilisation wird mit einem Gang zum Einsammeln der Hühnereier, also mit einer natürlichen Handlung, verbunden.

Weiterhin treffen die Bewohner/innen von Bauernhöfen automatisch mit Personengruppen zusammen, die typischerweise nicht in einer Pflegeeinrichtung tätig sind. So sind regelmäßig Veterinärmediziner/innen ebenso auf dem Hof tätig wie bspw. Milchlastwagenfahrer/innen oder landwirtschaftliches Personal. Weiterhin kommen ehrenamtlich Aktive, Familienmitglieder oder Nachbarn, die im Hofladen einkaufen wollen, in Kontakt mit den Bewohnern/innen. Somit entstehen auf natürliche Art zusätzlich zu den klassischen Kontakten zu Pflegepersonen soziale Interaktionen zu weiteren Personengruppen (Buist et al. 2018). Die Betonung der alltäglichen Tätigkeiten führt dazu, dass Bewohner/innen ihre Lebensumgebung anders wahrnehmen: "It is in a sort of way, very common here, and I find it very ple-

asant. Everything happens so naturally. I don't think so much of it as a day care" (Myren et al. 2017).

Versorgungsauscomes

Bewohner/innen profitieren auf unterschiedliche Art vom Leben auf den Höfen. Die Verbindung von alltagsnahen Tätigkeiten und Versorgung führt dazu, dass sich Bewohner/innen zugehörig und innerhalb der Bewohnerschaft auch verantwortlich fühlen. Darüber hinaus beschreiben Bewohner/innen ein höheres Selbstwertgefühl, da sie durch ihre Tätigkeiten, wie dem Milchholen, etwas zurückgeben und somit keine reinen Pflegeleistungsempfänger/innen sind (Buist et al. 2018). Durch die Zubereitung von Mahlzeiten wird der Appetit der Bewohner/innen angeregt. Dies geschieht vorrangig durch die Ansprache unterschiedlicher Sinne, wie dem haptischen, dem Geruchs- und Geschmackssinn. Im Vergleich zu traditionellen Tagespflegeeinrichtungen wiesen die Bewohner/innen von Bauernhöfen einen besseren Appetit und eine höhere Trinkmenge auf (De Bru-

in et al. 2010b). Weiterhin zeigt sich, dass weniger Bewohner/innen von Bauernhöfen fixiert werden als in stationären Einrichtungen (3% vs. 7%), aber etwas mehr antipsychotische Medikamente erhalten (23% vs. 21%) (de Boer et al. 2017a). Im Vergleich zeigen sich in traditionellen stationären Pflegeeinrichtungen häufiger passive Aktivitäten als auf dem Bauernhof, wie z.B. Sitzen im Sessel oder Liegen auf dem Sofa. Zusätzlich sind Menschen mit Demenz auf dem Bauernhof häufiger in Aktivitäten im Haushalt (Zubereitung von Mahlzeiten, Kuchenbacken etc.) und ebenso in Aktivitäten außerhalb des Hauses (Gärtnern, Ernten etc.) als in den stationären Pflegeeinrichtungen involviert. Allerdings führen die häufigeren Aktivitäten bspw. im Garten dazu, dass Bewohner/innen von Bauernhöfen häufiger stürzen als in stationären Pflegeeinrichtungen (18% vs. 10%). Dennoch zeigt sich sowohl in der Selbst- (Quality of Life Alzheimers Disease: 37,6 vs. 35,2 Punkte) als auch in der Fremdeinschätzung (32,5 vs. 29,1 Punkte) eine bessere Lebensqualität als in traditionellen Einrichtungen (de Boer et al. 2017b; de Boer et al. 2017a).

Internationale Ergebnisse zeigen, dass die Versorgung von Menschen mit Demenz auf einem Bauernhof ein vielversprechender Ansatz zur Verbesserung der Versorgung sein kann. Für Deutschland fehlen bislang verlässliche Zahlen derartiger Angebote. Daher ist das Ziel der vorliegenden Arbeit, den Ist-Stand über Versorgungsangebote auf Bauernhöfen für Menschen mit Demenz in Deutschland im Jahr 2018 zu erfassen, um eine Basis für die Weiterentwicklung dieses Versorgungsangebotes zu ermöglichen. Leitende Forschungsfragen sind:

- Seit wann gibt es Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz auf einem Bauernhof und wie ist die regionale Verteilung in Deutschland?

- Welche Strukturen bieten Bauernhöfe bei der Versorgung von Menschen mit Demenz?
- Welche Charakteristika weisen Menschen mit Demenz auf dem Bauernhof auf?
- Welche Beschäftigungsangebote bieten Bauernhöfe für Menschen mit Demenz?

Methoden

In die Ist-Stand-Erhebung wurden Bauernhöfe eingeschlossen, die unterschiedliche Zielgruppen, aber vor allem Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz anbieten. Dabei wurde die Art des Angebotes bewusst offengelassen und Bauernhöfe mit einer 24-Stunden-Versorgung wurden ebenso erfasst wie stundenweise Angebote. Neben einer Internetrecherche wurden in jedem Bundesland die Medizinischen Dienste der Krankenkassen und die Landwirtschaftskammern kontaktiert und um Kontakte zu entsprechenden Bauernhöfen gebeten. In einem dritten Schritt wurden Heimaufsichten und Landeszentralen für Gesundheitsförderung kontaktiert und um Unterstützung gebeten. Parallel dazu wurden über eine E-Mail-Befragung Pflegestützpunkte, Alzheimer Gesellschaften und Demenznetzwerke kontaktiert und ebenfalls um Unterstützung gebeten (siehe Abbildung 1).

Die ermittelten Bauernhöfe wurden telefonisch und/oder posta-

lisch kontaktiert und über die bevorstehende Befragung aufgeklärt. Die standardisierte Befragung erfolgte schriftlich bzw. telefonisch innerhalb eines Erhebungszeitraums von vier Wochen. Anschließend wurden alle Höfe nochmals kontaktiert und an die Befragung erinnert.

Der Fragebogen richtete sich an alle ermittelten Versorgungsangebote und umfasste:

- Strukturdaten der Einrichtung (räumliche Struktur, Angebotsform, Einteilung nach Hassink et al. (2012) etc.)
- Strukturdaten der Bewohner/innen (Aufnahmekriterien, Alter, Geschlecht, Erkrankung etc.)
- Beschäftigungsangebote für Menschen mit Demenz (innerhalb bzw. außerhalb von Gebäuden).

Im Rahmen der Befragung erfolgte ausschließlich eine Ist-Stand-Erhebung in kumulierter Form. Eine Datenerhebung auf Personenebene fand nicht statt. Somit werden sowohl den Datenschutzrichtlinien als auch den Richtlinien der Forschungsethik (bspw. Ethikkodex der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften) Rechnung getragen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 34 Bauernhöfe mit Angeboten für Menschen mit Demenz identifiziert. Am häufigsten wurden derartige Versor-

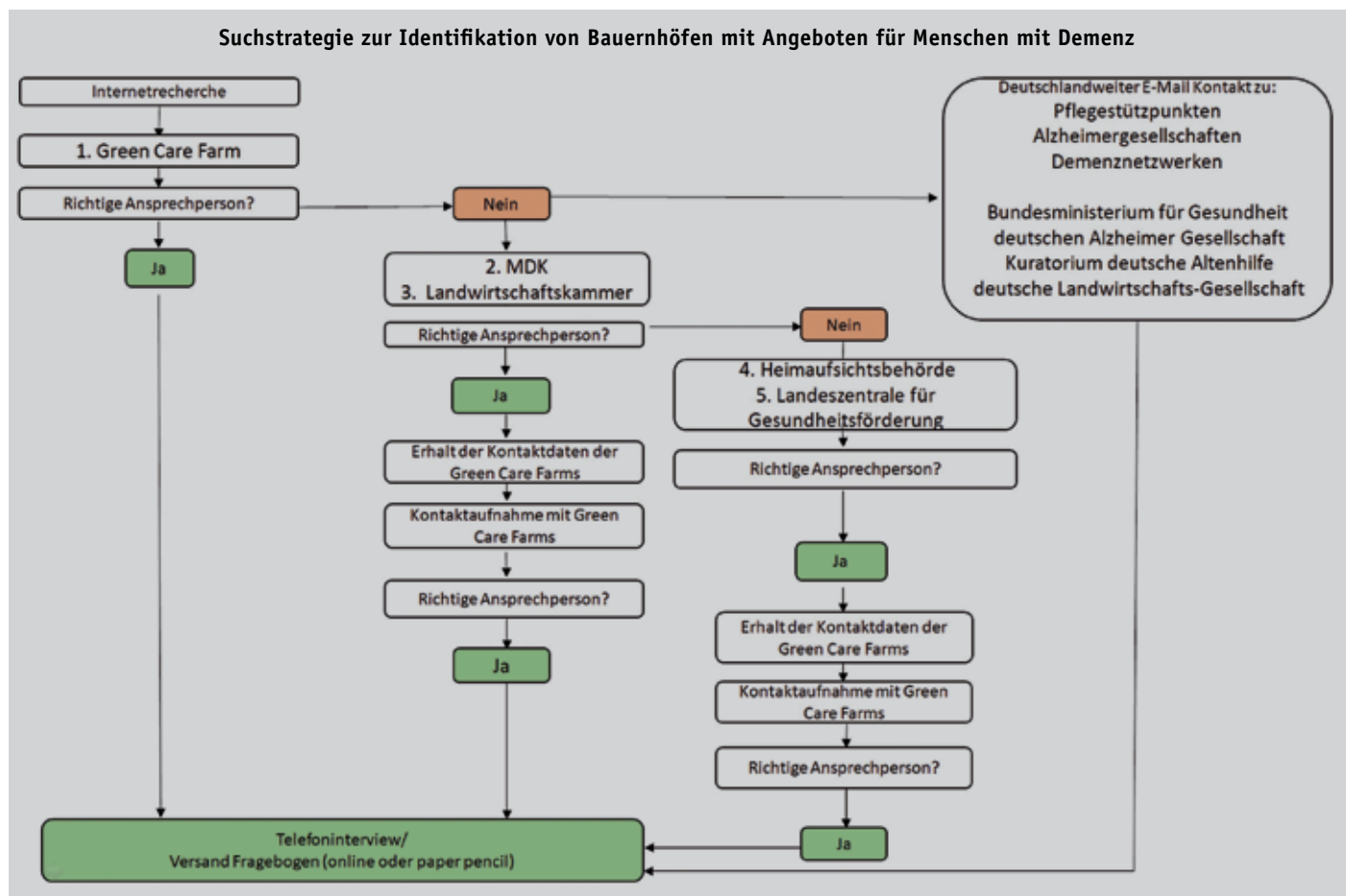


Abb. 1: Suchstrategie zur Identifikation von Bauernhöfen mit Angeboten für Menschen mit Demenz.

gungsangebote über das Internet (n = 29) identifiziert. Weitere Quellen waren die Heimaufsichtsbehörde (n = 1), ein Pflegestützpunkt (n = 1), der Kommunale Sozialverband Sachsen (n = 1), die Fachstelle Altern und Pflege im Quartier in Brandenburg (n = 1) und der Demenzatlas in Hessen (n = 1). In den Flächenländern Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen wie auch in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg konnte kein Angebot identifiziert werden (siehe Abbildung 2). In den übrigen Bundesländern gibt es insgesamt 34 identifizierte Bauernhöfe mit Angeboten für Menschen mit Demenz. Die häufigsten Angebote sind in Schleswig-Holstein (n = 12), Bayern (n = 8) und Nordrhein-Westfalen (n = 5) zu finden.



Abb. 2: Anzahl an Bauernhöfen mit Angeboten für Menschen mit Demenz nach Bundesland.

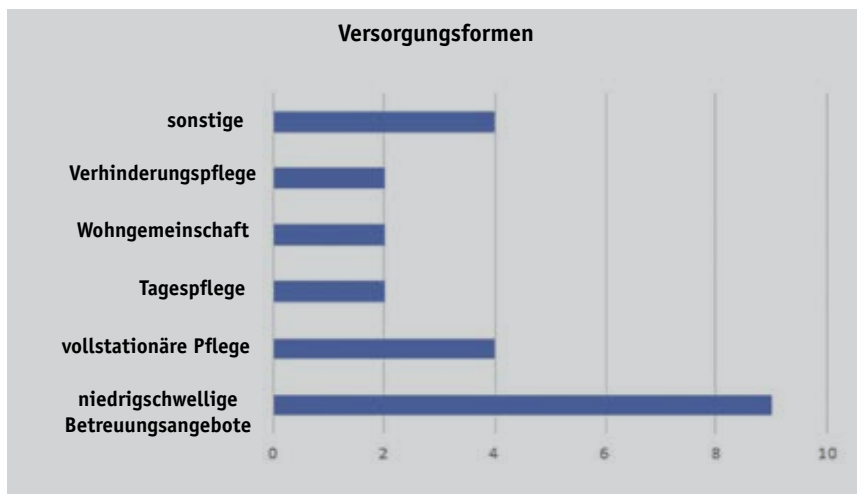


Abb. 3: Versorgungsformen (n = 17, Mehrfachnennungen)

Struktur

17 Bauernhöfe haben an der Befragung teilgenommen (Rücklaufquote 50 %). Die angebotenen Versorgungsformen sind in der Abbildung 3 dargestellt. Die Mehrheit der Auskunft gebenden Bauernhöfe bietet niedrigschwellige Betreuung an (n = 9), gefolgt von vollstationären Einrichtungen sowie sonstigen Versorgungsformen (jeweils n = 4). Zu den sonstigen Formen sind Ferienwohnungen, Weiterbildungsangebote aber auch sozialpädagogische Angebote im Bereich der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zu zählen. Die Haupteinnahmequelle liegt bei zehn Höfen (58,8 %) bei Einnahmen aus den zuvor aufgeführten Angeboten. Drei Höfe (17,7 %) geben an, dass die Versorgung nur eine geringe Einnahmequelle (< 25 %) ist, während ein Hof dies als Hauptquelle angibt. Von den teilnehmenden Höfen bietet einer seit 1999 Angebote für Menschen mit Demenz an und kann somit als der erste derartige Hof angesehen werden.

Auf allen teilnehmenden Bauernhöfen (n = 17) gibt es Ställe bzw. Tierhaltung. Hinzu kommen Gärten/Wiesen (n = 8) sowie Kräuterbeete/Obstbäume (n = 3).

Bewohner/innen

Zunächst wurde erfragt, welche Gründe gegen die Aufnahme von neuen Nutzer/innen sprechen. Die häufigsten Gründe sind fehlende eigenständige Mobilität (n = 11), fremd- (n = 10) bzw. selbstgefährdendes (n = 7) Verhalten sowie akutes Suchtverhalten (n = 8). Die Teilnehmenden geben an, dass mehrheitlich weibliche Personen und durchschnittlich 80-Jährige die Angebote nutzen. Die meisten Höfe leben den integrativen Ansatz, also die Versorgung von Menschen mit und ohne Demenz. Auf allen Höfen nutzen Menschen mit allen Schweregraden einer Demenz die Angebote. Für Menschen ohne Demenz liegt bei den Höfen meist ein Schwerpunkt auf Depression (n = 6) oder Autismus (n = 5). Weitere Angebote richten sich an Menschen mit Suchtproblematiken (n = 4), Lernschwächen (n = 4), Burnout (n = 3) oder Langzeitarbeitslosigkeit (n = 1).

Beschäftigungsangebote

Zunächst wurden Beschäftigungsangebote außerhalb von Wohngebäuden erfragt. Nahezu alle Höfe (n = 15) geben den Kontakt zu Tieren als wichtiges Beschäftigungsangebot an. Weitere Angebote sind Ernte (n = 11) sowie Anbau (n = 4) von Obst und Gemüse. Im Wohngebäude wird auf vielen Höfen mit den geernteten Produkten gekocht/gebacken (n = 9) oder diese werden weiterverarbeitet (n = 3). Außerdem wird die generelle Hilfe der Bewohner/innen im Haushalt vermehrt als Beschäftigungsangebot genannt (n = 4).

Diskussion

In der vorliegenden Arbeit sollte ein Überblick über den derzeitigen Stand der Versorgung von Menschen mit Demenz auf einem Bauernhof gegeben werden. Erstmals liegen für Deutschland Zahlen zu Bauernhöfen mit Angeboten für Menschen mit Demenz vor. Die Anzahl identifizierter Höfe zeigt allerdings im internationalen Vergleich, dass diese Versorgungsform sich noch im Entstehungsprozess befindet. So liegt die Zahl von 34 identifizierten Höfen deutlich unter der in den Niederlanden (250 Höfe) (Hassink, van Dijk 2006; Haubehofer et al. 2010), obwohl dieses Land kleiner ist und weniger Einwohner hat. Eine valide Erfassung aller Versorgungsangebote auf Bauernhöfen in Deutschland ist enorm schwierig. Eine konkrete Kategorisierung derartiger Einrichtungen bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung erfolgt nicht. Dies erschwert sowohl die Erfassung als auch die darauf basierende Angebotssteuerung. Hier wäre es wünschenswert, eine zentrale bundesweite Erfassung zu implementieren und somit die Angebotssteuerung zu vereinfachen.

Während der Hof mit dem ältesten Angebot für Menschen mit Demenz schon seit rund 20 Jahren am Markt ist, hat eine flächenmäßige Verbreitung in allen Bundesländern bisher nicht stattge-

funden. In fünf der 13 in Deutschland befindlichen Flächenländern gibt es kein solches Angebot. Ein möglicher Grund für die ungleiche Verteilung können unterschiedliche, vor allem finanzielle, Rahmenbedingungen sein. So gab ein Hof in der vorliegenden Umfrage an, dass die Finanzierung häufig unklar ist. Dabei gibt es seitens des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft im Rahmen der Initiative Ländliche Entwicklung den Schwerpunkt Soziale Dorfentwicklung. Hier ließen sich Bundesmittel für die Entwicklung und Implementation einer solchen Versorgungsstruktur einwerben. Weitere Anschubfinanzierungen und Investitionskostenförderungen können zu einer weiteren Verbreitung dieser Angebote beitragen. Dies ist insbesondere deshalb zu fordern, da auf der einen Seite erste Studienergebnisse aus dem europäischen Ausland positive Effekte für die Nutzer/innen (de Boer et al. 2017a; De Bruin et al. 2010b; Myren et al. 2017) zeigen. Andererseits wird davon ausgegangen, dass sich die Bedürfnisse und Wünsche insbesondere von jüngeren Altersgruppen, also potentiell künftigen Nutzer/innen von Versorgungseinrichtungen, dahingehend verändern, dass kleinräumige, möglichst alltagsnahe Versorgungsformen gegenüber traditionellen Einrichtungen bevorzugt werden (Rudel et al. 2017).

Die aufgezeigte Heterogenität der Angebote von niedrigheligen Betreuungsangeboten bis hin zu stationären Einrichtungen zeigt ebenfalls, dass die Höfe sich noch in der Entwicklung befinden. Somit sind zuverlässige Abschätzungen zu den Kosten eines solchen Angebotes nicht möglich. Allerdings kann dies auch als Indiz verstanden werden, dass noch keine klare Versorgungsstrategie für Bauernhöfe entwickelt wurde. Hier sind sowohl gesundheitspolitische Instanzen als auch Forschungseinrichtungen in der Verantwortung, eine Basis für die Praxis zu schaffen, ihr Angebot auf die tatsächlichen Bedarfe abzustimmen und dafür eine Finanzierungssicherheit zu erhalten. <<

Literatur

- Gräske, J, Renaud, D, Nisius, K Graffe, J (2018): Bauernhöfe Für Menschen Mit Demenz - Green Care Farming Als Versorgungskonzept. In: Pflegezeitschrift, 71, 11: 14-16
- Hassink, J van Dijk, M (2006): Farming for Health across Europe: Comparison between Countries, and Recommendations for Research and Policy Agenda. In: Hassink, J. and van Dijk, M. (Hrsg.) (2006): Farming for Health - Green-Care Farming across Europe and the United States of America. 345-357
- Haubehofer, Dorit Karla, Elings, Marjolein, Hassink, Jan Hine, Rachel Elizabeth (2010): The Development of Green Care in Western European Countries. In: EXPLORE, 6, 2: 106-111
- Buist, Yvette, Verbeek, Hilde, de Boer, Bram de Bruin, Simone R. (2018): Innovating Dementia Care; Implementing Characteristics of Green Care Farms in Other Long-Term Care Settings. In: International Psychogeriatrics, 1-12
- Hassink, Jan, Hulsink, Willem Grin, John (2012): Care Farms in the Netherlands: An Underexplored Example of Multifunctional Agriculture—toward an Empirically Grounded, Organization-Theory-Based Typology. In: Rural Sociology, 77, 4: 569-600
- Döveling, B (2017): Pflege-Bauernhöfe in Den Niederlanden - Ein Vorbild Für Die Altenpflege in Deutschland? In: Pro Alter, 49, 2: 24-26
- de Bruin, Simone, Oosting, Simon, van der Zijpp, Akke, Enders-Slegers, Marie-José Schols, Jos (2010a): The Concept of Green Care Farms for Older People with Dementia: An Integrative Framework. In: Dementia, 9, 1: 79-128
- de Boer, Bram, Hamers, Jan P. H., Zwakhalen, Sandra M. G., Tan, Frans E. S. Verbeek, Hilde (2017a): Quality of Care and Quality of Life of People with Dementia Living at Green Care Farms: A Cross-Sectional Study. In: BMC geriatrics, 17, 1: 155-155
- Myren, G, Enmarker, I, Hellzen, O Saur, E (2017): The Influence of Place on Everyday Life: Observations of Persons with Dementia in Regular Day Care and at the Green Care Farm. In: Health, 9, 261-278
- De Bruin, S. R., Oosting, S. J., Tobi, H., Blauw, Y. H., Schols, J. M. G. A. De Groot, C. P. G. M. (2010b): Day Care at Green Care Farms: A Novelway to Stimulate Dietary Intake of Community-Dwelling Older People with Dementia? In: The journal of nutrition, health & aging, 14, 5: 352-357
- de Boer, Bram, Hamers, Jan P. H., Zwakhalen, Sandra M. G., Tan, Frans E. S., Beerens, Hanneke C. Verbeek, Hilde (2017b): Green Care Farms as Innovative Nursing Homes, Promoting Activities and Social Interaction for People with Dementia. In: Journal of the American Medical Directors Association, 18, 1: 40-46
- Rudel, Miriam, Abraham, Martin Görtler, Edmund (2017): Pflegepräferenzen Und Regionale Mobilität. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50, 3: 200-209.

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Green Care Farms for People with Dementia – A Survey of Distribution and Structures in Germany

Traditional nursing homes often do not meet the complex needs of persons with dementia. As an alternative Green Care Farms providing natur-based health care services for persons with dementia evolved. First studies from European countries outside Germany show benefits regarding quality of life or appetite. The number and regional distribution of such farms in Germany has not been investigated, yet. The study presented here is intended to close this gap in research. The state analysis was conducted within the 2nd half of 2018 by an explorative internet research and additional phone calls or written contacts with Medical Service of the Health Funds (MDK), Chambers of Agriculture, home supervisory authorities, Institutions for Health Promotion, Federal and State Ministries, out-patient counselling service, farmers' associations, Alzheimer's Societies etc. The identified Green Care Farms were sent a questionnaire or contacted by telephone. In total, 34 Green Care Farms for persons with dementia in Germany were identified. Most farms are located in Schleswig-Holstein (n = 12), Bavaria (n = 8) and North Rhine-Westphalia (n = 5). In n = 5 territorial states and all n = 3 city states there aren't any farms available. N = 17 Green Care Farms participated in the survey. Low-threshold opportunities (n = 9) and institutional care (n = 4) were the most frequently provided arrangements. Contact with animals (n = 15), growing (n = 4) and collecting (n = 11) fruits and vegetables were the most frequently offered leisure time activities.

Data show regional differences in available Green Care Farms. It is the Health care politics' duty to support and control care arrangements. Additionally, studies observing effects on persons with dementia living at Green Care Farms are needed.

Keywords

Green Care Farm, quality of life, persons with dementia, regional distribution, care arrangement

Prof. Dr. Johannes Gräske MSc Epidemiologie

ist Krankenpfleger, Pflegewissenschaftler und Epidemiologe. 2014 promovierte er an der Charité-Universitätsmedizin Berlin zum Thema Lebensqualitätsmessung bei Menschen mit Demenz. Von 2016-2019 war er Professor für klinische Pflegeforschung an der HTW des Saarlandes und seit 2019 ist er Professor für Pflegewissenschaften an der ASH Berlin.

Kontakt: graeske@ash-berlin.eu



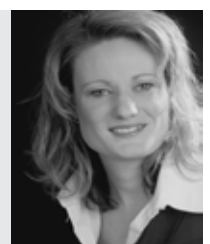
Katja Nisius BA

ist Gesundheits- und Krankenpflegerin. Nach dem Pflegeexamen studierte sie im Bachelor Management und Expertise im Pflege- und Gesundheitswesen an der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes. Sie ist wiss. Mitarbeiterin in dem Projekt Green Care Farming der htw saar. Seit Oktober 2018 studiert sie im Masterstudiengang Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen an der Universität Heidelberg. Zudem arbeitet sie als wissenschaftliche Hilfskraft in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Univ.-Klinikums Heidelberg. Kontakt: katja.nisius@gmx.de



Dr. Dipl.-Psych. Dagmar Renaud

ist examinierte Krankenschwester. Nach Ausbildung und einigen Berufsjahren in der Pflege folgte ein Studium der Psychologie mit anschließender Promotion an der Universität des Saarlandes. Seit 2007 ist sie als wissenschaftliche Koordinatorin am Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft) der sozialwissenschaftlichen Fakultät, Fachbereich Gesundheit und Pflege an der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar) tätig. Kontakt: dagmar.renaud@htwsaar.de



*„Das wäre eine armselige
Wissenschaft, die die große, tiefe,
geheiligte Unendlichkeit des
Nichtwissens vor uns verbergen
wollte, über welcher alle
Wissenschaft wie bloßer
oberflächlicher Nebel schwimmt.“*

Thomas Carlyle
schottischer Philosoph und Historiker
(1795 - 1881)

**Doch lichtet sich der
Nebel mit jeder Ausgabe**

Am besten, Sie **abonnieren gleich***:

www.m-vf.de/abonnement oder per Mail: abo@m-vf.de

* Jahres-Abo mit 6 Ausgaben zum Preis von 90 statt 120 Euro zzgl. Versand (9,99 Euro pro Jahr in Deutschland, Ausland: 54 Euro)

**VERSORGUNGS
monitor FORSCHUNG**

In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat, spectrumK und der Schlüterschen

monitor PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



ALS ABONNENT NUTZEN SIE KOSTENLOS: DAS ONLINE-PORTAL www.monitor-pflege.de

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

Ich möchte „Monitor Pflege“ testen

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

Ich bestelle ein Jahresabonnement

Ich abonniere „Monitor Pflege“ für mindestens ein Jahr (4 Ausgaben) zum Preis von 90,- Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten. Mein Abonnement verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn ich nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Abozeitraumes schriftlich kündige. Nach Begleichung der ersten Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.



Firma

Straße

Telefon

E-Mail (für Passwortübermittlung)

Datum, 1. Unterschrift:

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

Datum, 2. Unterschrift:

Name

PLZ, Ort

Fax

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