

K. Jacobs · A. Kuhlmeier · S. Greß
J. Klauber · A. Schwinger
Hrsg.

Pflege-Report 2021

Sicherstellung der Pflege:
Bedarflagen und Angebotsstrukturen

OPEN ACCESS

 Springer

Pflege-Report 2021

Klaus Jacobs · Adelheid Kuhlmei · Stefan Greß ·
Jürgen Klauber · Antje Schwinger
Hrsg.

Pflege-Report 2021

Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen

Hrsg.

Prof. Dr. Klaus Jacobs
Wissenschaftliches Institut der AOK
Berlin, Deutschland

Jürgen Klauber
Wissenschaftliches Institut der AOK
Berlin, Deutschland

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Berlin, Deutschland

Dr. Antje Schwinger
Wissenschaftliches Institut der AOK
Berlin, Deutschland

Prof. Dr. Stefan Greß
Hochschule Fulda
Fulda, Deutschland



ISBN 978-3-662-63106-5

ISBN 978-3-662-63107-2 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en) 2021. Dieses Buch ist eine Open-Access-Publikation.

Open Access Dieses Buch wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz ([▶ http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de)) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Buch enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort und Einführung

Am 11. März 2020 hat die Weltgesundheitsorganisation WHO die weltweite Verbreitung des neuartigen Coronavirus als Pandemie eingestuft. Spätestens seit diesem Zeitpunkt ist im gesamten öffentlichen und privaten Leben der Menschen nichts mehr so wie zuvor. Dies gilt für die Pflegebedürftigen in ganz besonderer Weise, denn sie stellen zu einem großen Teil aufgrund von Hochaltrigkeit und Multimorbidität eine hochgradig vulnerable Personengruppe dar. Besonders betroffen sind aber auch die pflegenden Angehörigen und alle professionellen Pflegekräfte in den unterschiedlichen Pflege-Settings von ambulant bis stationär. Deshalb ist es selbstverständlich, dass der vorliegende Pflege-Report wesentliche Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Situation in der Pflege und die Folgen für alle Betroffenen in den Blick nimmt.

Dieser Pflege-Report ist jedoch kein „Corona-Report“. Zwar wirkt die mittlerweile schon im zweiten Jahr andauernde Pandemie wie ein Brennglas, unter dem viele – viel zu viele! – Unzulänglichkeiten der bestehenden Versorgung von Pflegebedürftigen überdeutlich werden. Doch handelt es sich dabei in aller Regel keineswegs um Corona-spezifische Defizite im Hinblick auf die akute Bewältigung der Pandemie. Vielmehr werden in den meisten Fällen strukturelle Defizite der Versorgung sichtbar, die schon lange vor Corona bekannt waren. Jetzt tritt ihre Bedeutung vielfach verstärkt zutage und es rächt sich, dass die Versorgungsdefizite von pflegebedürftigen Menschen in der Vergangenheit nicht mit dem gebotenen Nachdruck angegangen worden sind.

Unter dem Schwerpunktthema „Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen“ adressiert der Pflege-Report 2021 die Frage, wie gute Pflege – weit über die akuten Corona-Herausforderungen hinaus – perspektivisch gewährleistet werden kann. Dabei geht es zunächst um bestimmte Aspekte der Pandemie im engeren Sinn. Im zweiten Teil werden spezifische Bedarfslagen von pflegebedürftigen Menschen, aber auch der sie informell und professionell Pflegenden untersucht und im dritten Teil geht es um bestimmte Versorgungsformen und deren Steuerung zur Herstellung von möglichst hoher Bedarfsgerechtigkeit des Angebots.

I: Schwerpunktthema

Zur aktuellen Lage

Im ersten Beitrag des Pflege-Reports 2021 wird auf der Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK ein Abbild der Krisensituation in der Gesundheits- und Pflegeversorgung während der ersten Pandemiewelle von März bis Mai 2020 gezeichnet. Im Blickpunkt von *Raphael Kohl, Kathrin Jürchott, Christian Hering, Annabell Gangnus, Adelheid Kuhlmeier* und *Antje Schwinger* stehen dabei die vollstationär gepflegten Menschen. Diese weisen gegenüber früheren Jahren eine deutlich höhere Sterblichkeit auf und repräsentieren damit zugleich einen nennenswerten Anteil aller COVID-19-Todesfälle in Krankenhäusern. Gleichzeitig ist die Anzahl der Krankenhausaufnahmen von Heimbewohnenden massiv zurückgegangen, was ein erstes Schlaglicht auf eine gesundheitliche Unterversorgung dieser Personengruppe wirft. Der Beitrag liefert die ersten Befunde aus einem durch den

GKV-Spitzenverband geförderten Forschungsprojekt, in dem die Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) eine möglichst umfassende Lagebeschreibung der pandemiegeprägten Situation von Heimbewohnenden, ihren Angehörigen und Pflegekräften anstrebt.

Gegenstand des Beitrags von *Andreas Lob-Hüdepohl* sind pflegeethische Aspekte der COVID-19-Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen. Um schwerste und letale Krankheitsverläufe sowie den Zusammenbruch der Gesundheitsversorgung zu vermeiden, war eine umfassende Strategie der körperlichen Distanz erforderlich, die jedoch selbst zu erheblichen Schäden geführt hat. Denn der aus der Menschenwürde resultierende Anspruch auf Zugehörigkeit zur menschlichen Gemeinschaft wird gerade im Bereich der Pflege über leibliche Berührungen zwischen den Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen sowie den Pflegefachkräften erfahrbar, die jedoch durch die soziale Isolation unterbunden wurden.

In dem Beitrag von *Miriam Räker, Jürgen Klauber* und *Antje Schwinger* geht es um die Lebens- und Versorgungsbedingungen von pflegebedürftigen Menschen im ambulanten und stationären Pflegesetting, die mittels einer Online-Befragung von Pflege- und Bezugspersonen erhoben wurden. Danach ist es in der ersten Welle der Pandemie neben starken Einschränkungen der sozialen Teilhabe von Pflegebedürftigen auch zu Veränderungen in den Pflegearrangements gekommen, einschließlich Einschränkungen bei der gesundheitlichen Versorgung. Beides ist nicht ohne Einfluss auf den wahrgenommenen gesundheitlichen Zustand der Pflegebedürftigen geblieben und hat zu emotionalen Belastungen für deren soziales und pflegerisches Umfeld geführt.

Pflegeprävalenzen und Bedarfslagen

Der Großteil pflegebedürftiger Menschen in Deutschland wird zu Hause gepflegt, überwiegend durch Angehörige. *Simon Eggert, Christian Teubner, Andrea Budnick* und *Paul Gellert* widmen sich in ihrem Beitrag der von ihrer Bedeutung her immer wichtigeren Frage, wie erwerbstätige Angehörige die Übernahme von Pflegeaufgaben mit ihrer Berufstätigkeit vereinbaren können. Wenn es hier Probleme gibt, kann das für die Angehörigen eine große Belastung bedeuten, die bei Vorliegen von Demenz besonders groß ausfällt. Dass es trotz erfolgter Anstrengungen von Gesetzgeber und Unternehmen in dieser Frage noch immer Luft nach oben gibt, hat sich gerade in der Corona-Pandemie gezeigt, denn in diesem Zusammenhang berichten erwerbstätige Angehörige besonders häufig von einer Verschlechterung ihrer Pflegesituation.

Im Beitrag von *Michael Drupp, Markus Meyer* und *Werner Winter* geht es um die professionellen Pflegekräfte, die schon seit Jahren überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten aufweisen. Unter Corona-Bedingungen waren sie besonders großen Arbeitsbelastungen ausgesetzt, verbunden mit der Gefahr, sich selbst zu infizieren. Entsprechend kamen vorbeugenden Arbeitsschutz- und Hygienemaßnahmen in den Betrieben besondere Priorität zu, ebenso wie Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zur psychosozialen Unterstützung und Resilienzstärkung. Die Autoren zeigen auf, wie Unterstützungsangebote in Form hybrider und telefonischer Beratung bereitgestellt wurden. Zudem ziehen sie Schlussfolgerungen für eine weitere Anpassung des BGF-Instrumentariums für die berufliche Pflege über die Pandemiezeit hinaus.

Nicht zuletzt angesichts der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen gilt es Wege zu finden, die Nachfrage nach Pflegeleistungen zu reduzieren, indem präventive und rehabilitative Potenziale möglichst weitgehend ausgeschöpft werden. In diesem Kontext behandelt der Beitrag von *Stefan Blüher, Thomas Stein, Ralph Schilling, Ulrike Grittner* und *Adelheid Kuhlmei* insbesondere die Rolle sozialer Kontexte bei der Entstehung von Pflegebedürftigkeit. Sie sprechen sich für die konsequente Stärkung von sozialen Unterstützungspotenzialen aus, die insbesondere die Gruppe der Alleinlebenden fokussieren sollte, indem gezielt Wohn- und Lebenswelten gefördert werden, die sich durch hohe protektive Potenziale für den Erhalt von Selbständigkeit auszeichnen.

Wie das Case Management als Bestandteil der Pflegeberatung speziell familienbezogene Bedarfslagen berücksichtigen kann, ist Gegenstand des Beitrags von *Katharina Graffmann-Weschke, Marina Otte* und *Anne Kempchen*. Dabei bezieht sich die Betrachtung der Situationen, Herausforderungen und Bedarfe der einzelnen Familienmitglieder in der Pflegesituation auf alle beteiligten Generationen. Beispielhaft werden sensibilisierende Weiterbildungen für die Pflegeberatung vorgestellt und die Bedeutung von Netzwerken für individuelle Bedarfe in der familialen Pflegesituation veranschaulicht.

Angebotsstrukturen

In den vergangenen Jahren hat sich eine Vielzahl an neuen Wohnformen für Pflegebedürftige zwischen Heim und Häuslichkeit entwickelt. Auf der Basis der Erfahrungen aus einem umfassenden Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen gehen *Ursula Kremer-Preiß, Jakob Maetzel* und *Gwendolyn Huschik* der Frage nach, inwieweit hiermit tatsächlich ein Mehrwert gegenüber klassischen Pflegesettings verbunden ist. Dabei konstatieren sie vielfach positive Effekte. So äußerten etwa die Bewohnenden große Zufriedenheit über die Anpassungsfähigkeit der Angebote an individuelle Bedarfe und Lebensgewohnheiten. Auch auf Seiten der Angehörigen und der Beschäftigten konnte ein Mehrwert nachgewiesen werden.

Die zunehmende Bedeutung, die vielfach der Kurzzeitpflege (KZP) zugeschrieben wird, nehmen *Janina Kutzner* und *Miriam Räker* zum Anlass, um sich in ihrem Beitrag mit dieser Pflegeform zu befassen. Dabei beleuchten sie Funktion und Bedeutung der KZP und werfen einen Blick auf das bestehende – regional teilweise recht unterschiedliche – KZP-Angebot und dessen ständig gewachsene Inanspruchnahme. Als Ansatzpunkte für weiteren reformpolitischen Handlungsbedarf identifizieren sie u. a. den gezielten quantitativen Ausbau der KZP, verbunden mit der Entwicklung neuer Versorgungsansätze, bei denen insbesondere das geriatrisch-rehabilitative Potenzial dieser Versorgungsform sehr viel stärker ausgeschöpft werden kann.

Im Beitrag von *Dörte Heger* wird der Wachstumsmarkt Pflege in den Blick genommen. Weil die Anzahl pflegebedürftiger Menschen weiter zunimmt, das Potenzial zur Angehörigenpflege aber gleichzeitig sinkt, stellt sich die Aufgabe, genug personelle und finanzielle Ressourcen zur gezielten Ausweitung professioneller Pflegeangebote zu gewinnen. In Bezug auf den Kapitalbedarf ist privates wie öffentliches Kapital erforderlich. Zur Sicherung des wachsenden Personalbedarfs ist die bessere Bezahlung von Pflegekräften eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung. Auch weiche Faktoren wie Karrieremöglichkeiten, Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Bewältigung der hohen physischen und psychischen Belastung müssen sich verbessern.

Ausgangspunkt des Beitrags von *Jürgen Zerth*, *Peter Jaensch* und *Sebastian Müller* ist die schleppende Umsetzung von vielfältig vorliegenden Pflegeinnovationen in die Pflegepraxis. Die Auswahl und Implementierung von Pflegetechnologien verändert das soziotechnische System Pflege und betrifft somit die handelnden Akteure, die begleitenden Strukturen sowie die durch Technik veränderten Auf- und Ablaufprozesse. Die Diffusion von Technologien erfordert neben der Adaptierbarkeit in einem pflegerischen Setting belastbare Hinweise zur Transferierbarkeit in ähnliche Pflegekontexte. Hier gilt es, systematisches Pflegewissen institutionell zu fördern, um zu einer effektiveren und effizienteren Nutzung von Pflegetechnologien zu kommen.

Renate Stemmer untersucht in ihrem Beitrag die Rolle, die beruflich Pflegende vor dem Hintergrund eines erheblichen Mangels an Pflegepersonen im Zusammenhang mit gravierenden Mängeln der Arbeitsqualität im Hinblick auf notwendige Veränderungen der Pflegeversorgung spielen können. Dabei bewertet sie die Bemühungen zur Erhöhung des Anteils an Assistenzpersonen angesichts äußerst heterogener länderspezifischer Qualifizierungsangebote im Hinblick auf eine ausreichende Pflege- und Versorgungsqualität als offen. Damit die beruflich Pflegenden Treiber von Veränderungen werden können, muss ihr Potenzial qualifikations- und aufgabenbezogen genutzt werden. Hierzu müssen beruflich Pflegende mit hochschulischer Qualifikation auf der Bachelor- und der Masterebene in der bewohnernahen Pflege und Versorgung zwingend integriert werden.

Der Status quo der regionalen Sicherstellung der Pflegeversorgung ist durch ein hohes Maß an Zuständigkeits- und Verantwortungsdiffusion gekennzeichnet. Zu diesem Ergebnis kommen *Stefan Greß* und *Klaus Jacobs* in ihrem Beitrag auf der Grundlage einer Analyse der bestehenden gesetzlichen Regelungen. Vor diesem Hintergrund werden potenzielle Neuordnungen mit Blick auf klare Verantwortlichkeiten diskutiert. Diese bestehen in der Entwicklung und verpflichtenden Anwendung einer Bedarfsplanung für die pflegerische Versorgung, in der gezielten Förderung von Versorgungsangeboten durch die Länder oder über die Versorgungsverträge der Pflegekassen und in einer deutlich verbindlicheren Kooperation der für Gewährleistung bedarfsgerechter Pflegeangebote zentralen Akteure.

Für die Vorhaltung einer leistungsfähigen pflegerischen Versorgungsstruktur sind die Länder verantwortlich, die diesen bundesgesetzlichen Auftrag allerdings zum Teil sehr unterschiedlich umsetzen. *Grit Braeseke*, *Gerhard Naegele* und *Freja Engelmann* geben in ihrem Beitrag einen Überblick über die landesgesetzlichen Regelungen, beschreiben das Spektrum der Handlungsfelder der Pflegeplanung auf Länder- und Kreisebene und stellen anhand von vier Planungskonzepten die dabei genutzten Indikatoren vor. Vor diesem Hintergrund geben sie Handlungsempfehlungen zum konkreten Vorgehen bei der Senioren- und Pflegeplanung auf kommunaler Ebene.

Die weitere Zunahme der Pflegebedürftigkeit bei sich gleichzeitig verändernden Familienstrukturen und bestehendem Fachkräftemangel unterstreicht die wachsende Bedeutung von kleinräumiger und bedarfsgerechter Unterstützung im Quartier. *Heike Wehrbein* und *Melanie Hanemann* porträtieren in ihrem Beitrag Praxisbeispiele, die zeigen, wie gut Quartiersarbeit gelingen kann und wie viel sich durch Vernetzung von Pflege und bürgerschaftlichem Engagement bei unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedarfslagen erreichen lässt.

Ein dezidierter Quartiersbezug steht auch im Zentrum des Beitrags von *Frank Schulz-Nieswandt*, der Eckpunkte und Bausteine einer Vision einer kommunalen Pflegepolitik skizziert, die radikal sozialraumorientiert ist und auf einer Differenzierung der Wohnformenlandschaft im Alter beruht. Plädiert wird für eine Kooperationskultur der Kommunen

und der Sozialversicherungen, die die Marktentwicklungen steuernd einbindet und das Feld transsektoral stärker gemeinwohlwirtschaftlich ausgestaltet.

II: Daten und Analysen

Wie in jedem Pflege-Report liefert der abschließende Beitrag von *Sören Matzk*, *Chrysanthi Tsiasioti*, *Susann Behrendt*, *Kathrin Jürchott* und *Antje Schwinger* ein ausführliches Bild zum Stand der Pflegebedürftigkeit und der gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen in Deutschland. Basierend auf GKV-standardisierten AOK-Daten werden Prävalenz, Verläufe und Versorgungsformen der Pflege sowie Kennzahlen zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen dargestellt. Im Fokus stehen die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen, Polymedikation und Verordnungen von PRISCUS-Wirkstoffen und Psychopharmaka. Die Ergebnisse werden der Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters gegenübergestellt und differenziert nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungssetting ausgewiesen.

Wie immer gilt unser Dank den Autorinnen und Autoren für die Überlassung ihrer Beiträge und die kollegiale Zusammenarbeit. Wir danken allen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des WIdO für ihr Engagement bei der Fertigstellung des Pflege-Reports, insbesondere Susanne Sollmann für die redaktionelle Betreuung. Schließlich gilt unser Dank dem bewährten Team des Springer-Verlags für die professionelle verlegerische Betreuung.

Klaus Jacobs
Adelheid Kuhlmei
Stefan Greß
Jürgen Klauber
Antje Schwinger
Berlin und Fulda
April 2021

Inhaltsverzeichnis

I Schwerpunktthema

1	COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege	3
	<i>Raphael Kohl, Kathrin Jürchott, Christian Hering, Annabell Gangnus, Adelheid Kuhlmei und Antje Schwinger</i>	
1.1	„Die Pandemie hat uns kalt erwischt“	4
1.2	COVID-19 und Hochbetagte	6
1.3	Deskription des Pandemiegeschehens in Pflegeheimen während der Pandemiephase März bis Mai 2020	8
1.3.1	Sterblichkeit von Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege	8
1.3.2	Pflegeheimbewohnende mit COVID-19 im Krankenhaus	12
1.3.3	Auswirkung der COVID-Pandemie auf die Krankenhausversorgung der Pflegeheimbewohnenden	14
1.4	Diskussion und Ausblick	16
	Literatur	18
2	Gerechte Priorisierungen?	21
	<i>Andreas Lob-Hüdepohl</i>	
2.1	Körperliche Distanz und soziale Isolierung: das Grunddilemma der COVID-19-Schutzmaßnahmen	22
2.2	Ethische Rechtfertigung von Priorisierungsentscheidungen im Raum der Pflege ...	23
2.3	Pflege und die Taktilität menschlicher Würde	25
2.4	Der Ernstfall medizinischer Triage und seine Auswirkung auf Pflegebeziehungen ..	27
2.5	Kurzer Ausblick: Pflegefachpersonen und An- und Zugehörige	29
	Literatur	30
3	Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie	33
	<i>Miriam Räder, Jürgen Klauber und Antje Schwinger</i>	
3.1	Einleitung	35
3.2	Methodik und Deskription der Stichprobe	36
3.2.1	Methodik	36
3.2.2	Deskription und Repräsentativität der Stichprobe	37
3.3	Veränderung der pflegerischen Versorgung und der Kontaktmöglichkeiten im häuslichen Setting	41
3.3.1	Inanspruchnahme und Veränderung von Unterstützungsleistungen	41
3.3.2	Veränderung der Kontaktmöglichkeiten	42
3.3.3	Bewertung der pflegerischen Versorgung	44
3.3.4	Belastungssituation der Pflegeperson	45
3.3.5	Zusammenfassung und Zwischenfazit zur pflegerischen Versorgung im häuslichen Setting	46

3.4	Veränderung der pflegerischen Versorgung und der Kontaktmöglichkeiten im vollstationären Setting	47
3.4.1	Veränderung der Kontaktmöglichkeiten	47
3.4.2	Bewertung der pflegerischen Versorgung	49
3.4.3	Belastungssituation der Bezugsperson	50
3.4.4	Fokus ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen	52
3.4.5	Zusammenfassung und Zwischenfazit zur pflegerischen Versorgung im vollstationären Setting	55
3.5	Zusammenfassung und Fazit	56
	Literatur	57
4	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener	59
	<i>Simon Eggert, Christian Teubner, Andrea Budnick und Paul Gellert</i>	
4.1	Herausforderungen für erwerbstätige pflegende Angehörige	60
4.2	Erwerbstätige pflegende Angehörige in der aktuellen Coronavirus-Pandemie	63
4.3	Fazit	66
	Literatur	67
5	Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser unter Pandemiebedingungen	71
	<i>Michael Drupp, Markus Meyer und Werner Winter</i>	
5.1	Einleitung	73
5.2	Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen im Spiegel der Arbeitsunfähigkeitsstatistik	74
5.3	Bedarfsorientierte Instrumentenanpassung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement vor und nach dem Pandemieausbruch	81
5.3.1	Gesetzliche Regelungen und BGM-Erfahrungen in der Pflege als Ausgangsbasis	81
5.3.2	Pflegespezifische BGF-Bedarferhebung und Instrumentenentwicklung im AOK-System	82
5.3.3	Arbeitsorganisatorische Anpassungen und ergänzende BGF-Angebote infolge der ersten Pandemiewelle im Frühjahr 2020	84
5.3.4	Veränderungen, Belastungssituation und Anpassungen der BGF-Angebote in der zweiten Pandemiewelle ab November 2020	85
5.4	Fazit und Ausblick	86
	Literatur	87
6	Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Herausforderungen für Forschung und Praxis	91
	<i>Stefan Blüher, Thomas Stein, Ralph Schilling, Ulrike Grittner und Adelheid Kuhlmei</i>	
6.1	Ausgangslage: Steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen und Versorgungslücke	93
6.2	Einflussfaktoren auf die Entstehung von Pflegebedürftigkeit	95
6.3	Forschung zu sozialen Einflussfaktoren von Pflegebedürftigkeit	96
6.4	Implikationen für die Entwicklung der pflegerischen Praxis	100
	Literatur	101

7	Familienbezogene Bedarfslagen in Pflegesituationen	103
	<i>Katharina Graffmann-Weschke, Marina Otte und Anne Kempchen</i>	
7.1	Herausforderung	104
7.1.1	Lebensphasen in Familien und die unterschiedlichen Ursachen der Pflegebedürftigkeit	104
7.1.2	Externe Einflussfaktoren auf familiäre Pflegesituationen	106
7.1.3	Fülle der Entlastungsmöglichkeiten/Unterstützungsangebote	107
7.1.4	Wie kann Case Management bei Beratungsbedarfen helfen?	107
7.2	Die Kunst der Bedarfserfassung	108
7.2.1	Biographiesensible Pflegeberatung	109
7.2.2	Pflegeberatung für Kinder und Jugendliche	111
7.2.3	Methoden der Beratung: ProblemLösen in der Pflegeberatung (PLiP)	112
7.2.4	Netzwerkarbeit	113
7.3	Zusammenfassung	113
	Literatur	115
8	Neue Wohnformen für Pflegebedürftige – Mehrwert oder bloß Mehraufwand?	117
	<i>Ursula Kremer-Preiß, Jakob Maetzel und Gwendolyn Huschik</i>	
8.1	Neue Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige – Innovationen zwischen Heim und Häuslichkeit	119
8.1.1	Wozu werden neue Wohn- und Versorgungsformen gebraucht?	119
8.1.2	Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer an neue Wohnformen	120
8.1.3	Was ist das Neue an neuen Wohn- und Versorgungsformen?	120
8.2	Neue Wohn- und Versorgungsformen in der Praxis	121
8.2.1	Spektrum der Konzepte	121
8.2.2	Leistungsangebot, Personal und Bewohnerschaft	122
8.2.3	Kosten und Finanzierung	123
8.3	Neue Wohn- und Versorgungsformen aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer	124
8.4	Herausforderungen bei der Umsetzung meistern	124
8.4.1	Nutzerorientierung wahren	125
8.4.2	Versorgungssicherheit gewährleisten	125
8.5	Einige Rahmenbedingungen zur Verbreitung neuer Wohnformen	126
8.5.1	Koordination und Kooperation	126
8.5.2	Leistungsrechtliche Regelungen	127
8.6	Bilanz: Mehrwert oder nur Mehraufwand?	128
9	Stand und Perspektive der Kurzzeitpflege	131
	<i>Janina Kutzner und Miriam Räder</i>	
9.1	Hintergrund	132
9.2	Funktion und Bedeutung der Kurzzeitpflege	133
9.3	Angebot und Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege	135
9.4	Handlungsfelder zur Stärkung der Kurzzeitpflege	137
9.5	Fazit	142
	Literatur	143

10	Wachstumsmarkt Pflege	145
	<i>Dörte Heger</i>	
10.1	Einleitung	146
10.2	Langzeitpflege in Deutschland: Status quo	147
10.2.1	Marktvolumen	147
10.2.2	Nachfrage nach professioneller Pflege	148
10.2.3	Angebote der professionellen Pflege	148
10.3	Ausblick: Der Pflegemarkt als Wachstumsbranche	150
10.4	Herausforderungen und Chancen in der Langzeitpflege	153
10.5	Fazit	155
	Literatur	155
11	Technik, Pflegeinnovation und Implementierungsbedingungen	157
	<i>Jürgen Zerth, Peter Jaensch und Sebastian Müller</i>	
11.1	Pflege, Technik und Beziehungsarbeit: eine Einführung	158
11.2	Technikauswahl und Implementierung: ein Blick auf die (angewandte) Forschung ..	159
11.3	Impulse für eine Implementierungsinfrastruktur: ein Diffusionsbild „Technik und Pflege“	162
11.3.1	Prädiktion der Technikauswahl und -implementierung	162
11.3.2	Prädiktion der Adoptionsneigung – Fallbeispiel Dekubitusmanagement	164
11.3.3	Diskussion der Transferierbarkeit	167
11.4	Zusammenfassung und Implikationen	169
	Literatur	170
12	Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen?	173
	<i>Renate Stemmer</i>	
12.1	Einleitung	174
12.2	Gründe für den Engpass – gravierende Mängel der Arbeitsqualität	175
12.3	Herausforderung Qualifizierungslevel	178
12.4	Zum Potenzial von Pflegefachpersonen als Treiber von Qualität und von Veränderungen	180
12.5	Zum Treiber von Veränderungen werden	181
	Literatur	183
13	Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung	185
	<i>Stefan Greß und Klaus Jacobs</i>	
13.1	Einleitung	186
13.2	Status quo: Zuständigkeits- und Verantwortungsdiffusion	187
13.3	Sicherstellungsregelungen in der GKV: Vorbild für die Pflegeversorgung?	190
13.4	Leitplanken für die Gewährleistung bedarfsgerechter Pflegeangebote	192
	Literatur	193

14	Status quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen	195
	<i>Grit Braeseke, Gerhard Naegele und Freja Engelmann</i>	
14.1	Regelungen zur Pflegeplanung in den Bundesländern	196
14.2	Handlungsfelder und Indikatoren der Pflegeplanung	198
14.2.1	Handlungsfelder von Landespflegeplänen	198
14.2.2	Handlungsfelder kommunaler Pflegeplanungen	199
14.2.3	Indikatoren	202
14.3	Handlungsempfehlungen für die kommunale Senioren- und Pflegeplanung	202
14.4	Fazit	207
	Literatur	207
15	Ausgezeichnete Quartiersarbeit – Modelle für die Vernetzung von Pflege und bürgerschaftlichem Engagement	209
	<i>Heike Wehrbein und Melanie Hanemann</i>	
15.1	Einleitung	210
15.1.1	Was ist der Pflegeinnovationspreis? Warum engagiert sich die Sparkassen-Finanzgruppe?	210
15.1.2	Schwerpunktthema 2020: Pflege im Quartier	210
15.2	Praxisbeispiele	211
15.2.1	Soziales Netzwerk auf dem Land – Nachmachen erwünscht!	211
15.2.2	„SoNO“ – Ein badisches Dorf hilft sich selbst	212
15.2.3	Städtisches Wohnen für alle Lebenslagen	213
15.2.4	Kaarst „Älterwerden in Büttgen“ – Bürger steuern in Eigenregie	214
15.2.5	Das Wiesbadener Modell – Sicherheit zu Hause und intelligenter Personaleinsatz	215
15.3	Fazit	216
	Literatur	217
16	Kommunale Pflegepolitik als sozialraumorientierte Daseinsvorsorge: Konturen einer Vision	219
	<i>Frank Schulz-Nieswandt</i>	
16.1	Einleitung	221
16.2	Sozialraum als Sozialkapitalbildung	222
16.3	Caring Communities in der Pflege im Alter: Rollenspiel zwischen Sozialversicherungen, Kommune und Land	222
16.4	Marktordnungsrechtliche Grundsatzfragen	223
16.5	Das Grundrecht auf sozialraumbildende Daseinsvorsorge	223
16.6	Erste Verankerung der konkreten Utopie im geltenden Sozialrecht	224
16.7	Sozialraumorientiertes Wohnen im Alter	225
16.8	Gemeinde als Genossenschaft	226
16.9	Sozialraumorientierung auch im Sektor der „Krankenversorgungsindustrie“ des SGB V	226
16.10	Anthropologische Paraphrase: Freiheit, Ordnung, Einbettung	226
16.11	Fazit und Diskussion	227
	Literatur	228

II Daten und Analysen

17	Pflegebedürftigkeit in Deutschland	233
	<i>Sören Matzk, Chrysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt, Kathrin Jürchott und Antje Schwinger</i>	
17.1	Datengrundlage und Methodik	234
17.2	Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit	234
17.2.1	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit	234
17.2.2	Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit	237
17.2.3	Ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen	241
17.3	Kennzahlen zur medizinisch therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen ..	248
17.3.1	Ambulante ärztliche Versorgung	248
17.3.2	Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in der ambulanten Pflege	251
17.3.3	Stationäre Versorgung	253
17.3.4	Versorgung mit Arzneimitteln	258
17.3.5	Versorgung mit Heilmittelleistungen	264
	Literatur	270
	Serviceteil	271
	Die Autorinnen und Autoren	272
	Stichwortverzeichnis	289

Schwerpunktthema

Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 1** **COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege – 3**
Raphael Kohl, Kathrin Jürchott, Christian Hering, Annabell Gangnus, Adelheid Kuhlmei und Antje Schwinger
- Kapitel 2** **Gerechte Priorisierungen? – 21**
Andreas Lob-Hüdepohl
- Kapitel 3** **Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – 33**
Miriam Räker, Jürgen Klauber und Antje Schwinger
- Kapitel 4** **Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener – 59**
Simon Eggert, Christian Teubner, Andrea Budnick und Paul Gellert
- Kapitel 5** **Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser unter Pandemiebedingungen – 71**
Michael Drupp, Markus Meyer und Werner Winter
- Kapitel 6** **Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Herausforderungen für Forschung und Praxis – 91**
Stefan Blüher, Thomas Stein, Ralph Schilling, Ulrike Grittner und Adelheid Kuhlmei
- Kapitel 7** **Familienbezogene Bedarfslagen in Pflegesituationen – 103**
Katharina Graffmann-Weschke, Marina Otte und Anne Kempchen

- Kapitel 8** **Neue Wohnformen für Pflegebedürftige – Mehrwert oder bloß Mehraufwand? – 117**
Ursula Kremer-Preiß, Jakob Maetzel und Gwendolyn Huschik
- Kapitel 9** **Stand und Perspektive der Kurzzeitpflege – 131**
Janina Kutzner und Miriam Räker
- Kapitel 10** **Wachstumsmarkt Pflege – 145**
Dörte Heger
- Kapitel 11** **Technik, Pflegeinnovation und Implementierungsbedingungen – 157**
Jürgen Zerth, Peter Jaensch und Sebastian Müller
- Kapitel 12** **Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen? – 173**
Renate Stemmer
- Kapitel 13** **Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung – 185**
Stefan Greß und Klaus Jacobs
- Kapitel 14** **Status quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen – 195**
Grit Braeseke, Gerhard Naegele und Freja Engelmann
- Kapitel 15** **Ausgezeichnete Quartiersarbeit – Modelle für die Vernetzung von Pflege und bürgerschaftlichem Engagement – 209**
Heike Wehrbein und Melanie Hanemann
- Kapitel 16** **Kommunale Pflegepolitik als sozialraumorientierte Daseinsvorsorge: Konturen einer Vision – 219**
Frank Schulz-Nieswandt



COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege

Raphael Kohl, Kathrin Jürchott, Christian Hering, Annabell Gangnus, Adelheid Kuhlmeier und Antje Schwinger

Inhaltsverzeichnis

- 1.1 „Die Pandemie hat uns kalt erwischt“ – 4
- 1.2 COVID-19 und Hochbetagte – 6
- 1.3 **Deskription des Pandemiegeschehens in Pflegeheimen während der Pandemiephase März bis Mai 2020 – 8**
 - 1.3.1 Sterblichkeit von Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege – 8
 - 1.3.2 Pflegeheimbewohnende mit COVID-19 im Krankenhaus – 12
 - 1.3.3 Auswirkung der COVID-Pandemie auf die Krankenhausversorgung der Pflegeheimbewohnenden – 14
- 1.4 **Diskussion und Ausblick – 16**
- Literatur – 18**

■ ■ Zusammenfassung

Die Corona-Pandemie deckt die Schwächen des stationären Pflegesystems – schon vor der Pandemie waren diese abzusehen – nun schonungslos auf. Der vorliegende Beitrag zeichnet basierend auf Abrechnungsdaten der AOK-Pflege- und Krankenkassen ein Abbild dieser Krisensituation für die erste Pandemiewelle von März bis Mai 2020. Aufgezeigt wird die Sterblichkeit von vollstationär Pflegebedürftigen, die in der 15. Kalenderwoche 20% höher als im Mittel der Vorjahre lag und dann bis zur 20. Kalenderwoche wieder auf den Durchschnitt der Vorjahre abfiel. Mit Blick auf COVID-Erkrankte entfiel jeder fünfte COVID-Krankenhausaufenthalt und fast jeder dritte COVID-Todesfall im Krankenhaus auf einen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen. Die Ergebnisse zum massiven Rückgang der Krankenhausaufnahmen von Pflegebedürftigen aus den Heimen zwischen der 10. und 12. Kalenderwoche des Jahres 2020 um rund ein Drittel werfen zudem ein erstes Schlaglicht auf mögliche sekundäre Folgen für die Gesundheitsversorgung während der ersten Pandemiewelle. Der Beitrag legt damit erste Befunde aus dem Kontext des durch den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) geförderten Forschungsprojektes Covid-Heim vor; das von der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Wissenschaftlichem Institut der AOK (WiDO) durchgeführt wird. Ziel des Projektes ist eine möglichst umfassende Beschreibung der Situation der Heimbewohnerinnen und -bewohner, ihrer Angehörigen und der Pflegekräfte, um so eine belastbare Evidenz für Veränderungen im Versorgungssetting der stationären Langzeitpflege zu erhalten.

The Corona pandemic highlights the deficits of the long-term care system in Germany. Based on claims data from the AOK nursing and health insurance funds, the article describes the situation during the first wave of the pandemic from March to May 2020. It shows the

mortality of people in need of long-term care, which in the 15th calendar week was 20% higher than the average of previous years and then falls back to the average of previous years by the 20th calendar week. Every fifth COVID hospitalisation and almost every third COVID death in hospital was attributable to a nursing home resident. The massive decrease in hospital admissions of nursing home residents from the 10th to the 12th calendar week of 2020 by about one third raises questions regarding possible secondary consequences for health care during the first wave of the pandemic. The article presents the first findings from the context of the Covid-Heim research project funded by the German National Association of Statutory Health Insurance (GKV-SV), which is being carried out by the Charité Universitätsmedizin Berlin in cooperation with the AOK Research Institute (WiDO). The aim of the project is to describe the situation of nursing home residents, their relatives and the nursing staff as comprehensively as possible and to conclude which changes are necessary concerning the provision of long-term care in nursing homes.

1.1 „Die Pandemie hat uns kalt erwischt“¹

Im März 2020 stiegen die Infektionen mit dem neuartigen SARS-CoV-2-Coronavirus (COVID-19) rasant. Ein dynamisches Pandemiegeschehen, das wirtschaftliche, politische, bildungsbezogene und in besonderem Maße gesundheitliche Auswirkungen hatte, zeichnet sich bis heute fort. Als politische Konsequenz wurden zur Senkung der Infektionsgefahr und Unterbrechung des exponentiellen Wachstums der Infektionszahlen Infektionsschutzmaßnahmen in vielen gesellschaftlichen Bereichen erlassen, so auch in Pflegeeinrichtungen der vollstationären Pflege. Der Grundbaustein dafür wurde mit dem Bevölkerungsschutz-

¹ Keller (2020).

gesetz² gelegt. Dabei sind weitreichende Änderungen am bestehenden Infektionsschutzgesetz (ifSG) und am fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgenommen worden. So wurden im März 2020 in den stationären Pflegeheimen im Rahmen des „Lockdown“ – ex abrupto – Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie in Form von Schließungen, Auferlegung von Besuchsverboten und Zugangsregelungen erlassen sowie soziale Angebote aufgehoben. Nahezu übergangslos waren die Pflegeeinrichtungen dazu gezwungen, die weggefallenen Versorgungsstrukturen bestmöglich zu kompensieren. Erhöhte Krankenstände haben die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in der ersten Welle weiter erschwert (Drupp et al. im gleichen Band) und die Situation hat insgesamt zu einer hohen psychischen Belastung bei ihnen geführt (Hower et al. 2020). Aber auch für die Pflegeheimbewohnenden bestehen ungeachtet der gesundheitlichen Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion massive Auswirkungen auf die soziale Teilhabe und damit das Wohlbefinden infolge der Schutzmaßnahmen (Schrappe et al. 2020b; DGP 2020; Kessler et al. 2020; Räker et al. im gleichen Band). Im Vergleich zu der ersten Welle der Corona-Pandemie, in der Versorgung und Teilhabe der Bewohnenden durch die Schutzmaßnahmen in einem schwer tolerierbaren Ausmaß beeinträchtigt waren (Kessler et al. 2020), wurde während der zweiten Welle stärker darauf geachtet, Versorgungsstrukturen aufrechtzuerhalten und zumindest grundlegende Kontakte zuzulassen. So sind Mitte Dezember 2020 verfügbare Schutzmasken (FFP2-Masken), vom Bund bezahlte Antigen-Schnelltests, verpflichtende Testungen mehrmals pro Woche für das Pflegepersonal und der Nachweis eines Negativtests für die Besuchenden verordnet worden (Bund-Länder-Beschlüsse 2020). Ab Januar 2021 konnte alsdann mit den ersten Impfungen sowohl der Bewohnenden als auch des Personals in den Heimen begonnen werden, sodass

mit Stand Ende März von einer weitestgehenden Durchimpfung der Pflegeheimbewohnenden auszugehen ist.³ Dennoch ist der Arbeits- und Lebensalltag in deutschen Pflegeheimen weiterhin von der Pandemie geprägt. Beispielsweise gelten nach den erfolgten Impfungen weiterhin die strikten Besuchsbeschränkungen in den Pflegeeinrichtungen – zulasten der Bewohnenden und deren Angehörigen wie auch des Pflegepersonals. Die bisher bestehenden Hygiene-, Schutz- und Testkonzepte sollen weiterhin konsequent umgesetzt werden.⁴

Die Dialektik zwischen Schutz vor Infektion und Wahrung der Menschenwürde und Autonomie der Alten- und Pflegeheimbewohnenden stellt eine stetige Herausforderung dar und wirft Fragen auf: Wie können sie prospektiv besser geschützt werden, ohne die Teilhabe zu gefährden? Welche Einflussfaktoren stehen womöglich im Zusammenhang mit der ohnehin schwierigen Versorgungssituation in den Pflegeheimen? Welche Maßnahmen und Strukturen in Pflegeeinrichtungen waren zur Infektionseindämmung wirksam? Wie gestaltet(e) sich die soziale Lebens- und Versorgungssituation der Heimbewohnenden sowie des Pflegepersonals während der Pandemie deutschlandweit? Diese und weitere Schwerpunkte werden derzeit im Rahmen eines durch den GKV-Spitzenverband geförderten Forschungsprojekts – *Covid-Heim* – der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) untersucht. Ziel ist ein dezidiertes Bild der Situation der hochbetagten Bewohnenden in deutschen Pflegeheimen zu erhalten, um damit eine Bewertung der ge-

2 Das erste *Gesetz zum Schutz der Bevölkerung* wurde am 27. März 2020, das zweite am 25. Mai 2020 und das dritte am 18. November 2020 erlassen.

3 Digitales Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung des RKI; Durchgeführte Impfungen bundesweit und nach Bundesland bis einschließlich 19.03.2021; Zugriff unter ► https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html.

4 Siehe z. B. Auszug aus der Zwölften Bayerischen Infektionsschutzverordnung (05.03.2021), ► <https://www.verkuendung-bayern.de/baymb1/2021-171/>, sowie auch die Ergebnisse der Videokonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 22. März 2021.

troffenen Maßnahmen empirisch unterlegen zu können und zugleich einen Beitrag zur Diskussion perspektivischer Handlungsempfehlungen zu leisten. Die vorliegenden Analysen zeichnen basierend auf Abrechnungsdaten der AOK-Pflege- und Krankenkassen das Abbild einer Krisensituation für die erste Pandemiewelle von März bis Mai 2020. Nach einem kurzen Überblick zu COVID bei Hochbetagten werden für die erste COVID-Welle die allgemeine Sterblichkeit der Pflegeheimbewohnenden – d. h. die sogenannte Übersterblichkeit ohne direkten COVID-Bezug – und die Sterblichkeit der im Krankenhaus behandelten COVID-Erkrankten aus Pflegeheimen aufgezeigt. Ebenso wird am Beispiel der generell veränderten Krankenhausbehandlung der Pflegeheimbewohnenden ein erstes Schlaglicht auf potenziell sekundäre Folgen der Pandemie – hier die gesundheitliche Versorgung der Pflegeheimbewohner – geworfen. Das Fazit greift die aufgeworfenen Problemfelder auf und diskutiert mögliche Ableitungen für künftige Forschungsvorhaben, u. a. mit Blick auf das laufende Forschungsprojekt *Covid-Heim*.

1.2 COVID-19 und Hochbetagte

Das neuartige Coronavirus trat das erste Mal im Dezember 2019 in Wuhan (China) in Erscheinung (Buonsenso et al. 2020), die dadurch ausgelöste Erkrankung wurde nach Identifizierung des Erregers von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als COVID-19 (Coronavirus-Krankheit-2019) bezeichnet (Asim et al. 2020). Zu den häufigsten Symptomen zählen Husten (40 %), Fieber (27 %), Schnupfen (29 %) sowie eine Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns (22 %). Bei etwa 1 % der Fälle entwickelt sich im Verlauf der Erkrankung eine Pneumonie (RKI 2021a). Eine Ansteckung mit dem Virus findet hauptsächlich durch respiratorische Aufnahme von virushaltigen Aerosolen in der Luft durch beispielsweise Husten, Niesen, Sprechen oder auch Singen statt (RKI

2021a). Nachdem sich das Virus von China aus in hohem Tempo im Rest der Welt verbreitete, erklärte die WHO am 11. März 2020 den weltweiten Ausbruch von COVID-19 offiziell zur Pandemie (Cucinotta und Vanelli 2020). Zu diesem Zeitpunkt gab es in Deutschland 1.567 laborbestätigte SARS-CoV-2-Fälle sowie drei Todesfälle, die mit dem Virus assoziiert waren (RKI 2020a). Kurze Zeit später trat der erste „Lockdown“ in Kraft, um einen weiteren exponentiellen Anstieg der Infektionszahlen zu unterbinden.

Seit Beginn der Pandemie haben sich in Deutschland mehr als 2,5 Mio. Menschen infiziert, rund 75.000 sind mit oder an COVID-19 verstorben (Stand 20.03.2021; RKI 2021b). Hospitalisiert werden gemäß deutschem Meldesystem ca. 10 % aller Infizierten (RKI 2021a). Der Fall-Verstorbenen-Anteil oder CFR (engl. case fatality rate) liegt für Menschen bis 50 Jahre bei 0,1 % und nimmt mit dem Alter der Infizierten sukzessive zu, sodass dieser für Infizierte ab einem Alter von 80 Jahren bei über 10 % liegt (RKI 2021a). Bereits für die erste COVID-Welle konnte mit Hilfe von AOK-Abrechnungsdaten aus dem Zeitraum 26. Februar bis 19. April 2020 mit insgesamt 10.021 hospitalisierten COVID-19-Patientinnen und Patienten gezeigt werden, dass besonders hochbetagte Menschen ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Verlauf einer COVID-19-Erkrankung aufweisen (Karagiannidis et al. 2020). Die hospitalisierten Patienten in diesem Zeitraum waren im Durchschnitt 68,3 Jahre alt. Insgesamt wurden 17 % der Infizierten in Kliniken maschinell beatmet. Die Sterberate bei beatmeten Patienten in der Alterskohorte ab 80 Jahren lag bei 72 %. Insgesamt verstarben ca. 22 % aller Patienten, die in der ersten Welle mit oder aufgrund einer COVID-19-Infektion in einer Klinik behandelt wurden. Die erhöhte Vulnerabilität der hochbetagten Menschen gegenüber COVID-19 geht unter anderem auf Veränderungen des Immunsystems im Alter und deren häufige Multimorbidität zurück (Mueller et al. 2020; Iaccarino et al. 2020). Assoziiert sind

nach einem aktuellen systematischen Review des RKI u. a. folgende Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf mit dem Endpunkt Mortalität: Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Arrhythmie, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit (KHK)), Diabetes mellitus, Übergewicht, chronische Nierenerkrankungen, schwere chronische Lungenerkrankungen (z. B. COPD), Demenz sowie Krebs- und Immunerkrankungen (RKI 2021c).

Nur für rund 213.000 Fälle (d. h. für insgesamt 8 % des Infektionsgeschehens) sind in den Meldedaten des RKI Informationen enthalten, ob die Betroffenen in einer im Sinne des Infektionsschutzgesetzes relevanten Einrichtung betreut oder untergebracht sind. Lediglich 120.000 der entsprechenden gemeldeten Fälle beziehen sich auf Einrichtungen im Sinne des § 36 IfSG, d. h. Pflegeeinrichtungen, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden, sonstige Massenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten. Eine Differenzierung nach Einrichtungsart ist wiederum nur für rund 70.000 Fällen erfolgt, 64.000 Fälle wurden aus Pflegeheimen gemeldet. Der Anteil verstorbener Bewohnender wird mit 18 % ausgewiesen (Stand 20.03.2021; RKI 2021b). Deutlich wird, dass dies lediglich den Mindestanteil darstellt, da es derzeit kein dezidiertes System zur Erfassung von COVID-19-Infektionen und -Todesfällen in Altenpflegeheimen gibt.

Neben der Bedrohung durch COVID-19 selbst wurde auch vor sekundären Folgen des „Lockdown“ für die hochbetagte Klientel in den Pflegeheimen gewarnt (Schrappé et al. 2020b). Soziale Deprivation und damit einhergehende Isolations- und Einsamkeitsgefühle sowie die sich verändernden Versorgungsroutinen (z. B. das Tragen von Schutzausrüstung durch das Pflegepersonal) können sowohl psychische als auch physische Folgen haben, denn Sozialbeziehungen sowie ein regelmäßiger sozialer Austausch sind bedeutsam für das subjektive Wohlergehen und wirken präventiv gegenüber depressiven Symptomatiken älterer

Menschen (Holt-Lunstad et al. 2010). Studien weisen diesbezüglich auf einen erhöhten Grad an Teilnahmslosigkeit, Agitiertheit und Ängsten während der COVID-19-Pandemie bei Hochbetagten mit Demenz hin, was durch Besuchseinschränkungen und die Einschränkung des Kontakts zum Pflegepersonal in den Altenheimen ausgelöst wird (Simonetti et al. 2020, Panagiotou et al. 2021). Darüber hinaus ist bisher wenig bekannt über die gesundheitlichen Sekundärfolgen der Pandemie bei Pflegeheimbewohnenden, die aus den Lockdown-bedingten veränderten Versorgungsangeboten resultieren. Mostert et al. (2021) zeigen auf, dass während der ersten COVID-Welle – und abgeschwächt auch in der zweiten – bezogen auf die Gesamtbevölkerung ein deutlicher Rückgang der Krankenhausaufnahmen zu beobachten war. Das Leistungsspektrum hat sich hin zu operativen Fällen verschoben und auf Fälle mit höherer Schwere konzentriert. Dabei zeigen sich aber auch Fallzahleinbrüche bei Notfallindikationen wie Herzinfarkt und Schlaganfall oder auch bei Krebsoperationen. Drohan et al. (2020) belegen beispielsweise für den Schlaganfall, dass während der ersten COVID-Welle neben einer deutlichen Fallzahlreduktion im Krankenhaus eine signifikant erhöhte 30-Tage-Sterblichkeit und auch eine absolute Erhöhung der Sterblichkeit zu beobachten war. Es besteht aus Sicht von Mostert et al. (2021) umfangreicher Forschungsbedarf zu den Auswirkungen der pandemiebedingten Veränderungen des Leistungsspektrums auf die gesundheitliche Versorgung und grundsätzlich zu der Frage, inwieweit die Veränderungen eine Fokussierung auf das originär behandlungsbedürftige Kerngeschäft bedeuten, d. h. Rückgänge dadurch erklärt werden können, dass nicht zwingend stationär behandlungsbedürftige Fälle nicht in Krankenhäuser aufgenommen wurden. Auch für die Inanspruchnahme vertragsärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Leistungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung ist über alle Facharztgruppen hinweg ein deutlicher Rückgang der Behandlungsfälle zu beobachten (Mangiapané et al. 2021).

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse wird im Folgenden neben der allgemeinen Sterblichkeit der Pflegeheimbewohnenden während der ersten Welle die COVID-assoziierte Sterblichkeit im Krankenhaus, aber auch die generelle Krankenhausversorgung der Heimbewohnenden untersucht.

1.3 Deskription des Pandemiegeschehens in Pflegeheimen während der Pandemiephase März bis Mai 2020

1.3.1 Sterblichkeit von Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege

Die für das Studienziel anonymisierten Routinedaten der Jahre 2015 bis 2020 – jeweils

bezogen auf die Monate Januar bis Juni – umfassen im Jahresschnitt zwischen 380.000 und 400.000 Pflegebedürftige im Alter von 60 Jahren und älter in vollstationären Pflegeheimen. Der Anteil Männer lag 2015 bei 27 % und ist bis 2020 leicht auf 29 % gestiegen. Die Alterszusammensetzung der betrachteten Kohorten ist mit durchschnittlich rund 80 Jahren bei den Männern und rund 86 Jahren bei den Frauen über diesen Zeitraum konstant geblieben. Für alle Versicherten, die je Kalenderwoche (KW) für mindestens einen Tag Leistungen nach § 43 SGB XI bezogen, wurde analysiert, ob diese in der jeweiligen Kalenderwoche verstorben waren, und zwar unabhängig vom Ort – also beispielsweise, ob sie im Krankenhaus oder im Pflegeheim verstarben – und unabhängig von der Ursache des Versterbens. Die Sterberaten bewegten sich in den ersten Jahreshälften von 2015 bis 2020 in der Größenordnung zwischen 0,5 und 1,2 %, d.h. 5–12 von 1.000 Pflegeheimbewohnenden versterben je Woche (Abb. 1.1). Deutlich hervor treten die Ster-

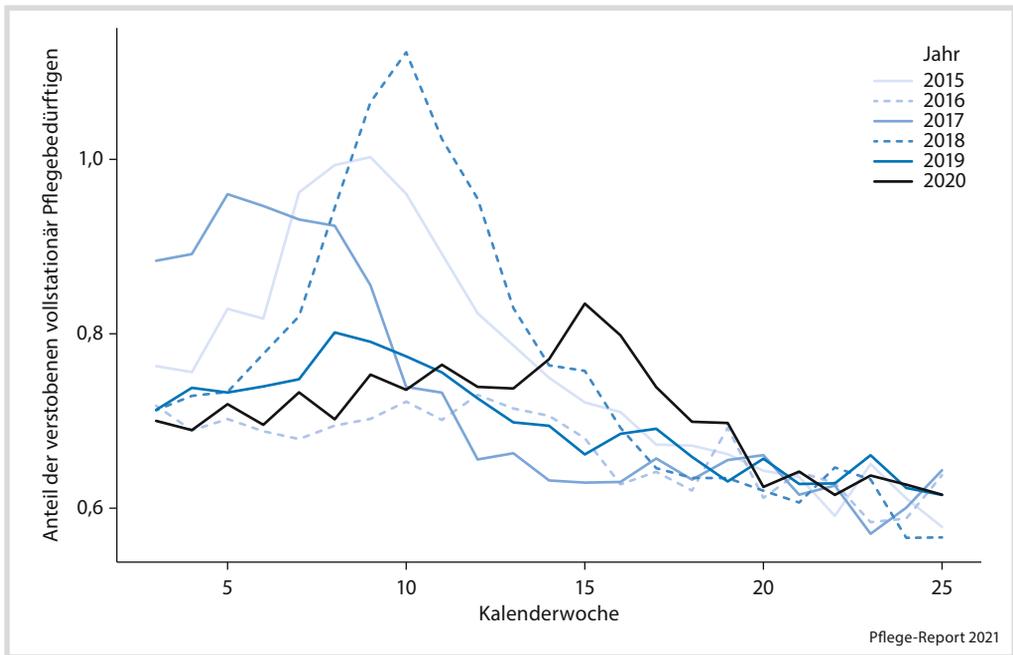


Abb. 1.1 Sterblichkeit von vollstationär Pflegebedürftigen im Jahresvergleich 2015–2020, in %. (Quelle: AOK-Routinedaten 2015–2020)

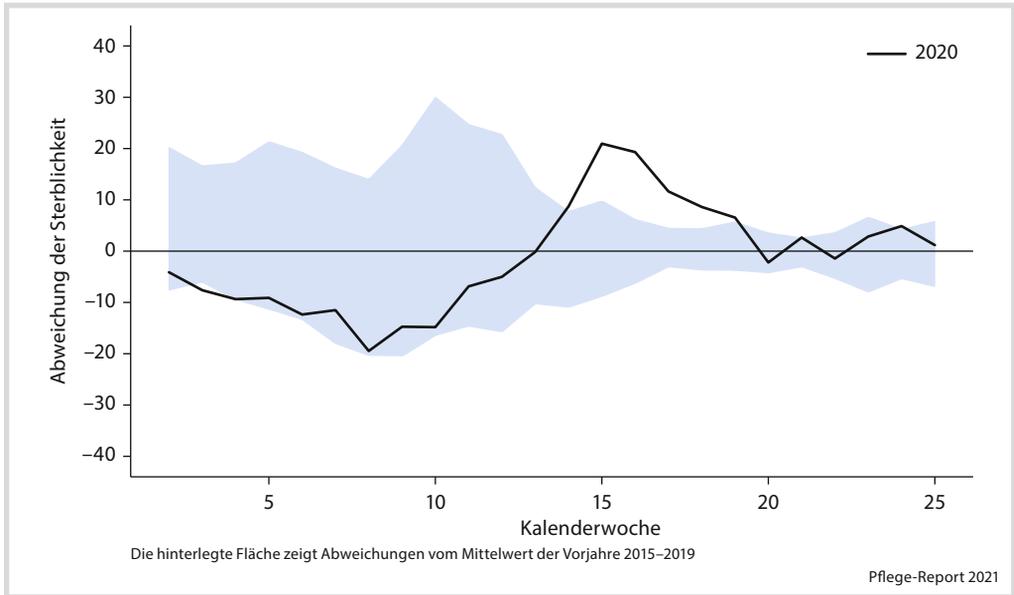


Abb. 1.2 Sterblichkeit von vollstationär Pflegebedürftigen im Jahr 2020 im Vergleich zum Mittelwert der Vorjahre 2015–2019, in %. (Quelle: AOK-Routinedaten 2015–2020)

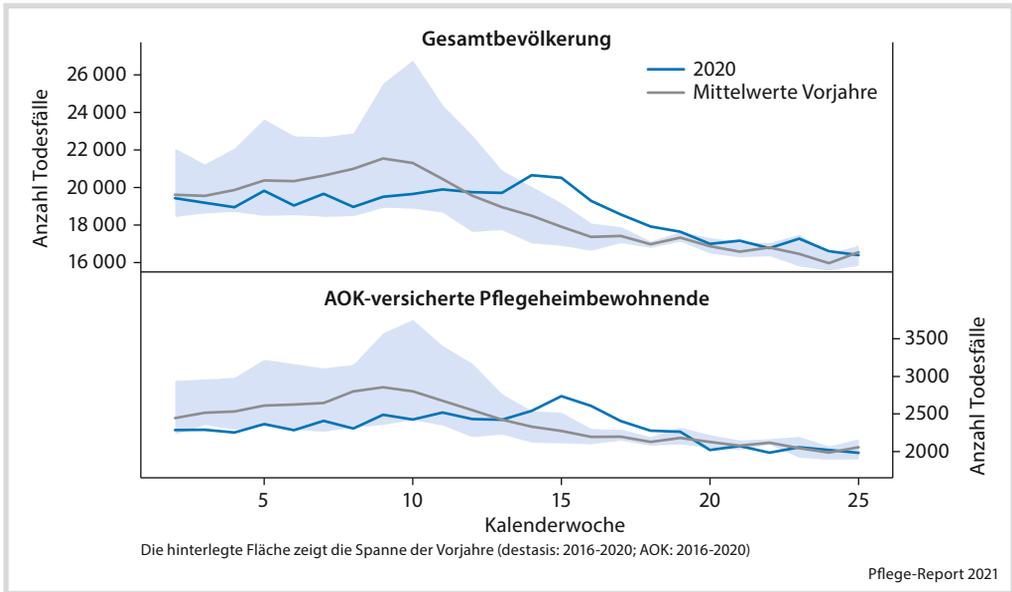
beraten der Jahre 2015, 2017 und 2018, welche die des Jahres 2020 übersteigen. Die beobachteten Ausschläge verweisen auf die durch das Surveillance-System des RKI⁵ aufgezeigten Grippewellen. Entsprechende kausale Zusammenhänge wurden im Rahmen des hier vorgelegten Beitrags jedoch nicht weiter untersucht.

Abb. 1.2 zeigt die prozentuale Abweichung der Sterberate aus dem Jahr 2020 vom Mittelwert der Vorjahre 2015 bis 2019. Nachdem in der eigentlichen Grippesaison im Vergleich zu den Vorjahren weniger Pflegeheimbewohnende pro Woche verstarben, kehrte sich dieses Bild ab der 14. Kalenderwoche um. In

der 15. Kalenderwoche (6. bis 12. April) – also rund drei Wochen nach Start des Lock-downs ab 16. März – lag der Anteil der Verstorbenen um 20 % höher, als es im Mittel der Vorjahre der Fall war, und sank dann bis zur 20. Kalenderwoche (11. bis 17. Mai) wieder auf den Durchschnitt der Vorjahre. Der beobachtete Verlauf deckt sich mit der für die Gesamtbevölkerung beobachteten Entwicklung (Abb. 1.3).

Die Sterblichkeit unterscheidet sich zwischen den Altersgruppen: Fast 40 % (37,3–39,1 %) der Todesfälle bei Pflegeheimbewohnenden entfielen in den Jahren 2015 bis 2019 auf die Gruppe der über 90-Jährigen, ein weiteres Viertel (24,7–26,1 %) auf die 85- bis 89-Jährigen und zwischen 17,1 und 18,5 % auf die 80- bis 84-Jährigen. Abb. 1.4 zeigt die prozentuale Abweichung der Sterberate aus dem Jahr 2020 zum Mittelwert der Vorjahre 2015 bis 2019 getrennt nach den Altersgruppen. In der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen lag die Sterberate im Peak in der 15. Kalenderwoche um 44 % über dem Mittelwert der

⁵ Zur ganzjährigen Beobachtung akuter Atemwegsinfektionen hat das RKI unter dem Namen GrippeWeb ein Online-Überwachungsinstrument etabliert, über das die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten wöchentlichen Raten akuter grippeähnlicher Erkrankungen (ILI) ausgewiesen werden. Für die Grippesaisons siehe beispielsweise https://grippeweb.rki.de/Content/GrippeWeb_Kapitel_Influenza_Saisonbericht_2017_18.pdf.



▣ **Abb. 1.3** Sterblichkeit von vollstationär Pflegebedürftigen sowie in der Gesamtbevölkerung im Jahr 2020 im Vergleich zum Mittelwert der Vorjahre 2016–2019. (Quelle: AOK-Routinedaten 2016–2020; destatis 2016–2020)

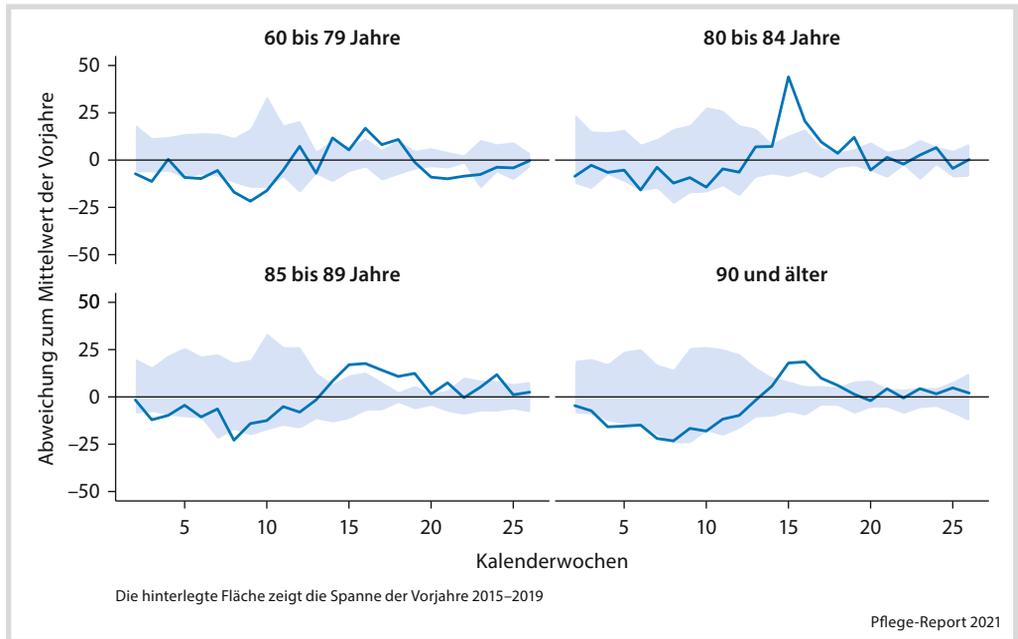
Vorjahre. In den Gruppen der 85- bis 89-Jährigen wie auch bei den über 90-Jährigen war dieser Peak mit 17 % bzw. 18 % über dem Mittelwert weniger deutlich ausgeprägt, aber länger anhaltend.

Bei der Differenzierung nach Pflegegraden in ▣ Abb. 1.5 zeigt sich, dass die Sterberaten unter den Bewohnenden mit Pflegegrad 2 oder 3 nur kurzzeitig über den Mittelwert der Vorjahre stiegen und ansonsten unter der maximalen Abweichung vom Mittelwert der Vorjahre verblieben. Unter den Bewohnenden mit Pflegegrad 4 – zwischen 33 und 38 % aller Todesfälle entfielen in den Jahren 2015 bis 2019 auf diese Gruppe – lag die höchste Abweichung in der 15. Kalenderwoche bei 29 % über dem Mittel der Vorjahre und blieb bis in die 19. Kalenderwoche über dem Mittelwert der Vorjahre. Noch ausgeprägter sind die Abweichungen im Pflegegrad 5, auf den in den Vorjahren zwischen 29 und 31 % der Todesfälle entfielen. Der Anteil der Verstorbenen lag in der 15. Kalenderwoche um 37 % über dem Mittelwert der Vorjahre und blieb bis zur 25. Kalenderwoche deutlich über dem Mittel-

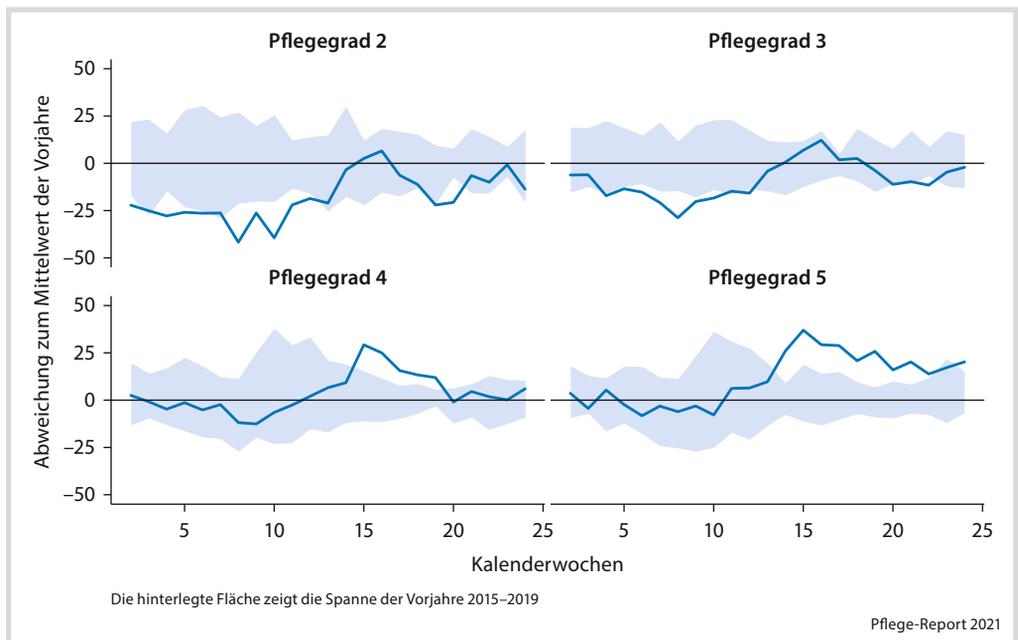
wert der Vorjahre. Eine Differenzierung der Bewohnenden nach Vorliegen einer dementiellen Erkrankung⁶ – zwischen 65 und 69 % der Todesfälle entfielen in den Vorjahren auf Bewohnende mit Demenz – zeigt auch für dieses Klientel eine erhöhte Betroffenheit im Zeitraum der ersten Welle (▣ Abb. 1.6).

⁶ Bei Vorliegen einer im Krankenhaus gestellten oder mindestens zwei ambulant ärztlichen Diagnosen (F00, F01, F02, F03, F05.1, G23.1, G30, G31.0, G31.82) im aktuellen und dem letzten zurückliegenden Jahr. Für das Jahr 2020 liegen noch keine ambulant ärztlichen Diagnosen vor. Personen werden daher über Informationen der Jahre 2018/2019 den Kategorien Demenz ja/nein zugeordnet. Dies bedeutet, dass die Rate demenziell Erkrankter für 2020 tendenziell zu niedrig ausfällt, da Personen, die eine Demenz zu Beginn des Jahres neu entwickelt haben bzw. für die keine Vorjahresinformationen vorliegen, nicht erfasst werden können. Für das Jahr 2015 lagen keine Vorjahresinformationen vor, sodass das Vorliegen einer Demenz nur für die Jahre 2016 bis 2020 bestimmt werden konnte.

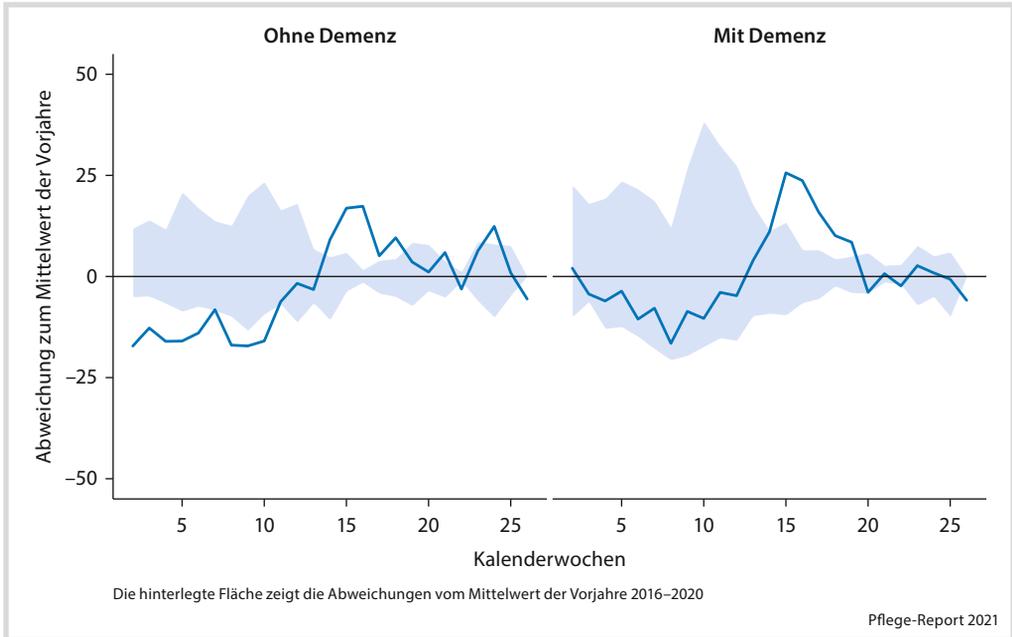
1.3 · Deskription des Pandemiegeschehens in Pflegeheimen von März bis Mai 2020



■ **Abb. 1.4** Sterblichkeit von vollstationär Pflegebedürftigen nach Altersgruppen im Jahr 2020 im Vergleich zum Mittelwert der Vorjahre 2015–2019, in %. (Quelle: AOK-Routinedaten 2015–2020)



■ **Abb. 1.5** Sterblichkeit von vollstationär Pflegebedürftigen nach Pflegegraden im Jahr 2020 im Vergleich zum Mittelwert der Vorjahre 2015–2019, in %. (Quelle: AOK-Routinedaten 2015–2020)



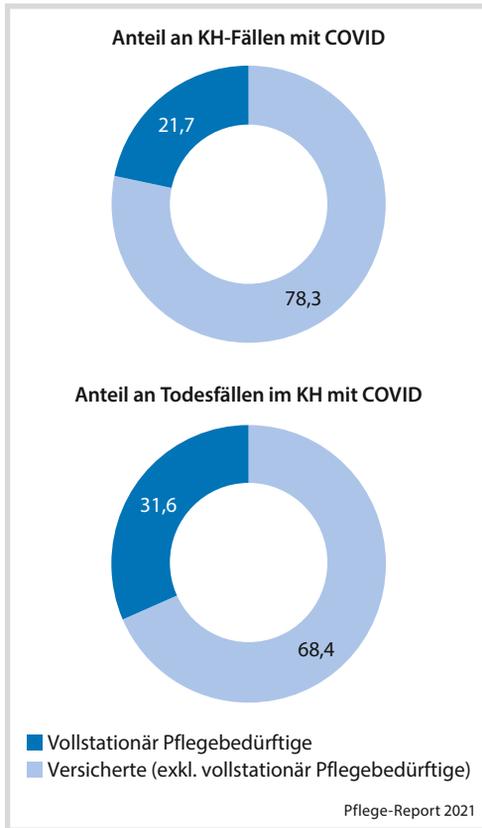
■ **Abb. 1.6** Sterblichkeit von vollstationär Pflegebedürftigen nach Demenz im Jahr 2020 im Vergleich zum Mittelwert der Vorjahre 2015–2019, in %. (Quelle: AOK-Routinedaten 2016–2020)

1.3.2 Pflegeheimbewohnende mit COVID-19 im Krankenhaus

Für die erste COVID-Welle konnten ferner Krankenhausrechnungsinformationen ausgewertet werden. Eingeflossen in die Analysen sind abgeschlossene Krankenhausaufenthalte. Fokussiert wird im Folgenden der Zeitraum zwischen der 11. Kalenderwoche – hier rief die WHO den Pandemiezustand aus – und der 20. Kalenderwoche, in der bereits wieder eine bundesweite Inzidenz von täglich lediglich rund 600 Fällen und ein R-Wert von 0,88 erreicht waren. Ob die COVID-19 Infektion, angezeigt durch eine gesicherte Diagnose „U07.1 – COVID-19“, der Auslöser der Krankenhauseinweisung war oder erst während des Aufenthalts erworben wurde, kann auf Grundlage der Daten nicht differenziert werden. Verlegungen in andere Krankenhäuser wurden zu einem COVID-Fall zusammengefasst. Hat-

te der Versicherte mehrere Krankenhausaufenthalte mit einer COVID-Diagnose, geht er nur einmal in die hiesigen Analysen ein. Die Analysen sind wiederum nur bezogen auf Versicherte ab 60 Jahren. ■ **Abb. 1.7** fasst zusammen, dass innerhalb des Zeitraums der Kalenderwochen 11 bis 20 jeder fünfte COVID-Krankenhausaufenthalt (21,7 %) bei über 60-Jährigen und fast jeder dritte Todesfall im Krankenhaus mit Vorliegen einer COVID-Diagnose (31,6 %) auf einen Pflegeheimbewohner entfiel. Dies bedeutet, dass 43 % der Pflegeheimbewohnenden mit COVID-Diagnose im Krankenhaus in diesem Zeitraum mit oder an COVID-19 verstorben sind, während es bei den übrigen Patientinnen und Patienten lediglich 26 % waren (■ **Abb. 1.9**).

Mehr als der Hälfte der Pflegeheimbewohnenden (53 %), bei denen während des Krankenhausaufenthalts eine gesicherte COVID-Diagnose dokumentiert wurde, waren 85 Jahre und älter. Die übrigen betroffenen Pati-

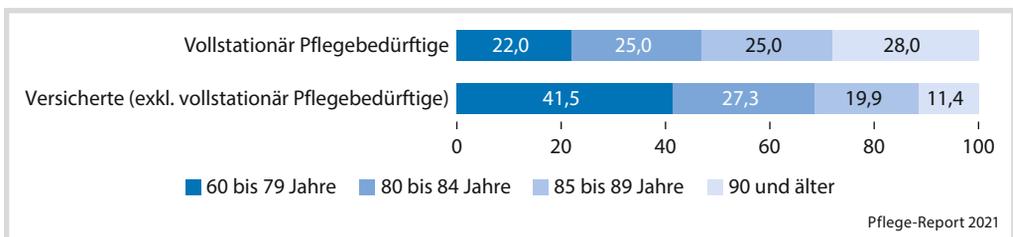


■ **Abb. 1.7** Anteil Krankenhaus- und Todesfälle im Krankenhaus (≥ 60 Jahre), die auf vollstationär Pflegebedürftige entfallen, bei denen eine gesicherte COVID-Diagnose dokumentiert wurde, in %. (Quelle: AOK-Routinedaten 2020)

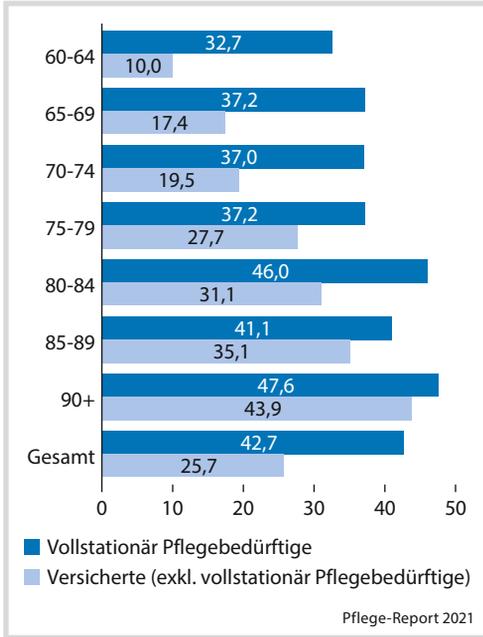
enten waren deutlich jünger (■ Abb. 1.8). Der Anteil derjenigen, die mit oder an der COVID-Diagnose im Krankenhaus verster-

ben, ist bei vollstationär Pflegebedürftigen im Vergleich zu Patienten der gleichen Altersgruppe, die nicht oder ambulant pflegebedürftig sind, deutlich erhöht (■ Abb. 1.9). Dies betrifft vor allen Dingen die jüngeren Altersjahrgänge. Während 33 % der 60- bis 64-Jährigen Pflegeheimbewohnenden verstarben, lag die Rate bei den übrigen Patienten bei 10 %. Die Sterbewahrscheinlichkeiten der beiden Gruppen nähern sich mit steigendem Alter an: Bei den 80- bis 84-Jährigen verstarben 46 % der Pflegeheimbewohnenden, bei den übrigen COVID-Patienten im Krankenhaus waren es 31 %. Bei den über 90-Jährigen liegt der Anteil Verstorbener in beiden Gruppen mit 48 und 44 % bereits nah beieinander.

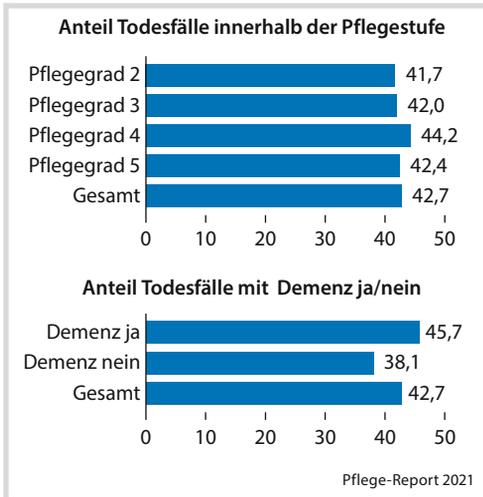
Schaut man auf die Sterbewahrscheinlichkeit differenziert nach Pflegegrad und dem Vorliegen einer Demenz (■ Abb. 1.10), zeigt sich innerhalb der Grade ein relativ homogenes Bild bzw. keine eindeutige Tendenz, dass der Anteil Verstorbener mit steigendem Pflegegrad zunimmt. Personen mit demenzieller Erkrankung sind hingegen mit einem Anteil von 46 % deutlich häufiger verstorben als Personen ohne Demenz mit einem Anteil von 38 %. Die Ergebnisse weisen auf die erhebliche Vulnerabilität der Pflegeheimbewohnenden hin, die aufgrund ihrer erhöhten Multimorbidität – zu den Determinanten von Pflegebedürftigkeit siehe Blüher et al. im gleichen Band – deutlich überproportional von die Prognose verschlechternden Vorerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes,



■ **Abb. 1.8** Krankenhausfälle (≥ 60 Jahre), bei denen eine gesicherte COVID-Diagnose dokumentiert wurde, nach Altersgruppen, in %. (Quelle: AOK-Routinedaten 2020)



■ **Abb. 1.9** Anteil Verstorbene im Krankenhaus (≥ 60 Jahre), bei denen eine gesicherte COVID-Diagnose dokumentiert wurde, nach Altersgruppen, in %. (Quelle: AOK-Routinedaten 2020)



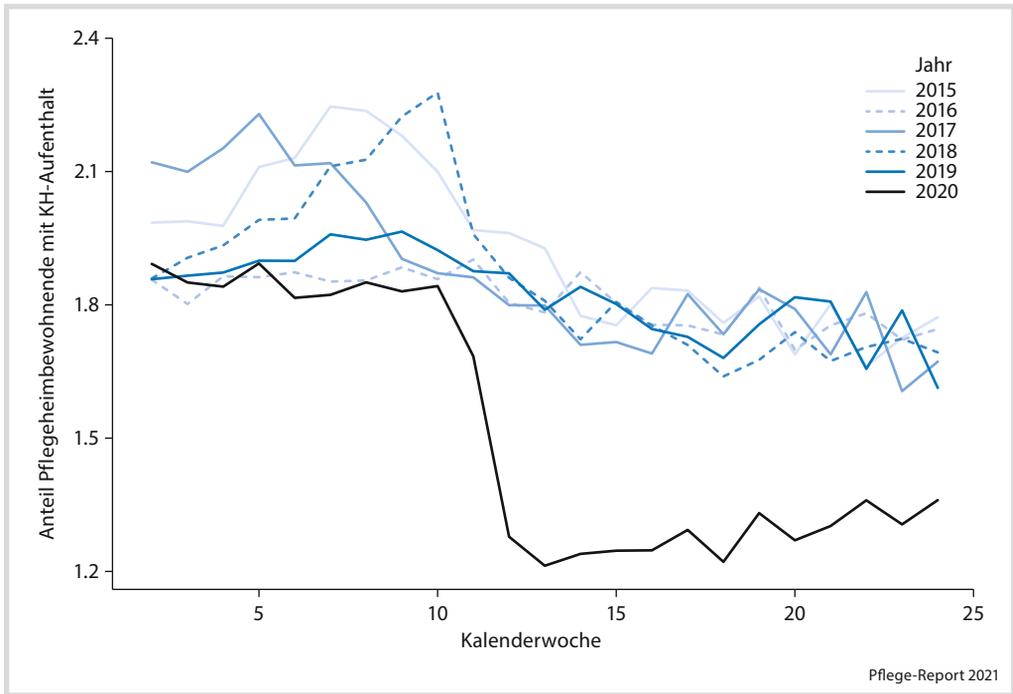
■ **Abb. 1.10** Anteil verstorbene vollstationär Pflegebedürftige im Krankenhaus (≥ 60 Jahre), bei denen eine gesicherte COVID-Diagnose dokumentiert wurde, nach Pflegegraden und Demenz, in %. (Quelle: AOK-Routinedaten 2020)

COPD oder Demenz (RKI 2021c) betroffen sind.

1.3.3 Auswirkung der COVID-Pandemie auf die Krankenhausversorgung der Pflegeheimbewohnenden

Ab Mitte März 2020 waren die Krankenhäuser angehalten, alle planbaren und elektiven Behandlungsanlässe zu verschieben (Mostert et al. 2021). Parallel dazu trat bereits mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz Ende März der Krankenhausrettungsschirm in Kraft. Dies spiegelt sich auch in den Krankenhausaufenthalten der Stichprobe der Pflegeheimbewohnenden wider, die nach der 10. Kalenderwoche insgesamt erheblich zurückgingen: Im Vergleich zur 10. Kalenderwoche reduzierte sich der Anteil der Aufnahmen zur 12. Kalenderwoche um rund ein Drittel. ■ Abb. 1.11 zeigt den Rückgang der Krankenhausaufnahmen gegenüber den Vorjahren.

Der Blick auf die Hauptdiagnosen der Krankenhaussfälle nach der internationalen Klassifikation (ICD) gibt einen Einblick in das behandelte Erkrankungsspektrum. Die Herzinsuffizienz (I50.-) stellte im Zeitraum der Kalenderwochen 11 bis 20 in den Jahren 2015 bis 2019 den weitaus häufigsten dokumentierten Behandlungsanlass dar, gefolgt von der Pneumonie (Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet J18.-) und der Hüftfraktur (Fraktur des Femurs S72.-). ■ Abb. 1.12 zeigt auf, in welchem Umfang die Krankenhausfallzahlen differenziert nach diesen häufigsten Behandlungsanlässen zurückgegangen sind. Deutlich wird, dass einerseits die Fallzahlen 2020 teilweise erheblich sanken, sich andererseits aber auch das Behandlungsspektrum verändert hatte. Hervorzuheben sind die Rückgänge bei sturzassoziierten Versorgungsanlässen wie Fraktur des Femurs (Rückgang



■ **Abb. 1.11** Anteil Pflegeheimbewohnender (≥ 60 Jahre) mit Krankenhausaufenthalt 2015–2020, in %. (Quelle: AOK-Routinedaten 2015–2020)

um 8 %) und intrakranieller Verletzung (Rückgang um 18 %). Ebenso wirkt die Veränderungen der im Kontext der sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausdiagnosen (ASK)⁷ zu verortenden Hauptdiagnosen Herzinsuffizienz (I50.-) – hier ist die Zahl der Fälle 2020 um 31 % eingebrochen – oder Chro-

nisch Obstruktive Lungenkrankheit (COPD) mit einem Rückgang von 39 % Fragen auf. Sind durch die Pandemie aufgrund der verminderten Mobilität der Bewohnerinnen und Bewohner Stürze „vermieden“ worden oder durch ggf. dann doch erfolgte ambulante Behandlung ggf. vermeidbare Krankenhaufälle verhindert worden oder zeigen die Ergebnisse auch eine Unterversorgung der Pflegeheimbewohnenden? Letzteres wäre am Beispiel der Fallzahlen des Hirninfarktes (I63.-) weitergehend zu untersuchen, die in der Stichprobe der hier analysierten Bewohnenden um 20 % eingebrochen sind. Drohan et al. 2020 haben für die Fallzahlreduktion für die Notfallindikation (akuter Hirngefäßverschluss mit über 24 h anhaltender neurologischer Funktionsstörung oder Nachweis einer durch Durchblutungsstörung ausgelösten Hirnläsion) dargelegt, dass der Rückgang der Schlaganfall-Behandlungszahlen nicht aus einer Überforderung des Ver-

⁷ Unter ambulant-sensitiven Hospitalisierungen werden Krankenhauseinweisungen gefasst, die – so die These – durch „Vorsorge oder rechtzeitige Intervention im ambulanten Sektor“ nicht erforderlich wären. Sundmacher und Schüttig (2015) haben nach US-amerikanischem Vorbild einen spezifischen deutschen Katalog ambulant-sensitiver Behandlungsanlässe im Krankenhaus (ASK) entwickelt. Da nicht für das hochaltrige Klientel und das Versorgungssetting Heim entwickelt, ist die Übertragung auf Pflegeheimbewohnende sicherlich eingeschränkt. Aktuell entwickelt die Universität Witten/Herdecke im Rahmen eines durch den Innovationsfonds geförderten Projekts eine Liste vermeidbarer Krankenhausbehandlungen für Heimbewohnende (PSK).

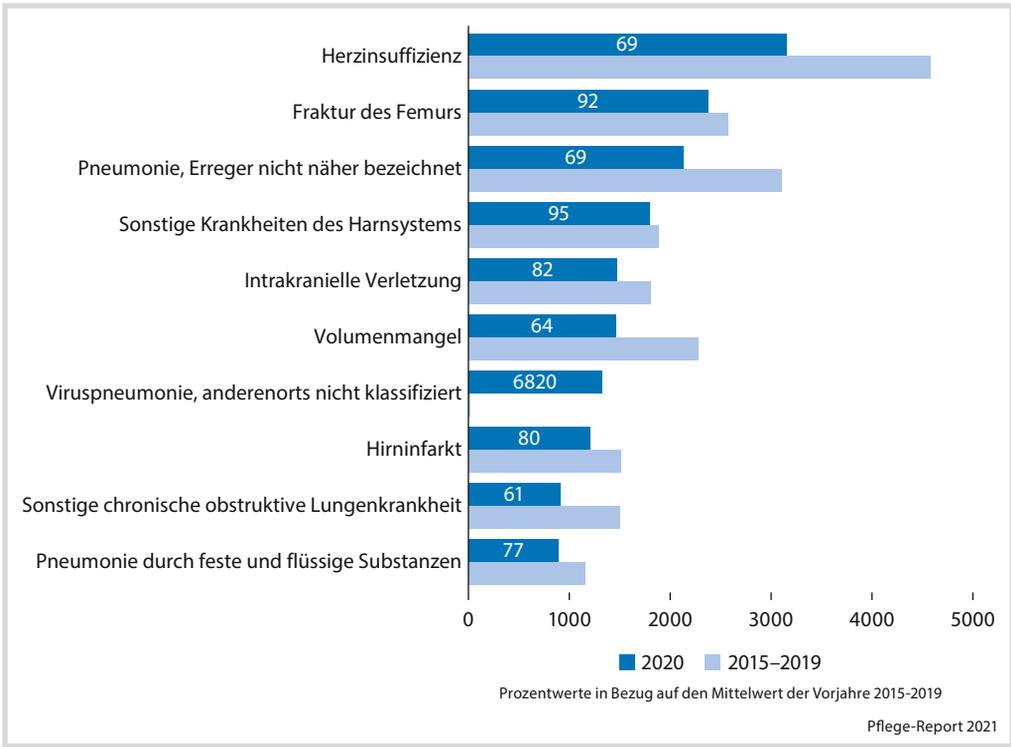


Abb. 1.12 Krankenhausfälle 2020 nach den zehn häufigsten Hauptdiagnosen (nach ICD-Kapiteln) im Vergleich zum Mittelwert der Vorjahre 2015–2019, in %

sorgungssystems Krankenhaus resultiert und vermuten, dass die Ursachen darin liegen, dass die Bevölkerung einen nicht für unbedingt nötig gehaltenen Krankenhausaufenthalt vermied sowie Verzögerungen bei den Einweisungen älterer Menschen aufgrund sozialer Isolation während der Pandemie auftraten. Dies wirft für das Versorgungssetting Pflegeheim bezüglich der ärztlichen Betreuung – aber auch der Initiierung dieser durch die Pflegefachkräfte – erhebliche Fragen auf, denn qualifiziertes Personal sollte wissen, dass Betroffene bei Schlaganfallsymptomen umgehend ärztliche Behandlung erhalten sollten, auch in Hochphasen der Pandemie und im Lockdown.

1.4 Diskussion und Ausblick

Schon vor der Pandemie zeigten sich deutliche Defizite hinsichtlich des Zusammenlebens so vieler hochbetagter, meist schwer kranker Menschen: Die Personaldecke in der Pflege ist viel zu dünn (Rothgang et al. 2020), die Qualifikation des Personals ist angesichts der Krankheitslage nicht mehr adäquat (vgl. Stemmer in diesem Band), die Patientensicherheitskonzepte sind unzureichend (Hölscher et al. 2014) und die fachärztliche Betreuung ist für die meisten Fachgruppen unterproportional (Schulz et al. 2020).

Die Corona-Krise deckt diese Schwächen des stationären Pflegesystems auf Kosten der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und des pflegerischen Personals nun konsequent auf. Dieser Beitrag legt erste Befunde aus dem

Kontext des durch den GKV-Spitzenverband geförderten Forschungsprojekts Covid-Heim vor, das die Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) durchführt. Er beschränkt sich dabei auf die Situation der Pflegebedürftigen im Heim in der ersten Pandemiewelle von März bis Mai 2020 mit Ergebnissen zur allgemeinen Sterblichkeit sowie zur Sterblichkeit bei im Krankenhaus behandelter COVID-Erkrankung und auf Befunde zu den Veränderungen in der Krankenhausbehandlung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. Die Fakten zusammengefasst: Die Sterblichkeit von vollstationär Pflegebedürftigen vor der ersten Corona-Welle des Jahres 2020 war geringer als in den Vorjahren 2015, 2017 und 2018 mit ihren ausgeprägten Grippewellen, jedoch wendete sich das Blatt mit der 14. Kalenderwoche 2020. Bereits drei Wochen nach dem Start des Lockdowns am 16. März lag der Anteil der Verstorbenen in den Heimen verglichen zum Mittel der Vorjahre um 20 % höher. Und jeder fünfte COVID-bedingte Krankenhausaufenthalt und fast jeder dritte COVID-Todesfall im Krankenhaus entfiel auf eine vollstationär versorgte pflegebedürftige Person. Die Ergebnisse zum massiven Rückgang der Krankenhausaufnahmen von Pflegebedürftigen aus den Heimen um rund ein Drittel zwischen der 10. und 12. Kalenderwoche des Jahres 2020 könnten auf eine mögliche gesundheitliche Unterversorgung der Pflegeheimbewohnenden in der Periode des ersten Lockdowns hindeuten.

Als Fazit dieser nachgewiesenen Problemfelder ergeben sich Ableitungen sowohl für künftigen Forschungsbedarf als auch für erste Handlungsbereiche. Deutlich wird mit der schnell steigenden Mortalität und den hohen Zahlen an verstorbenen Heimbewohnerinnen und -bewohnern, dass die direkten gesundheitlichen Auswirkungen auf die hochbetagte Klientel bereits in der Anfangsphase der Pandemie massiv waren (vgl. RKI 2021d). Noch gibt es Evidenzlücken, welchen Komorbiditäten und deren Zusammenspiel im Setting Pflegeheim welche Bedeutung zukommt, wenn

es darum geht, den Tod der an COVID-19 erkrankten Heimbewohnenden zu erklären. Auch muss erforscht werden, ob und wie der Personalmangel, die psychische und physische Erschöpfung des Pflegepersonals und das eigene Krankheits- und Infektionsgeschehen beim Pflegepersonal zur Krisensituation in den Heimen beigetragen hat (vgl. Covid-Heim/1. Report 2021). Klar wird angesichts der Fakten ebenso, dass der Infektionsschutz für die pflegebedürftige Gruppe der im Heim Lebenden in der ersten Phase der Pandemie nicht ausreichte, um diese vor massenhaften Ansteckungen und der hohen Mortalität zu schützen (vgl. Schrappe et al. 2020a). Dringend muss nun untersucht werden, inwiefern die verbesserte Hygiene- und Schutzsituation (Masken, Schutzkleidung für Pflegendе und Angehörige, Tests, Umbauten in den Heimen z. B. mit Plexiglaswänden, später: Impfen) während der zweiten Pandemiewelle ein Baustein der Infektionsprävention darstellte und welche dieser Schutzmaßnahmen zur Standardausstattung aller Heime zur Vermeidung von Infektionen bei künftig auftretenden viralen Gefährdungen gehören müssen.

Was auf keinen Fall noch einmal zur Gefährdungsvermeidung herangezogen werden darf, ist die generelle Isolierung alter Frauen und Männer von der Außenwelt und von ihren Angehörigen. Untersucht werden muss, wie Isolation, Kontaktsperren zu Angehörigen und die Einschränkung der Bewegungsfreiheit das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner beeinflussten und welche technischen, baulichen, rechtlichen und personellen Veränderungen und Ressourcen benötigt werden, um zu vermeiden, dass sich eine solche Situation wiederholt. Noch fehlt es zudem an Evidenz zu den Langzeitwirkungen solcher Maßnahmen auf Gesundheit und Wohlbefinden der betagten Frauen und Männer im weiteren Lebensverlauf.

Weitere Forschungsfragen ergeben sich aus den oben dargestellten Ergebnissen zu den veränderten Krankenhausaufnahmen sowie dem Rückgang der Behandlungsfälle von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern im

1 Krankenhaus in der ersten Welle der Pandemie. Übernahm das ambulante Versorgungssystem Behandlungen, die vorher stationär versorgt wurden? Wurden möglicherweise unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden? Wurden eigentlich notwendige Behandlungen im Krankenhaus aus Sorge vor einer Infizierung nicht durchgeführt? Dies alles sind Forschungsfragen, die nicht nur generell, sondern auch konkret für die Situation der Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitversorgung gestellt werden müssen.

Es sind die oben genannten Fragen, die im Rahmen des Projekts Covid-Heim in den kommenden Monaten weiter untersucht werden mit dem Ziel, die Situation der Heimbewohnerinnen und -bewohner, ihrer Angehörigen und der Pflegekräfte möglichst umfassend zu beschreiben, um so eine belastbare Evidenz für Veränderungen im Versorgungssetting der stationären Langzeitpflege zu erhalten.

Literatur

- Asim M, Sathian B, Van Teijlingen E, Mekkodathil A, Subramanya SH, Simkhada P (2020) COVID-19 pandemic: public health implications in Nepal. *Nepal J Epidemiol* 10(1):817
- Buonsenso D, Piano A, Raffaelli F, Bonadia N, Donati KDG, Franceschi F (2020) Novel coronavirus disease-19 pneumoniae: a case report and potential applications during COVID-19 outbreak. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 24:2776–2780
- Bund-Länder-Beschlüsse (2020) Telefonkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 13. Dezember. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1827366/69441fb68435a7199b3d3a89bfff2c0e6/2020-12-13-beschluss-mpk-data.pdf?download=1>. Zugegriffen: 14. Dez. 2020
- Covid-Heim 1. Report (2021) Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Ergebnisreport 1: Systemrelevant und stark belastet: Zum Befinden des Pflegepersonals in der Corona-Pandemie. <http://www.charite.de>
- Cucinotta D, Vanelli M (2020) WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis* 91(1):157
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (Hrsg) (2020) S1-Leitlinie – Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie – Langfassung – AWMF-Registernummer 184–001. <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelleleitlinien.html>. Zugegriffen: 24. Nov. 2020
- Drogan D, Pfeilschifter W, Scholz K, Zacher J, Günster C (2020) Effekte des Covid-19-Lockdowns auf die stationäre Behandlung von Patienten mit Herzinfarkt, Schlaganfall und Hüftfraktur in Deutschland. In: Klauber J, Dormann F, Kuhlen R (Hrsg) *Qualitätsmonitor 2020*. Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV), Berlin, S 223–260
- Hölscher U, Gausmann P, Haindl HH, Heidecke CD, Hübner NO, Lauer W, Lauterberg J, Skorning M, Thürmann P (2014) Patientensicherheit als nationales Gesundheitsziel: Status und notwendige Handlungsfelder für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 108:6–14
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 7(7):e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hower KI, Pfaff H, Pfortner T-K (2020) Pflege in Zeiten von COVID-19: Onlinebefragung von Leitungskräften zu Herausforderungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien. *Pflege* 33(4):207–218. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000752>
- Iaccarino G, Grassi G, Borghi C, Ferri C, Salvetti M, Volpe M (2020) Age and multimorbidity predict death among COVID-19 patients: results of the SARS-RAS study of the Italian Society of Hypertension. *Hypertension* 76(2):366–372
- Karagiannidis C, Mostert C, Hentschker C, Voshaar T, Malzahn J, Schillinger G, Klauber J, Janssens U, Marx G, Weber-Carstens S, Kluge S, Pfeifer M, Grabenhenrich L, Welte T, Busse R (2020) Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study. *Lancet Respir Med* 8(9):853–862. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30316-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30316-7)
- Keller M Corona in Alten- und Pflegeheimen: „Die Pandemie hat uns kalt erwischt“. <https://www.tagesspiegel.de/wissen/corona-in-alten-und-pflegeheimen-die-angehoerigen-reagieren-zu-95-prozent-mit-verstaendnis/25756662-2.html> (Erstellt: 24. Apr. 2020). Zugegriffen: 3. Dez. 2020
- Kessler E-M, Strumpfen S, Kricheldorf C, Franke A, Pantel J, Gellert P (2020) „Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen“: Gemeinsames Statement der Sektionen für Geriatrie (II), Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III), Soziale Gerontologie und Altenhilfe (IV) der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG e. V.) vom 24. Apr. 2020. https://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/covid-19/20200424_DGGG_

- [Statement_Sektionen_II_III_IV_Soziale_Teilhabe_und_Partizipation.pdf](#), Zugegriffen: 03. Dez. 2020
- Mangiapane S, Zhu L, Czihal T, von Stillfried D (2021) Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Trendreport_3_Leistungsanspruchnahme_COVID_final.pdf. Zugegriffen: 16. Febr. 2021
- Mueller AL, McNamara MS, Sinclair DA (2020) Why does COVID-19 disproportionately affect the elderly? Preprints.org <https://doi.org/10.20944/preprints202004.0548.v1>
- Mostert C, Hentscher C, Scheller-Kreinsen D, Günster C, Malzahn J, Klauber J (2021) Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt. Springer, Berlin Heidelberg, S 277–306
- Panagiotou OA, Kosar CM, White EM, Bantis LE, Yang X, Santostefano CM, Mor V (2021) Risk factors associated with all-cause 30-day mortality in nursing home residents with COVID-19. *JAMA Intern Med* 181(4):439-448, DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.7968
- RKI – Robert Koch-Institut (2020) Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 11. März 2020. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-11-de.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 12. Jan. 2021
- RKI – Robert Koch-Institut (2021a) Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19 Stand: 18.3.2021. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html. Zugegriffen: 20. März 2021
- RKI – Robert Koch-Institut (2021b) Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) 20.03.2021 – aktueller Stand für Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Maerz_2021/2021-03-20-de.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 20. März 2021
- RKI – Robert Koch-Institut (2021c) Epidemiologisches Bulletin 2/2021 – Beschluss der STIKO zur 1. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/02_21.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 15. März 2021
- RKI – Robert Koch-Institut (RKI) (2021d) *Journal of Health Monitoring (JoHM S4/2021): Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review*. www.rki.de/johm-covid19. Zugegriffen: 27. März 2021
- Rothgang H, Cordes J, Fünfstück M, Heinze F, Kalwitzki T, Stolle C (2020) Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf. Zugegriffen: 30. März 2021
- Schrappe M, François-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G (2020a) Thesenpapier 3: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19 – Strategie: Stabile Kontrolle des Pandemiegeschehens, Prävention: Risikosituationen verbessern, Bürgerrechte: Rückkehr zur Normalität. Köln Berlin Bremen Hamburg. <http://www.metthias.schrappe.com/index.htm>. Zugegriffen: 27. März 2021
- Schrappe M, François-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G (2020b) Thesenpapier 6, Teil 6.1: Epidemiologie. Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19, Zur Notwendigkeit eines Strategiewechsels. Köln Berlin Bremen Hamburg, 22.11. *Monit Versorgungsforsch* 13:76–92. <https://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2267>
- Schulz M, Tsiasioti C, Czwikla J, Schwinger A, Gand D, Schmidt A, Schmiemann G, Wolf-Ostermann K, Rothgang H (2020) Claims data analysis of medical specialist utilization among nursing home residents and community-dwelling older people. *BMC Health Serv Res* 20(1):690. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05548-0>
- Simonetti A, Pais C, Jones M, Cipriani MC, Janiri D, Monti L, Landi F, Bernabei R, Liperoti R, Sani G (2020) Neuropsychiatric Symptoms in Elderly With Dementia During COVID-19 Pandemic: Definition, Treatment, and Future Directions. *Front Psychiatry* 11:579842. DOI: 10.3389/fpsy.2020.579842
- 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

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Gerechte Priorisierungen?

Pflegeethische Aspekte der COVID-19-Maßnahmen für pflegebedürftige Personen

Andreas Lob-Hüdepohl

Inhaltsverzeichnis

- 2.1 Körperliche Distanz und soziale Isolierung:
das Grunddilemma
der COVID-19-Schutzmaßnahmen – 22
- 2.2 Ethische Rechtfertigung von
Priorisierungsentscheidungen im Raum der Pflege – 23
- 2.3 Pflege und die *Taktilität* menschlicher Würde – 25
- 2.4 Der Ernstfall medizinischer Triage und seine Auswirkung
auf Pflegebeziehungen – 27
- 2.5 Kurzer Ausblick: Pflegefachpersonen und
An- und Zugehörige – 29
- Literatur – 30

■ Zusammenfassung

Die Sars-CoV-2-Pandemie hat von Anfang an Priorisierungen erforderlich gemacht. Oberstes Ziel war und ist die Verhinderung schwerster und letaler Krankheitsverläufe sowie eines Kollapses der Gesundheitssysteme. Die dazu erforderliche umfassende Strategie der körperlichen Distanz hat zu erheblichen Schäden geführt, die auch die gesundheitliche Versorgung vieler erkrankter und pflegebedürftiger Menschen betraf. Priorisierungen sind der Versuch, Bevorzugen und die damit unweigerlich verbundenen Hintanstellungen von Personen durch eine nachvollziehbare, kriteriengeleitete Güterabwägung moralisch zu begründen. Oberstes und als einziges absolut geltendes Kriterium ist die Menschenwürde. Sie steht für die Selbstzwecklichkeit jedes Menschen und seinen Anspruch auf Zugehörigkeit zur menschlichen Gemeinschaft. Gerade im Bereich der Pflege wird die Zugehörigkeit über leibliche Berührungen zwischen den Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen sowie den Pflegefachkräften erfahrbar. Gerade diese Taktilität wird durch die soziale Isolation unterbunden. Und selbst die medizinische Triage wirkt sich bis in die Pflege aus.

From its very beginning, the SARS-CoV-2 pandemic necessitated prioritisations. The primary goal was and still is to prevent the most severe and lethal clinical courses of the disease as well as a collapse of the health care system. The all-encompassing strategy of physical distancing caused considerable harm that affected the health care of ill and care-dependent persons. Prioritisation is the attempt to morally justify preferences – and subordinations which are inevitably related with them – by a comprehensible, criteria-based balancing of interests. The only criterion which applies unconditionally is human dignity. Every human being is an end in itself and entitled to belong to the human community. In the care sector, this belonging is experienced especially through physical contact and touch – between each other, with caregivers, relatives or other

close people. Social isolation prevents precisely this tactility. And even medical triage has an impact on the care sector.

2.1 Körperliche Distanz und soziale Isolierung: das Grunddilemma der COVID-19-Schutzmaßnahmen

Priorisierungsentscheidungen von bislang ungeahnter Tragweite prägen die staatlich verordneten COVID-19-Maßnahmen seit Beginn der Sars-CoV-2-Pandemie. Die erste und zweifelsohne einschneidendste Priorisierung führte im März 2020 in nahezu allen betroffenen Ländern zu einem *Lockdown*, der weite Bereiche des öffentlichen und privaten Lebens erfasste. Auch in Deutschland hatten die Verhinderung eines kollabierenden Gesundheitssystems und insbesondere der Schutz intensivmedizinischer Versorgungskapazitäten vor einer dramatischen Überlast oberste Priorität. Zentrales Instrument war und ist eine möglichst umfassende Strategie der körperlichen Distanz im privaten wie öffentlichen Leben.¹

Wie jede Priorisierung führte auch diese Entscheidung zwangsläufig zur Hintanstellung anderer Güter, die neben einem funktionierenden Gesundheitssystem für ein gelingendes Leben aller betroffenen Menschen und deren Lebensqualität ebenfalls sehr erheblich sind. Diese Hintanstellung zog teils schwere Begleitschäden nach sich: Für alle Bürgerinnen und Bürger bedeutete der *Lockdown* eine weitreichende Einschränkung elementarer Freiheits- und politischer Partizipationsrechte. Bestimmte Berufsgruppen im produzierenden Gewerbe ebenso wie im Bereich der Kultur, der Gastronomie oder des Touris-

¹ Irrigerweise wurde diese Strategie lange Zeit als *social distancing* bezeichnet. Freilich geht es ihr allein um die konsequente Vermeidung körperlicher Nähe bzw. Kontaktnahme, keinesfalls aber um die Vermeidung sozialer Kommunikation und Nähe (Lob-Hüdepohl 2020a).

mus trafen die Maßnahmen empfindlich und gefährde(te)n sogar deren Existenz. Ganz besonders traf es aber Personen, die zu den verletzlichsten Gruppen zählen und schwerwiegenden psychosozialen sowie gesundheitlichen Risiken ausgesetzt wurden: Patientinnen und Patienten, deren medizinische Behandlung als nicht zwingend gewichtet („posteriorisiert“) und deshalb verschoben wurde; Frauen und Kinder, die im *Lockdown* durch den enormen sozialen Stress von häuslicher Gewalt bedroht sind; Personen, die Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe oder der Sozialpsychiatrie nutzen, denen aber Besuchskontakte wie Arbeits-, Bildungs- und Therapieangebote weitgehend vorenthalten wurden (DER 2020b). Solche und weitere Beschränkungen und Verbote „sorgen auf vielen Ebenen für psychische, soziale und spirituelle Belastungen mit Auswirkungen auf die Gesundheit“ (DGP 2020, S. 1).

Die Begleitschäden der Strategie körperlicher Distanz trafen auch Pflegebedürftige in der stationären wie ambulanten Langzeitpflege ebenso wie deren An- und Zugehörige oder Pflegefachpersonen mit voller Härte (ZQP 2020; Koppelin 2020; Seidler et al. 2020). Die Dramatik der Situation zeigt sich in folgendem Dilemma: Einerseits tragen pflegebedürftige Personen ein vielfach erhöhtes Risiko, sich mit dem Sars-CoV-2-Erreger anzustecken, an COVID-19 schwer zu erkranken sowie sogar zu versterben. Alle bislang verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass über die Hälfte der tödlichen COVID-19-Erkrankungen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen betreffen (IPP 2020). Von daher benötigen sie den größten Schutz. Neben den üblichen Hygienemaßnahmen des Pflegefachpersonals schienen nur eine strenge Abschirmung der Pflegebedürftigen von Außenkontakten sowie interne Kontaktsperren in den Einrichtungen diesen Schutz wenigstens einigermaßen zu gewährleisten – mindestens so lange, wie andere präventive wie therapeutische Schutzmaßnahmen (wirksamer Impfschutz, effektive Behandlungsmöglichkeiten usw.) noch nicht zur Verfügung stehen. Andererseits führen genau diese internen

wie externen Kontaktsperren – neben An- und Zugehörigen werden auch den haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von externen Dienst- und Versorgungsleistungen (SAPV, Ergo-, Logo- oder Physiotherapie, Besuchsdienste, seelsorgerische Begleitung usw.) der Zugang erschwert oder sogar verunmöglicht – zu einer sozialen Isolation, die schwere Schäden verursachen und sogar zu einer erhöhten Sterblichkeit der Pflegebedürftigen führen kann (Seidler et al. 2020). Daran zeigt sich die *Tragik* des Dilemmas: Es kollidieren miteinander solch bedeutsame Schutzgüter, deren substantielle Gefährdung für sich genommen unmöglich akzeptiert werden könnte, die aber bei Priorisierung des Einen als hintangestelltes Anderes verletzt werden.

2.2 Ethische Rechtfertigung von Priorisierungsentscheidungen im Raum der Pflege

Moralische Dilemma-Situationen sind weder gesamtgesellschaftlich noch für die Pflege ungewöhnlich. Sie nötigen regelmäßig zu einer Güterabwägung, die anerkannten ethischen Prinzipien und Prozeduren folgt. Darin erzeugen sie ethische Legitimität. Das gilt gerade in Zeiten der Corona-Pandemie. Schon ganz zu Beginn der Pandemie hat der Deutsche Ethikrat auf die Pflicht steter Rechtfertigung solcher Güterabwägungen beziehungsweise Priorisierungsentscheidungen hingewiesen: „Der ethische Grundkonflikt“ im Rahmen der COVID-19-Maßnahmen „erfordert die Abwägung des erhofften Nutzens einer Strategie der körperlichen Distanz für die dauerhaft belastbare Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems mit den befürchteten oder unmittelbaren Schäden für die politische, soziale, wirtschaftliche oder kulturelle Lebenslage derjenigen Personen oder Personengruppen, die von dieser Strategie unmittelbar oder mittelbar betroffen sind. Solche Abwägungen, die immer auch Nützlichkeitsabwägungen einschließen,

sind“, so der *Ethikrat*, „ethisch einerseits unabdingbar, andererseits nur insofern zulässig, als sie keine Grund- und Menschenrechte oder weitere fundamentale Güter auf Dauer aushöhlen oder gar zerstören.“ Selbst der Schutz des Lebens gilt nicht absolut: „Ihm dürfen nicht alle anderen Freiheits- und Partizipationsrechte sowie Wirtschafts-, Sozial- und Kulturrechte *bedingungslos* nach- bzw. untergeordnet werden.“ (DER 2020b, S. 6)

Die Komplexität solcher Abwägungsprozesse wird dann erhöht, wenn grund- und menschenrechtliche Ansprüche miteinander kollidieren. Für den Bereich der Pflege lässt sich ein solcher Konflikt am Recht auf „körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit“ illustrieren, wie es die *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* im Artikel 2 zusammenfasst: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.“ (BMFSFJ 2018, S. 10) Daraus folgt einerseits der Anspruch von Pflegebedürftigen, vor Infektionen mit dem Sars-CoV-2-Erreger wirksam geschützt zu werden – notfalls eben auch durch eine Strategie der körperlichen Distanz. Andererseits gehört zum Schutz seelischer Unversehrtheit, „dass keine freiheitseinschränkende Maßnahmen angewendet“ werden dürfen. Beschränkungen der Bewegungs- oder auch Kontaktfreiheit sind nur dann erlaubt, wenn die Gefährdung nicht anders abgewehrt werden kann und die Betroffenen – ersatzweise ihre rechtlichen Vertreter – dieser Einschränkung zustimmen (ebd., S. 11). Wie in einem Brennglas bündelt diese Kollision von situationsbezogen gegenläufigen Schutzansprüchen das, was gelegentlich mit *sekundärer Vulnerabilität* bezeichnet wird (DER 2018, S. 51 f): Maßnahmen, die eine primäre Verletzlichkeit von Menschen – hier: die Ansteckungs-, Erkrankungs- und Todesgefahr – verhindern (wollen), bergen unweigerlich auf einer anderen Ebene schwere Risiken, ebenfalls für Leib und Leben.

Die gebotene Güterabwägung bringt zu nächst das medizin- beziehungsweise pflege-

ethische Prinzip der *Nichtschädigung* ins Spiel (SBK 2013). Freilich fordert dieses Prinzip nicht nur die Abwehr von Selbstschädigung, sondern auch die Abwendung von Fremdschädigungen. Läge in einem Pflegeheim nur die Gefahr einer Selbstschädigung der einzelnen Pflegebedürftigen vor, dann müsste ihnen – und letztlich *nur* ihnen – die Entscheidung obliegen, welches Schutzgut sie priorisieren: den vorrangigen Schutz ihrer körperlichen oder aber ihrer psychosozialen und seelischen Unversehrtheit. Das Problem der Corona-Pandemie besteht aber nicht nur in der Gefahr eigener Ansteckung und Erkrankung, sondern auch im hohen Risiko der Transmission des Erregers *auf andere*. Insofern hätten Priorisierungsentscheidungen, die jede/r Einzelne *für sich* träge, unmittelbare Auswirkungen auf die Gefährdungslage vieler anderer und damit deren Anspruch auf Nichtschädigung. Selbst wenn ich als Pflegebedürftiger das Risiko eigener schwerer oder vielleicht sogar tödlich verlaufender COVID-19-Erkrankung zugunsten etwa der Aufrechterhaltung meiner sozialen Kontakte *als Akt meiner Selbstbestimmung* akzeptieren würde, wäre diese Entscheidung prinzipiell limitiert durch die Schutzinteressen eben jener anderen, die fast schon sprichwörtlich „auf Gedeih oder Verderb“ mit mir zusammenleben. Und zu diesen *anderen* zählen nicht nur die Mitbewohnenden eines Pflegeheims, sondern prinzipiell auch dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – auch wenn diese im Rahmen ihrer Berufsausübung selbst beziehungsweise ihre Arbeitsgeber für geeignete Schutzausrüstungen Sorge zu tragen haben. Diesen Ausgleich von Nichtschädigungsansprüchen gebietet das Prinzip der *Gerechtigkeit*: Gleiche sind gleich zu behandeln. Zwar mag die persönliche Priorisierungsentscheidung zugunsten seelischer Unversehrtheit das Wohlbefinden des Einzelnen befördern und insofern dem pflegeethischen Prinzip der *Wohltätigkeit* zur Geltung verhelfen. Im Konfliktfall fordert aber das Prinzip der Gerechtigkeit den Vorrang des elementaren Basisschutzes möglichst aller vor dem maximalen Bestschutz einiger weniger.

Das Prinzip der Selbstbestimmung Pflegebedürftiger kommt im Rahmen von Güterabwägungen und Priorisierungsentscheidungen nochmals anders zum Tragen. Persönliche Selbstbestimmung ereignet sich auch da, wo Personen sich gemeinschaftlich auf solche Entscheidungen verständigen, die sie gemeinsam betreffen. Auf der gesellschaftlichen Makroebene sind es die gewählten Mandatsträger in den Parlamenten, die solche gemeinschaftlichen Beschlüsse – dann sogar rechtsverbindlich – über einschneidende Priorisierung treffen. Auf der Mikroebene etwa eines Pflegeheimes wäre entsprechend zu fordern, dass die einrichtungsbezogenen Schutzkonzepte und die ihnen zugrundeliegenden Priorisierungsentscheidungen im Rahmen des rechtlich Zulässigen wenigstens unter der entscheidungsrelevanten Mitwirkung der Pflegebedürftigen *gemeinschaftlich* legitimiert und nicht allein von der Heimleitung oder dem Träger erlassen werden. Bei allem Respekt vor deren rechtlicher *Letztzuständigkeit*: Sie ist aber nicht zu verwechseln mit einer *Aleinzuständigkeit*. Bei „Gefahr im Verzuge“ mag auf solche Legitimationsverfahren von Priorisierungen unter unmittelbarer oder mittelbarer Beteiligung der Betroffenen verzichtet werden können; insofern sind Notfälle immer die „Stunde der Exekutivgewalt“ – im Kleinen wie im Großen. Mittel- und langfristig kann und darf die Exekutivgewalt die eigentlichen Legitimationsinstanzen aber nicht ersetzen. Was der *Deutsche Ethikrat* in seiner Ad-hoc-Stellungnahme zur Corona-Pandemie insgesamt gefordert hat, nämlich die Rückbindung an den demokratischen Souverän, gilt erst recht für Priorisierungsentscheidungen in kleinen sozialen Gebilden. Kein Heimvertrag und keine Allgemeinverordnung kann und darf die Legitimation von derart einschneidenden, grund- und menschenrechtsrelevanten Restriktionen durch die unmittelbar Betroffenen ersetzen – und verlief die Legitimation über den Weg eines parlamentarischen Pandemiegesetzes, das solche Priorisierungen unter Beteiligung der Betroffenenvertretungen verbindlich regeln würde.

2.3 Pflege und die *Taktilität* menschlicher Würde

Üblicherweise folgen ethische Güterabwägungen sogenannten „Vorzugsregeln“. Solche Priorisierungen können sich entweder an der Grundsätzlichkeit („Fundamentalität“) oder an der Bedeutsamkeit („Dignität“) der konkurrierenden moralischen Güter (gesundheitliche Schutzansprüche, Freizügigkeit usw.) orientieren. Die Vorzugsregel der Fundamentalität könnte beispielweise dem physischen Überleben gegenüber dem moralischen Gut der selbstbestimmten Freizügigkeit und Freizeitgestaltung innerhalb einer Pflegeeinrichtung deshalb mindestens vorübergehend den Vorzug geben, weil das physische Überleben unabwendbare Bedingung der Möglichkeit ist, die persönliche Freizügigkeit zu realisieren. Oder es mag den Schutz einer Gemeinschaftseinrichtung der individuellen Freizügigkeit ihrer Bewohnerinnen und Bewohner deshalb vorziehen, weil jede Person, die eigentlich ihre Freizügigkeit begehrt, aufgrund ihrer Lebenslage selbst auf die Funktionstüchtigkeit dieser Wohneinrichtung angewiesen ist. Umgekehrt kann die Vorzugsregel der Dignität etwa der Ausübung freier Alltagsgestaltung deshalb gegenüber dem Schutz des rein biologischen Überlebens den Vorrang einräumen, weil ein Leben ohne physische oder soziale Kontakte kein Mindestmaß an Lebensqualität ermöglicht, die für ein gelingendes Leben in Würde unerlässlich scheint.

Priorisierungsentscheidungen, die durch Güterabwägungen ihre ethische Legitimation erfahren, setzen darauf, dass selbst höchste moralische Güter im Konfliktfall gegeneinander abgewogen werden können und auch dürfen. Und tatsächlich gilt dies auch für grund- und menschenrechtliche Ansprüche, wie sie verfassungsrechtlich niedergelegt sind. Allerdings sind alle solche den Nutzen einkalkulierende Güterabwägungen begrenzt. Sie dürfen nie kategorische, also unbedingt verpflichtende moralische Schutzgüter zur Disposition stellen. Dabei sticht ein kategorisches morali-

ches Gut hervor: die Würde des Menschen. Sie ist – schon der Verfassung wegen – unantastbar. Ethisch gewendet: Es ist keine ethisch legitime Priorisierung denkbar, die die Würde eines der betroffenen Menschen substantiell verletzt. Die Menschenwürde ist absolut abwägungsresistent.

Menschenwürde bezeichnet das Um-seiner-selbst-willen-Dasein jedes einzelnen Menschen. Niemand darf als bloßes Mittel für andere instrumentalisiert, sondern jeder muss immer als Selbstzweck geachtet werden. Und dieser Achtungsanspruch ist strikt egalitär: Er gilt für jede und jeden – unabhängig von seiner situativen Verfassung, ihres Alters, seines Geschlechts, ihrer Herkunft usw. Würde ist nie davon abhängig, ob – und wenn ja, wie viel – ein Mensch (noch) wie lange einen Wert für sich oder für andere haben mag. Würde ist jeder Person inhärent. Sie wird keiner Person erst von anderen zugesprochen. Deshalb kann sie ihr auch niemals von anderen abgesprochen werden. Allerdings besitzt menschliche Würde gewissermaßen eine Erfahrungsdimension: Dass sie um ihrer selbst willen geachtet und anerkannt werden, müssen Menschen in zwischenmenschlichen Beziehungen konkret und leibhaftig erfahren können. Ansonsten verkümmerte die Menschenwürde zum bloß theoretischen Anspruch ohne Bezug zur Lebenswirklichkeit der betroffenen Personen. Diesen Aspekt greifen Menschenrechtskonventionen der jüngeren Zeit vermehrt auf. Die UN-Behindertenrechtskonvention spricht immer wieder von einem „starken Gefühl der Zugehörigkeit“ (UN-BRK 2006, Präambel), das durch gesellschaftliche Einbeziehung („inclusion“) und Teilhabe („participation“) bewirkt werden soll.

Das ethische Fundamentalprinzip der Achtung der Menschenwürde weist eine Komponente auf, die gerade im Kontext der Langzeitpflege besonders zum Tragen kommt: die *Taktilität* zwischenmenschlicher Beziehungen. Pflege besitzt eine spezifisch „*leibliche*“ Dimension, in der sich ihr besonders enger Personenbezug manifestiert: in den leiblich gebundenen Äußerungen sowohl der Gepflegten,

wie der Pflegenden in Mimik, Gestik und Haptik/Taktilität ihrer jeweiligen Körpersprache“ (DER 2020a, S. 26). Was der Deutsche Ethikrat im Frühjahr 2020 nur wenige Tage vor Verhängung des Corona-bedingten *Lock-downs* als einen essentiellen Maßstab für den Einsatz von „Robotik für gute Pflege“ zur Geltung gebracht hat, gewinnt in Zeiten der Pandemie-Bekämpfung durch physische Distanz eine beklommene, ja dramatische Aktualität. „Pflege“, erinnert zu Recht die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft in ihrer S1-Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“, „ist von direktem Kontakt gekennzeichnet, in dem Berührung eine substantielle Rolle spielt: Berührung als Teil der Körperpflege sowie als Teil zur Begrüßung, Beruhigung, Stütze und Unterstützung.“ (DGPf 2020, S. 17) Und solche leiblichen Berührungen ereignen sich auch da, wo allein die körperliche Anwesenheit anderer Personen im selben Raum erspürt und somit als wenigstens aufblitzende Momente von Beistand und Zugehörigkeit erfahren wird. Deshalb sind neben den Außenkontakten nicht zuletzt die internen Kontakte in Pflegeheimen wie das gemeinsame Essen, Erzählen oder Zuhören usw. so bedeutsam.

Solche Berührungen unmittelbarer wie mittelbarer Art vermitteln soziale Nähe in einer Weise, die durch keine virtuelle Kommunikation substituiert werden können. Es gibt im Verlauf jedes Lebens immer wieder Phasen, in denen diese Bemühungen unterbleiben (müssen) und Menschen physisch alleine sind. Aber Phasen selbstgewählten oder notgedrungenen Alleinseins müssen sorgfältig von der Erfahrung der Einsamkeit unterschieden bleiben. Einsamkeit wohnt das Moment des sozialen Verlassenseins, des Verlustes leibhaftig erfahrener Zugehörigkeit inne. Wo diese sich ausbreitet, gerät die Würde jedes Menschen unweigerlich unter Druck. Wo allein das Taktile zwischenmenschlicher Beziehungen solche Einsamkeit und Verlassenheit zu durchbrechen vermag – und das ist gerade in den Situa-

tionen der Pflege eher die Regel denn die Ausnahme –, da müssen leibliche Kontakte der Pflegebedürftigen über die professionellen Sorgebeziehungen hinaus mit den wichtigsten An- und Zugehörigen ermöglicht werden. Denn sie vermitteln die Erfahrung von Zugehörigkeit zur menschlichen Gemeinschaft. Physische Distanz („physical distancing“) fällt in diesen Konstellationen beinahe mit sozialer Distanz („social distancing“) zusammen. Sie dürften deshalb die höchste Priorität besitzen – mindestens um der Würde der Pflegebedürftigen willen.

Das hat erhebliche Rückwirkungen auf alle Priorisierungsentscheidungen. So dürfen die legitimen Schutzinteressen aller nicht durch Maßnahmen gesichert werden, die die Substanz einer menschenwürdigen Lebensführung bei bestimmten Personen beschädigen. Das aber ist bei einer nahezu vollständigen sozialen Isolation von Bewohnerinnen und Bewohnern innerhalb einer Einrichtung der Langzeitpflege oder gegenüber Außenkontakten ersichtlich der Fall. Hier müssen andere Wege gefunden werden, die die relevanten Schutzgüter miteinander versöhnen. Solche Wege bestehen: Die Transmission des Sars-CoV-2-Erregers in die Einrichtungen erfolgt überwiegend über die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Eine konsequente Teststrategie (insbesondere durch Schnelltests) kann offensichtlich das Infektionsrisiko und in der Folge das Risiko schwererer und tödlicher Erkrankung deutlich reduzieren. Damit kann dem Schutzinteresse aller Bewohner wie Mitarbeiter von Einrichtungen ohne solche Maßnahmen Rechnung getragen werden, die für viele Bewohner schlechterdings unzumutbar sind. Hier zeigt sich, dass kleinräumlichere Priorisierungsentscheidungen oftmals untrennbar mit grundsätzlichen Priorisierungen einer Gesellschaft verbunden sind. Denn von solchen grundsätzlichen Entscheidungen hängt ab, wo die ebenfalls knappen Testkapazitäten bevorzugt eingesetzt werden; konkret: ob für die Reiserückkehrer aus Risikogebieten zwecks Vermeidung einer ansonsten anstehenden Quarantäne oder aber bevorzugt für das Pflegeperso-

nal sowie für An- und Zugehörige, um soziale Isolierungen in der Langzeitpflege abzuwenden.

2.4 Der Ernstfall medizinischer Triage und seine Auswirkung auf Pflegebeziehungen

Die Menschenwürde Pflegebedürftiger wird auch dann bedroht, wenn Priorisierungsentscheidungen elementare Gerechtigkeitsgrundsätze verletzen und zu individuellen oder auch strukturellen Diskriminierungen führen. Diese Gefahr besteht derzeit auch bei der neuentfalteten Debatte zur sogenannten „medizinischen Triage“. Hier zeichnet sich eine ethisch gefährliche Akzentverschiebung im entscheidenden Priorisierungskriterium von der „höheren Dringlichkeit“ zur „besseren Erfolgsaussicht“ sowie eine ebenso ethisch bedenkliche Erweiterung zur sogenannten *Ex-post-Triage* ab.

Die traumatischen Bilder völlig überlasteter Intensivstationen in der oberitalienischen Stadt Bergamo vor Augen, standen auch in Deutschland intensivmedizinische Versorgungseinrichtungen vor dem Szenarium, welchen lebensbedrohlich erkrankten Patientinnen und Patienten in der Situation extremer Knappheit etwa der letzte Beatmungsplatz zugewiesen werden soll und welche Patienten hintangestellt und damit dem Tod ausgeliefert werden dürfen.² Unbestritten ist der erste Grundsatz klassischer medizinischer Triage: In Zeiten extremer Knappheit tritt die medizinisch eigentlich gebotene Orientierung an der *Bestversorgung* jedes einzelnen Patienten zurück und weicht dem Grundsatz der *Basisversorgung*, um möglichst vielen Behandlungsbedürftigen das Überleben zu sichern. Dafür darf die Behandlung jener Patienten zurückgestellt werden, deren Status keine sofortige Versorgung erfordert. Diese Priorisierung ist mittlerweile Standard in der Katastrophen- und Notfallmedizin, in der Notaufnahme von Kran-

2 Zum Folgenden ausführlich Lob-Hüdepohl 2020b.

kenhäusern, ja selbst in den Empfehlungen zum Umgang mit Influenza-Pandemien (Christ et al. 2010; Schoeller und Fuchs 2011). Sie wird auch schon in der COVID-19-Pandemie praktiziert: Aufschiebbare Operationen usw. sollen ausfallen, damit die Kapazitäten für lebensbedrohlich an COVID-19 Erkrankte vorsorglich freigehalten werden können. Diese Priorisierung folgt dem Kriterium der „höheren Dringlichkeit“: sofort, rasch, verzögert.

Die aktuell diskutierten Empfehlungen (DIVI 2020; BÄK 2020) erweitern die Triage um das Kriterium der „besseren Erfolgsaussicht“. Eine Priorisierung erscheint nun auch *innerhalb* der Gruppe *sofort* intensivmedizinisch Behandlungsbedürftiger erforderlich. Hier kann das Kriterium „höhere Dringlichkeit“ nicht mehr greifen. Das neueingeführte Kriterium der „besseren Erfolgsaussicht“ hat erhebliche Kritik ausgelöst. Unstrittig ist: Die Erfolgsaussicht einer (intensiv-)medizinischen Therapie muss immer ein wesentliches Element jeder medizinischen Indikationsstellung sein. Eine Behandlung, die keine hinreichende Aussicht auf Erfolg – also auf ein Überleben des Patienten ohne fortgesetzte intensivmedizinische Maßnahme – bietet, ist sinnlos und medizinisch nicht angezeigt. Strittig hingegen ist, ob der *Vergleich* zwischen besseren oder schlechteren Erfolgsaussichten darüber entscheiden darf, wer eine Überlebenschance durch Behandlung erhält *oder* wer ausscheidet (und deshalb verstirbt) – obwohl er eine *hinreichende* Erfolgsaussicht besitzt und seine (Weiter-) Behandlung nach wie vor medizinisch indiziert ist.

Diese Priorisierungsregel ist ethisch kaum zu rechtfertigen. Zwar ist die Fokussierung auf den Gesamtnutzen und mit ihr die Bevorzugung von Patientinnen und Patienten mit jeweils besseren Erfolgsaussichten zunächst plausibel. Immerhin werden bei zehn Personen mit einer durchschnittlichen Erfolgsaussicht von 75 % mehr Leben gerettet als bei zehn Personen mit einer durchschnittlichen Erfolgsaussicht von 60 %. Freilich wird diese numerische Erhöhung des Erfolgs nicht etwa durch ein langsames Genesen der Patienten

mit einer schlechteren Aussicht erwirtschaftet, sondern mit dem Verlust deren Lebens. Das aber widerspricht schon dem Gerechtigkeitsprinzip: Jeder behandlungsbedürftige Patient hat ein gleiches Anrecht auf die Chance einer therapiegestützten Genesung. Aus der Perspektive der Betroffenen ist es zweitrangig, ob ihre Überlebenschance 75 % oder nur 60 % beträgt. Natürlich freut sich jeder über eine bessere Prognose; dennoch wollen fast alle auch bei einer schlechteren Aussicht ihre faire Chance. Zudem führt das Kriterium der „besseren Erfolgsaussicht“ zu einer strukturellen Benachteiligung jener Personen, die aufgrund ihres Alters, ihrer Behinderung oder ihrer Vorerkrankung besonders vulnerabel sind. Auch wenn diese nur als ein Faktor in die Erfolgsprognose eingehen und keinesfalls „pauschal“ zum Ausschluss führen sollen; dennoch belasten sie die jeweilige Erfolgsprognose. Bei einem Vergleich mit anderen müssen sie diesen Nachteil durch besonders begünstigende Vorteile an anderer Stelle ausgleichen.

Noch ethisch bedenklicher wirkt das Kriterium der „besseren Erfolgsaussicht“, wenn es im Verlauf einer *Ex-post-Triage* zum Behandlungsabbruch bei nach wie vor behandlungseigneten Patientinnen und Patienten kommen sollte. Denn das sehen die Empfehlungen etwa der DIVI vor: Auch nach begonnener intensivmedizinischer Behandlung muss sich jeder Patient immer wieder dem *Ranking* der besseren Erfolgsaussicht stellen. Hat er oder sie nach wie vor eine Erfolgsaussicht, die zwar eine weitere Behandlung medizinisch rechtfertigt, die aber der besseren Erfolgsprognose eines neueingelieferten Patienten unterliegt, dann wäre die intensivmedizinische Behandlung abzubrechen und stattdessen eine palliative Versorgung einzuleiten (DIVI 2020). Was bedeutet es aber für die nunmehr Hintangestellten und ihre Angehörigen, wenn sie jederzeit befürchten müssen, dass der schlichte Zufall von Krankenhauseinweisungen ihnen besser prognostizierte Patienten an die Seite stellt und sie mit tödlichen Folgen aus dem Rennen des Überlebens drängt? Wer will ihnen

oder ihren bangenden Angehörigen mitteilen, ihre durchaus noch erfolversprechende Behandlung müsse abgebrochen werden, damit bei besser prognostizierten sich die eingesetzten Ressourcen ebenfalls besser rechneten? Zwar besteht kein Zweifel, dass das übliche Prinzip des „first-come-first-save“ tragische Situationen nicht verhindert. Es ist und bleibt immer bitter, *zu spät* zu kommen, nicht behandelt werden zu können und vom Schicksal in dieser Weise gestraft zu werden. Aber wird – im umgekehrten Falle – der später Genese ohne Bitternis sein Leben führen, wenn er weiß, dass sich dieser glückliche Umstand dem medizinisch nicht notwendigen Behandlungsabbruch und dem Tod eines vom Schicksal weniger begünstigten Patienten verdankt?

Die Diskussion um die neuen Kriterien medizinischer Triage bleibt nicht ohne Auswirkungen auf den „normalen“ Alltag der Langzeitpflege. Denn gilt das Kriterium der besseren Erfolgsaussicht, so werden an COVID-19 erkrankte Pflegebedürftige womöglich gar nicht mehr in intensivmedizinische Einrichtungen überstellt. Solche subtilen und von den Beteiligten oftmals nicht bemerkten Formen von Altersdiskriminierung, die sich in die Lagebeurteilungen von Pflegefachpersonen oder des medizinischen Personals einschleichen, können keinesfalls ausgeschlossen werden (Reiter-Theil und Albisser Schleger 2007). Ohnehin mag es verwundern, dass über die Hälfte der COVID-19-Toten in den Pflegeheimen gestorben sind, ohne vorher auf intensivmedizinische Abteilungen von Krankenhäusern verlegt worden zu sein.³ Zwar ist durchaus damit zu rechnen, dass eine Reihe der betroffenen Pflegebedürftigen eine Verlegung ins Krankenhaus oder intensivmedizinische Maßnahmen von sich aus ablehnen. Eine solche Willenserklärung ist ethisch wie rechtlich in jedem Fall bindend und deshalb unbedingt zu ermitteln und zu respektieren. In diesem Zusammenhang empfehlen mittlerwei-

le viele medizinische und pflegerische Fachgesellschaften (DIVI 2020; DGP 2020), gerade im Rahmen eines *Advance Care Planning* die jeweiligen Präferenzen und persönlichen Priorisierungen der Pflegebedürftigen behutsam zu ermitteln und beispielsweise in einer Patientenverfügung schriftlich zu fixieren. Zwar ist ein solches „Behandlung im Voraus Planen“ durchaus ein probates Mittel, mit dem schwererkrankte Pflegebedürftige ihr Selbstbestimmungsrecht wirksam wahrnehmen können. Gleichwohl besteht die Gefahr, dass ältere Pflegebedürftige auf intensivmedizinische Behandlungsoptionen allein deshalb verzichten, um den Druck der Priorisierungsnotwendigkeiten abzumildern. Das aber wäre eine Form von prekärer Selbstbestimmung, der man um der Würde pflegebedürftiger Patienten willen gerade auch in allen Arrangements der Pflege entgegenwirken muss (Lob-Hüdephl 2019).

2.5 Kurzer Ausblick: Pflegefachpersonen und An- und Zugehörige

Pflegebedürftige stehen zu Recht im Zentrum pflegeethischer Erwägungen. Das darf freilich nicht dazu führen, ihre wichtigsten Bezugspersonen aus den Augen zu verlieren: die Pflegefachpersonen ebenso wie die An- und Zugehörigen. Auch deren Situation hat sich durch die COVID-19-Pandemie erheblich verschlechtert. Jedenfalls konfrontieren erste empirische Befunde mit teils besorgniserregenden Tatbeständen: Knapp ein Viertel der Pflegefachpersonen zeigt starke Symptome vermehrter Depressivität, Angst oder Schlaflosigkeit (DGPf 2020, S. 25); Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Isolierbereichen und Intensivstationen („frontline healthcare professionals“) erleben die Zuspitzungen von andauernden Großschadensereignissen wie einer Pandemie als traumatisierend (DGP et al. 2020); An- und Zugehörige müssen wegbrechende ambulante Unterstützungsleistungen kompensieren, was insbesondere bei dementiell erkrankten

3 Vgl. Robert Koch-Institut, COVID-19-Lagebericht vom 17.12.2020, S. 6. Zugegriffen: 18. Dezember 2020.

Pflegebedürftigen zur signifikanten Zunahme von belastenden Gefühlen und Konflikten führt (ZQP 2020); und insbesondere in Situationen höchster Lebensbedrohung oder des Sterbens erfahren die aus Einrichtungen oder Intensivstationen ausgesperrten An- und Zugehörigen nicht nur ihre ganze Hilflosigkeit, sondern oftmals die Wucht eines schlechten Gewissens, ihre Angehörigen nicht einmal beim Sterben durch leibhafte Präsenz begleiten zu können.

Neben solchen Erfahrungen von Ohnmacht und Überforderungen stellen sich bei Pflegefachpersonen ebenso wie bei An- und Zugehörigen nicht selten die Gefühle von Schuld und Scham ein. In diesen Situationen ist es müßig darauf hinzuweisen, dass keinesfalls sie die dramatische Situation einer Pandemie verursacht haben und deshalb persönliche Schuld trifft. Doch Scham und Schuld folgen nicht immer dem Prinzip der persönlichen Verursachung eines Übels. Gerade *Care*-ethische Betrachtungen weisen auf die Bedeutsamkeit einer persönlichen Verantwortung hin, die sich allein von der Sorgebedürftigkeit eines Gegenübers in die Pflicht genommen weiß – völlig unabhängig davon, ob dessen Misere auf ein Fehlverhalten der Besorgten zurückzuführen ist oder nicht. Deshalb wird es gerade für Pflegefachpersonen darauf ankommen, sich von einer „Heldenmoral“ vermeintlicher Alleskönner zu verabschieden, an und vor der sie nur scheitern können. Stattdessen hätten sie die bleibende Begrenztheit und Kontingenz auch ihrer eigenen beruflichen Handlungskompetenz zu akzeptieren und deren Grenzen behutsam zu weiten.

Das entspräche der professionellen Grundhaltung einer ernsthaften Gelassenheit. Ernsthaft ist diese Gelassenheit, weil sie das Schmerzhaftes alles Brüchigen und Verletzlichen nicht einfach beiseiteschiebt, sondern zum Anlass nimmt, die Dramatik und Tragik etwa einer COVID-19-Pandemie gerade für Pflegebedürftige soweit als möglich zu verhindern oder abzumildern. Alles andere wäre nur zynisch und obszön. Gelassen ist eine solche Ernsthaftigkeit aber darin, dass sie Allmächts-

vorstellungen der eigenen Profession oder Allzuständigkeitserwartungen von Seiten Dritter zurückweist und stattdessen Räume eröffnet, in denen die Sprachlosigkeit von Schuld und Scham eine Sprache finden kann – und sei es im Modus jenes *bereden* Schweigens, dessen Trauer über die leidvoll erfahrenen Schicksale nur durch die protestierende Klage einer Fassungslosigkeit unterbrochen wird, die sich durch die Wucht von Priorisierungsentscheidungen und deren Schäden für die Pflegebedürftigen unweigerlich einstellt.

Literatur

- BÄK (Bundesärztekammer) (2020) Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2 Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels. (Zugegriffen: 7. November 2020)
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2018) Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. (Zugegriffen: 7. November 2020)
- Christ M et al (2010) Triage in der Notaufnahme. Moderne evidenzbasierte Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit. *Dtsch Arztebl* 107/50:892–898
- DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) et al (2020) Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive. (Zugegriffen: 7. November 2020)
- DGPf (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft) (2020): S-1-Leitlinie Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. Langfassung. (Zugegriffen: 7. November 2020)
- DIVI (Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) et al (2020) Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen. (Fassung vom 25. März 2020) Zugegriffen: 13. April 2020
- Deutscher Ethikrat (2018) Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme, Berlin
- Deutscher Ethikrat (2020a) Robotik in der Pflege. Stellungnahme, Berlin
- Deutscher Ethikrat (2020b) Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. AD-HOC-Empfehlung. Berlin

- IPP (Institut für Public Health und Pflegeforschung) (2020) Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. (Zugegriffen: 7 November 2020)
- Koppelin F (2020) Das gegenwärtige Ausgangs- und Besuchsverbot in Pflegeheimen in. eine kritische Reflexion aus der Perspektive der Angehörigen und der Gesundheitswissenschaften. Pflegewissenschaft. Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, Deutschland, S 76–78
- Lob-Hüdepohl A (2019) Gelassen. Gestalten. Moraltheologische Erkundungen zum „Advance Care Planning“. In: Höfling W, al (Hrsg) Advance Care Planning/Behandlung im Voraus planen: Konzept zur Förderung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung. Nomos, Baden-Baden, S 109–129
- Lob-Hüdepohl A (2020a) Tragische Entscheidungen in Zeiten von Corona. (Zugegriffen: 7 November 2020)
- Lob-Hüdepohl A (2020b) Von „höher Dringlichkeit“ zur „besseren Erfolgsaussicht“. Gefährliche Akzentverschiebungen bei aktuellen Triage. Kriterien In: Woessler M, Sass H-M (Hrsg) Medizin und Ethik in Zeiten von Corona. Lit-Verlag, Berlin, S 22-33
- Reiter-Theil S, Albisser Schleger H (2007) Alter Patient (k)ein Grund zur Sorge? Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten. Notfall Rettungsmed 10:189–196
- SBK (2013) Ethik und Pflegepraxis. Bern
- Schoeller A, Fuchs C (2011) Triage bei Influenzapanemie. Wer kann versorgt werden? Dtsch Arztebl 108/4:A157–A160
- Seidler A et al (2020) Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen. Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche. (Zugegriffen: 7 November 2020)
- UN-BRK (2006) Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention). Präambel
- ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege) (2020) Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. (Zugegriffen: 7 November 2020)

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie

Miriam Räder, Jürgen Klauber und Antje Schwinger

Inhaltsverzeichnis

- 3.1 Einleitung – 35**
- 3.2 Methodik und Deskription der Stichprobe – 36**
 - 3.2.1 Methodik – 36
 - 3.2.2 Deskription und Repräsentativität der Stichprobe – 37
- 3.3 Veränderung der pflegerischen Versorgung und der Kontaktmöglichkeiten im häuslichen Setting – 41**
 - 3.3.1 Inanspruchnahme und Veränderung von Unterstützungsleistungen – 41
 - 3.3.2 Veränderung der Kontaktmöglichkeiten – 42
 - 3.3.3 Bewertung der pflegerischen Versorgung – 44
 - 3.3.4 Belastungssituation der Pflegeperson – 45
 - 3.3.5 Zusammenfassung und Zwischenfazit zur pflegerischen Versorgung im häuslichen Setting – 46
- 3.4 Veränderung der pflegerischen Versorgung und der Kontaktmöglichkeiten im vollstationären Setting – 47**
 - 3.4.1 Veränderung der Kontaktmöglichkeiten – 47
 - 3.4.2 Bewertung der pflegerischen Versorgung – 49
 - 3.4.3 Belastungssituation der Bezugsperson – 50

3.4.4 Fokus ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen – 52

3.4.5 Zusammenfassung und Zwischenfazit zur pflegerischen
Versorgung im vollstationären Setting – 55

3.5 Zusammenfassung und Fazit – 56

Literatur – 57

■ Zusammenfassung

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie gelten pflegebedürftige Menschen als besonders vulnerabel und anfällig für schwere Krankheitsverläufe. In der Folge zielten und zielen viele Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie auf den Schutz dieser Bevölkerungsgruppe, in erster Linie einhergehend mit Kontaktbeschränkungen. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass die Pandemiebedingungen und die ergriffenen Maßnahmen Einfluss auf die pflegerische und gesundheitliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Personen haben. Mittels einer Online-Befragung wurden Pflege- und Bezugspersonen aus dem ambulanten und dem vollstationären Pflegesetting retrospektiv zu ihrer Wahrnehmung der Lebens- und Versorgungsbedingungen von ihnen nahestehenden pflegebedürftigen Menschen während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie befragt. Die Analysen zeigen auf, dass es neben starken Einschränkungen der sozialen Teilhabe der pflegebedürftigen Personen auch zu Veränderungen in den Pflegearrangements gekommen ist. Die Befragten spiegeln deutliche soziale und psychische Belastungen der pflegebedürftigen Menschen wie auch ihrer gesundheitlichen bzw. ärztlichen Versorgung wider. Auch die Betreuenden selber zeigen deutlich gestiegene emotionale Belastungen.

In the context of the COVID 19 pandemic, people in need of care are considered particularly vulnerable and susceptible to severe courses of the disease. As a result, many pandemic containment measures were and are aimed at protecting this group, primarily accompanied by contact restrictions. At the same time, the pandemic conditions and the measures taken probably have an influence on the care and health care situation of the persons in need of care. By means of an online survey, caregivers from outpatient and inpatient care settings were retrospectively asked about their perception of the living and care conditions of people in need of care close to them during the first wave of the COVID 19 pandemic. The analyses

show that, in addition to severe restrictions in the social participation of the persons in need of care, care arrangements have also changed. The respondents reflect clear social and psychological burdens on the people in need of care, their health and their medical care. The carers themselves also experience a clear increase in emotional stress.

3.1 Einleitung

Ältere sowie pflegebedürftige Menschen respektive Menschen mit Grunderkrankungen werden mit einem schweren COVID-19-Verlauf in Verbindung gebracht (Gardner et al. 2020). Aufgrund des Mangels an wirksamen Medikamenten und der zunächst fehlenden Verfügbarkeit von Schutzimpfungen standen nicht nur während der ersten Pandemiewelle in Deutschland im Frühjahr 2020, sondern auch im weiteren Verlauf der Pandemie primär Public-Health-Interventionen zum Schutz der Allgemeinbevölkerung sowie im besonderen Maße der vulnerablen Bevölkerungsgruppen im Vordergrund. Diese umfassen physisches Abstandhalten in Form der Reduzierung bzw. Vermeidung von persönlichen Kontakten, Hygienemaßnahmen, gezieltes Testen sowie Isolations- und Quarantänemaßnahmen (Müller et al. 2020). Die damit einhergehenden Maßnahmen belasten und belasteten das private, öffentliche und wirtschaftliche Leben und stellen somit eine besondere Herausforderung für eine bedarfsgerechte Versorgung und insbesondere auch den Schutz von pflegebedürftigen Menschen dar (Kessler et al. 2020b). Auf die potenziellen körperlichen, sozialen, kognitiven und emotionalen sowie versorgungsbezogenen Gefahren u. a. der sozialen Isolation sowie anderer Schutzmaßnahmen für Menschen allgemein sowie vor allem für ältere und pflegebedürftige Menschen wurde bereits vielfach verwiesen (Kessler et al. 2020a; Röhr et al. 2020). Des Weiteren ist davon auszugehen, dass die Herausforderungen in der häuslichen

Pflege und die Belastungen der Pflegepersonen, die seit Jahren hoch sind, durch die COVID-19-Pandemie verschärft wurden bzw. werden (Eggert et al. 2020; Horn und Schweppe 2020; Rothgang et al. 2020). Ähnliche Annahmen gelten für die stationäre Langzeitpflege und wurden für diese – primär für das Pflegepersonal – bereits bestätigt (Eggert und Teubner 2021).

Die vorliegende Befragung fokussiert die Folgen der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Veränderungen für ambulant und vollstationär Pflegebedürftige in der ersten Pandemiewelle von März bis Juni 2020. Mittels einer onlinegestützten Proxy-Befragung (Stellvertreter-Befragung) soll die Lebens- und Versorgungssituation von pflegebedürftigen Menschen während des ersten Lockdowns erfasst werden. Zum einen wurden Fragen gestellt, die die Wahrnehmung der Pflege- und Bezugspersonen pflegebedürftiger Menschen hinsichtlich der Pandemie und der damit einhergehenden Maßnahmen erfassen sollen. Zum anderen liegt der Schwerpunkt der Untersuchung auf der pflegerischen und gesundheitlichen respektive ärztlichen Versorgungs- und Lebenssituation der pflegebedürftigen Personen während der ersten Pandemie-Welle. Neben dem emotionalen und gesundheitlichen Zustand der pflegebedürftigen Personen wurden auch die Belastungen der Pflege- bzw. Bezugspersonen erfasst.

3.2 Methodik und Deskription der Stichprobe

3.2.1 Methodik

Mithilfe des forsa.omninet-Panels wurde eine Online-Befragung von Pflegepersonen (häusliches Versorgungssetting) und Bezugspersonen (vollstationäres Versorgungssetting) durchgeführt. Das forsa.omninet-Panel umfasst ca. 75.000 Teilnehmende, die Panelisten wurden über bevölkerungsrepräsentative Telefoninterviews auf Basis von Zufallsstich-

proben rekrutiert. Für das ambulante Setting wurden Personen in Deutschland ab 18 Jahre eingeschlossen, die – laut Selbstauskunft – „Pflegeperson“ einer pflegebedürftigen Person mit anerkanntem Pflegegrad der Pflegeversicherung sind, die nicht im Pflegeheim wohnt. Die zu pflegende Person musste nicht im selben Haushalt wie die befragte Person leben. Für das stationäre Setting wurden Personen in Deutschland ab 18 Jahre eingeschlossen, die – laut Selbstauskunft – „Bezugsperson“ mit regelmäßigem Kontakt zu einer pflegebedürftigen und stationär gepflegten Person sind. Feldzugang und Methodik entsprechen einer Erhebung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) aus dem Jahr 2019 zur Frage finanzieller und zeitlicher Eigenleistungen von Pflegehaushalten (Räker et al. 2020). Diese wird als Referenzstudie für das ambulante Setting herangezogen.

Insgesamt enthielt die Nettostichprobe 1.012 Befragte. Für das ambulante Setting konnte eine Fallzahl von 505 Fällen und für das stationäre Setting eine Fallzahl von 507 Fällen realisiert werden. Die Erhebung erfolgte im Zeitraum vom 26. Oktober bis 13. November 2020. Sie fand damit zu Beginn der zweiten Pandemiewelle und vor dem Hintergrund eines Teil-Lockdowns ab dem 2. November statt (Bundesregierung 2020). Gegenstand der Befragung war jedoch ausschließlich die erste Welle der COVID-19-Pandemie, die in den Fragestellungen auf den Zeitraum März bis Mai 2020 begrenzt wurde.

Zur Sicherung der Repräsentativität der Ergebnisse wurde eine retrospektive Struktur-Gewichtung der Stichprobenergebnisse nach Pflegegrad, Geschlecht und Alter der gepflegten Person auf Grundlage der zu dem Zeitpunkt aktuellen Pflegestatistik vorgenommen (Statistisches Bundesamt 2018). Zur Einordnung der Repräsentativität der Stichprobe für die ambulante Versorgung wurden vorrangig die Studien von Kantar (2019) sowie Räker et al. (2020) herangezogen. Mit Blick auf die Einordnung der Erkenntnisse im Kontext der COVID-19-Pandemie werden für das ambulante Setting drei weitere Befragungen heran-

gezogen (Eggert et al. 2020; Rothgang et al. 2020; Horn und Schewpe 2020). Allerdings fokussiert keine dieser sowie weitere verfügbare Untersuchungen explizit die gesundheitliche Lage der Pflegebedürftigen. Verfügbare Studien aus der vollstationären Langzeitversorgung nehmen primär das Pflegepersonal, nicht jedoch die Pflegebedürftigen oder ihre Bezugspersonen in den Blick, wie z. B. Eggert und Teubner (2021).

3.2.2 Deskription und Repräsentativität der Stichprobe

Aufgrund der vorgenommenen Gewichtung entspricht die Alters-, Geschlechts-, Pflegegrad- und Versorgungsartverteilung der – indirekt über die Pflege- bzw. Bezugsperson – betrachteten Pflegebedürftigen derjenigen der bundesweit ambulant und stationär Pflegebedürftigen (■ Tab. 3.1).

Der Anteil dementiell Erkrankter im häuslichen Setting liegt mit 20 % ähnlich hoch wie in anderen Erhebungen. Der Blick auf die Stichprobe des vollstationären Settings zeigt, dass hier erwartungsgemäß der Anteil mit einer dementiellen Erkrankung mit 50 % deutlich höher liegt (■ Tab. 3.1). Hervorzuheben ist, dass nur 44 % der Befragten im ambulanten Setting im selben Haushalt wie die pflegebedürftige Person leben, was im Vergleich zu den Referenzstudien ein geringerer Anteil ist (Kantar 2019: 65 %; Räker et al. 2020: 50,3 %; Rothgang et al. 2020: 81 %) (■ Tab. 3.1).

Da es für die Bewertung der Aussagen zur Situation der Pflegebedürftigen in der Pandemie relevant ist, wird an dieser Stelle auf das Verwandtschaftsverhältnis bzw. die Beziehung und Kontaktintensität der befragten Personen zur pflegebedürftigen Person eingegangen. Hier unterscheiden sich das ambulante und das stationäre Setting deutlich: Lediglich eine Minderheit der befragten Bezugspersonen von vollstationär Pflegebedürftigen (3,2 %) betreut ihren eigenen Lebenspartner, während

■ Tab. 3.1 Charakterisierung der Stichprobe

Pflegebedürftige Person		Ambulant	Stationär
Alter N ambulant = 502; N stationär = 505	0–17 Jahre	7,8	0,1
	18–59 Jahre	10,3	4,3
	60–79 Jahre	16,8	12,7
	80+	65,1	82,8
	Mittelwert	71,5	82,1
Geschlecht N ambulant = 504; N stationär = 505	Männlich	39,5	29,4
	Weiblich	60,5	70,6
Pflegegrad N ambulant = 500; N stationär = 478	Pflegegrad 1	1,5	0,8
	Pflegegrad 2	53,6	20,7
	Pflegegrad 3	29,5	31,7
	Pflegegrad 4	11,9	30,1
	Pflegegrad 5	3,5	16,7

Tab. 3.1 (Fortsetzung)

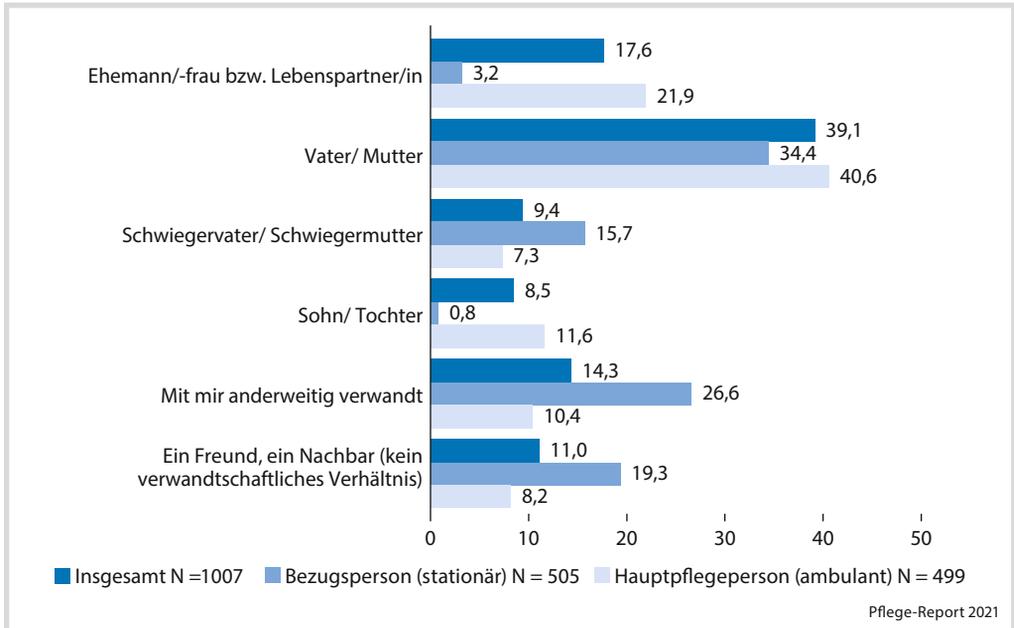
Pflegebedürftige Person		Ambulant	Stationär
Demenz N ambulant = 498; N stationär = 501	Ja	19,6	49,6
	Nein	80,4	50,4
Pflegebedürftige Person (stationär)			
Bisherige Dauer des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung N = 503	Höchstens ein Jahr		6,0
	1 Jahr weniger 2 Jahre		28,2
	2 Jahre weniger 3 Jahre		24,8
	3 Jahre weniger 4 Jahre		13,3
	4 Jahren weniger 5 Jahre		7,6
	5 und mehr Jahre		20,2
Größe der Pflegeeinrichtung N = 255	50 oder weniger Plätze/Bew.		23,4
	50 bis 100 Plätze/Bew.		52,9
	mehr als 100 Plätze/Bew.		23,8
Lebt die pflegebedürftige Person in einem Einzelzimmer N = 505	Ja		83,3
	Nein		16,7
Entfernung zwischen Pflegeeinrichtung und Wohnort der Bezugsperson N = 502	Bis zu 30 min		63,6
	Bis zu 60 min		19,9
	Bis zu 90 min		5,3
	Mehr als 90 min		11,2
Pflegebedürftige Person und Pflegeperson (ambulant)			
Pflegeperson und pflegebedürftige Person leben im selben HH N = 505		43,6	
Pflege-Report 2021			

dies bei den ambulant Pflegenden jeden fünften Fall betrifft (21,9 %) (■ Abb. 3.1). Die befragten Bezugspersonen, die Auskunft über die vollstationär Pflegebedürftigen geben, sind zu knapp einem Fünftel Freunde oder Nachbarn.

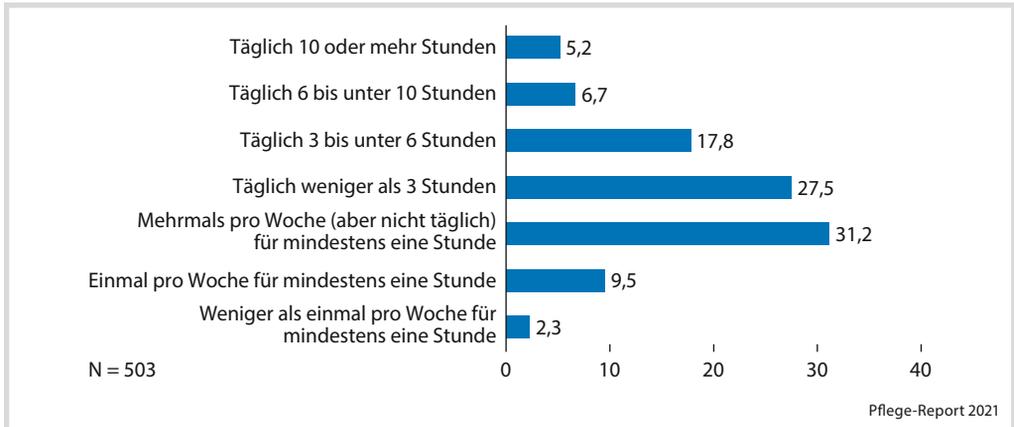
Um die Intensität der pflegerischen bzw. betreuenden Beziehung zu erfassen, wurde der typische wöchentliche Pflegeaufwand vor der COVID-19-Pandemie erfragt (■ Abb. 3.2). Mehr als die Hälfte (57,2 %) der Pflegepersonen im ambulanten Setting kümmerte sich täg-

lich um die pflegebedürftige Person, lediglich rund jede zehnte befragte Person (9,5 %) nur einmal pro Woche. Für das stationäre Setting gaben nur 8 % der befragten Bezugspersonen an, sich täglich um die pflegebedürftige Person gekümmert zu haben, jede fünfte befragte Person (21,7 %) sogar weniger als einmal pro Woche (■ Abb. 3.3).

Der Blick auf den formalen Bildungsabschluss zeigt, dass der Anteil der Pflegepersonen und Bezugspersonen mit einem hohen formalen Bildungsabschluss in der hiesigen Be-



■ **Abb. 3.1** Verwandtschaftliches oder sonstiges Verhältnis der befragten Person zur pflegebedürftigen Person, in %

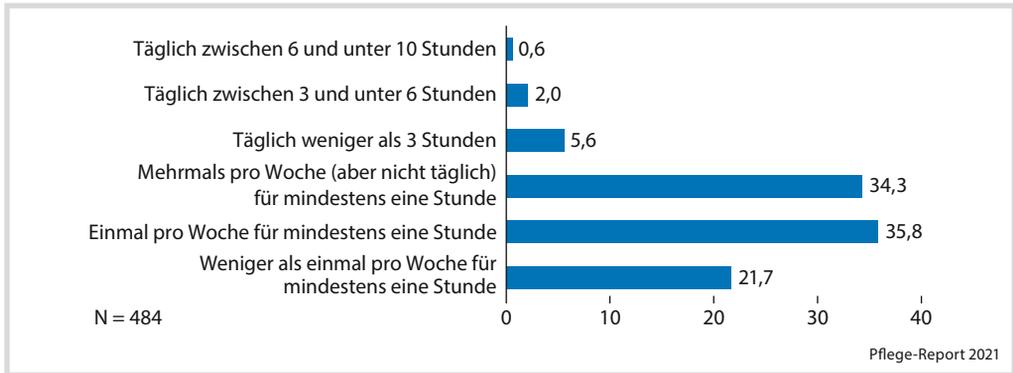


■ **Abb. 3.2** Häusliches Setting (in %): Ungefähr wie viel Zeit in einer typischen Woche wendeten Sie vor Beginn der COVID-19-Pandemie dafür auf, sich um die pflegebedürftige Person zu kümmern?

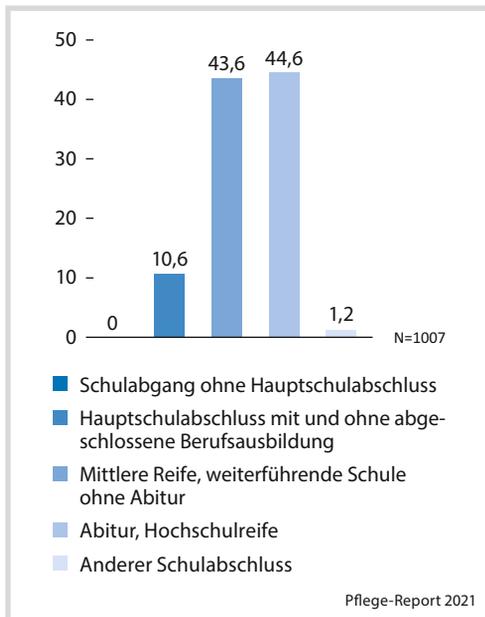
fragung deutlich überrepräsentiert ist: 45 % gaben als höchsten formalen Bildungsabschluss das Abitur (die allgemeine Hochschulreife) an (■ **Abb. 3.4**). Bei Betrachtung des Anteils der Normalbevölkerung, der sich nicht in schulischer Ausbildung befindet, zeigt sich, dass nur rund 33 % eine (Fach-)Hochschulreife er-

langt haben (Statistisches Bundesamt 2019; eigene Berechnungen). Höher gebildete Personen sind in wissenschaftlichen Umfragen allgemein überrepräsentiert, insbesondere bei Online-Erhebungen (Schmidt 2018).

■ **Tab. 3.2** zeigt auf, dass auch das Haushaltseinkommen der Befragten überdurch-



▣ **Abb. 3.3** Vollstationäres Setting (in %): Ungefähr wie viel Zeit in einer typischen Woche wendeten Sie vor Beginn der COVID-19-Pandemie dafür auf, sich um die pflegebedürftige Person zu kümmern?



▣ **Abb. 3.4** Übersicht zum Bildungsstand der befragten Person, in %

schnittlich ist – 42 % geben ein monatliches Nettoeinkommen von 4.000 € und mehr an. Dieses liegt nicht nur deutlich über dem Bundesdurchschnitt (3.580 €, durchschnittliches monatliches Haushaltsnettoeinkommen im Jahr 2019 (Statistisches Bundesamt 2020)), sondern auch über denen der Referenzbefra-

▣ **Tab. 3.2** Haushaltsnettoeinkommen der befragten Personen insgesamt (Pflegeperson ambulant und Bezugsperson vollstationär, in %)

Haushaltsnettoeinkommen pro Monat	Anteil in %
Unter 1.000 €	2,7
1.000 bis unter 2.000 €	13,8
2.000 bis unter 4.000 €	41,5
4.000 € und mehr	42,0
N = 907	
Pflege-Report 2021	

gungen für den ambulanten Kontext (Kantar 2019: $\leq 4.000 = 18\%$; Horn und Schewpe 2020: $\leq 4.000 = 8,8\%$).

In der Gesamtschau sind die für die Studie befragten Pflegepersonen für die ambulant Pflegebedürftigen bezogen auf Alter, Geschlecht und Pflegeschwere repräsentativ. Gleichwohl zeigen sich im Vergleich zu anderen Erhebungen Spezifika, die bei weiteren Interpretationen der Ergebnisse zu berücksichtigen sind. So ist das Bildungsniveau höher, sicherlich bedingt durch die gewählte Erhebungsmethode (▣ Abb. 3.4). Unterproportional vertreten sind auch gemeinsame Haushal-

te von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen (■ Tab. 3.1). Für die im Folgenden berichteten Fremdeinschätzungen der Befragten über z. B. die seelische und körperliche Gesundheit der Pflegebedürftigen ist für das stationäre Versorgungssetting zudem zu beachten, dass jeder fünfte Befragte weniger als einmal pro Woche für eine Stunde Kontakt zum Pflegebedürftigen hatte (■ Abb. 3.3). Zum Zeitpunkt der Befragung war nur ein kleiner Anteil der Befragten sowie der Pflegebedürftigen nachweislich mit dem Virus infiziert respektive infiziert gewesen – im vollstationären Setting immerhin 4 von 100 Pflegebedürftigen, im häuslichen Setting weniger als 1 von 100. Die Befragten zeigen ferner – auch dies ist wichtig zur Einordnung der berichteten Einschätzungen zur Pandemie und den getroffenen Maßnahmen – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine höhere Risikowahrnehmung. Unter anderem empfanden mehr als 40 % der befragten Personen die bestehenden COVID-19-Schutzmaßnahmen in Deutschland zum Zeitpunkt der Befragung als nicht weitgehend genug, bei Infratest dimap (2020a) lag dieser Wert im Oktober 2020 bei 27 % und im November bei 16 % (Infratest dimap 2020b).

3.3 Veränderung der pflegerischen Versorgung und der Kontaktmöglichkeiten im häuslichen Setting

3.3.1 Inanspruchnahme und Veränderung von Unterstützungsleistungen

Im Zuge des ersten Lockdowns der COVID-19-Pandemie konnte eine Vielzahl von professionellen Unterstützungsleistungen gar nicht oder nur eingeschränkt unter Sicherheitsauflagen angeboten werden. Die Tagespflege konnte lediglich eine Notfallbetreuung für besonders Bedürftige anbieten. Die Inanspruch-

nahme der Kurzzeit- und Verhinderungspflege unterlag Quarantäne-Auflagen. Für ambulante Pflegedienste galten Hinweise zu Maßnahmen der Infektionsprävention. Die Vorgaben unterschieden sich länderspezifisch in ihrer Reich- und Tragweite.

Die Einschränkungen wirkten auf die Versorgungssituation der Befragten wie folgt (■ Tab. 3.3): Von den Pflegehaushalten (52,9 %), die vor der COVID-19-Pandemie einen Pflegedienst in Anspruch nahmen, gab mehr als ein Viertel (28,0 %) an, die Inanspruchnahme eingeschränkt oder ganz auf die Leistung verzichten zu haben. Von denen war bei mehr als der Hälfte (52,9 %) die Entscheidung, die Inanspruchnahme zu reduzieren oder einzustellen, die gemeinsame Entscheidung zwischen Anbieter und Pflegehaushalt. Die Tagespflege – vor der Coronapandemie nutzte etwas mehr als jeder zehnte Pflegehaushalt (11,4 %) diese – konnte von knapp zwei Dritteln (65,6 %) während des ersten Lockdowns nur eingeschränkt oder gar nicht in Anspruch genommen werden. Bei einem Großteil (61,7 %) dieser Pflegehaushalte hat der Anbieter entsprechend den rechtlichen Vorgaben während der ersten Pandemie-Welle die Leistung reduziert bzw. eingestellt. Weitere Entlastungsangebote wie Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege, die vor der COVID-19-Pandemie von rund jedem Fünften (21,3 %) genutzt wurden, wurden ebenso in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (55,0 %) im Lockdown eingeschränkt bzw. eingestellt, bei 58 % auf Wunsch des Pflegehaushalts, bei knapp einem Drittel (30,9 %) durch den Anbieter (■ Tab. 3.3).

Neben den professionellen Unterstützungsleistungen sind gleichzeitig auch die Hilfen des informellen Netzwerks in der Pandemie eingebrochen (■ Tab. 3.3). Unterstützung durch Freunde und Bekannte erhielten vor dem ersten Lockdown 43 % der befragten Haushalte, bei 54 % dieser Haushalte wurde die Unterstützung während des Betrachtungszeitraums eingeschränkt oder reduziert. In den meisten Fällen (43,3 %) mit Einschränkungen war es der gemeinsame Wunsch, die Unterstützung zu

Tab. 3.3 Inanspruchnahme und Veränderung von Unterstützungsleistungen während des Corona-Zeitraums von März bis Mai 2020, häusliches Setting, in %

Nutzung vor der COVID-19-Pandemie	Von diesen haben während des Corona-Zeitraums von März bis Mai 2020 die Unterstützung ...		Von den Nutzern, die während des Corona-Zeitraums von März bis Mai 2020 die Inanspruchnahme eingeschränkt/ eingestellt haben, erfolgte dies ...					
	%	N	unverändert in Anspruch genommen	verringert oder eingestellt	N	auf Wunsch des Pflegehaushalts	durch den Anbieter/ die andere Person	auf gemeinsamen Wunsch
Pflegedienst N = 503	52,9	266	69,2	28,0	74	44,1	33,0	52,9
Tagespflege N = 504	11,4	58	27,3	65,6	37	32,1	61,7	11,4
Entlastungsangebote (wie Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege) N = 503	21,3	107	39,0	55,0	58	58,7	30,9	21,3
Unterstützung durch Freunde und Bekannte N = 500	43,3	217	42,9	54,0	117	29,3	27,2	43,3
Haushaltshilfe N = 500	54,7	274	58,9	40,2	110	46,2	29,7	54,7

Pflege-Report 2021

reduzieren. Ferner nutzten 55 % der befragten Pflegehaushalte vor der Corona-Pandemie eine Haushaltshilfe (Haushaltshilfen, Putzkräfte oder andere bezahlte Hilfen, die im Alltag Unterstützung im Pflegehaushalt der pflegebedürftigen Person leisten), eingeschränkt wurde diese Hilfe bei 40 %.

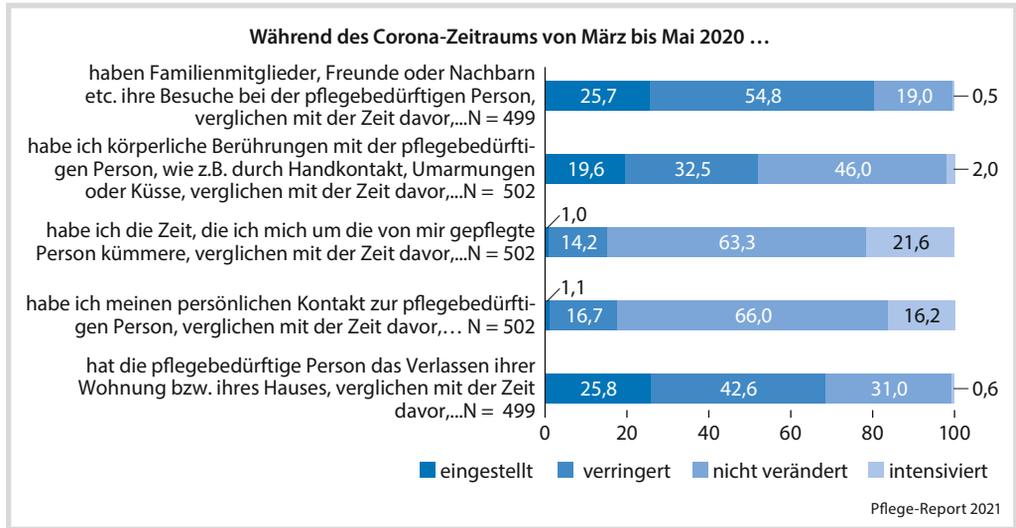
3.3.2 Veränderung der Kontaktmöglichkeiten

Zur Beurteilung der Versorgungssituation der betroffenen Pflegehaushalte wurden vertiefend die konkreten Kontakte unter der Pandemiezeit März bis Mai 2020 erfragt. [Abb. 3.5](#) verdeutlicht die starken Einschränkungen der

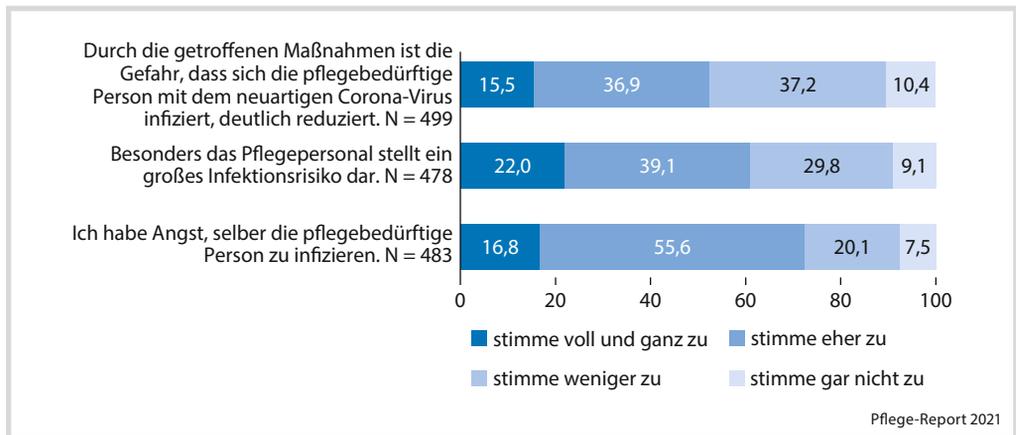
sozialen Teilhabe für die pflegebedürftigen Personen während des ersten Lockdowns. Laut Angaben der befragten Pflegepersonen haben knapp 80 % der nahestehenden Personen (z. B. Familienmitglieder und Freunde) den Kontakt verglichen mit der Zeit vor dem Lockdown eingestellt oder verringert. Lediglich bei jeder vierten pflegebedürftigen Person (19 %) wurden die Kontakte aufrechterhalten.

Auch ein Großteil der Pflegepersonen hat den eigenen Umgang mit der pflegebedürftigen Person verändert ([Abb. 3.5](#)). Mehr als die Hälfte der Befragten (52,1 %) hat körperliche Berührungen eingestellt oder verringert. Gleichzeitig haben 68 % der pflegebedürftigen Personen während des Lockdowns ihre Wohnung bzw. ihr Haus seltener oder gar nicht mehr verlassen. Bezüglich des durch die be-

3.3 · Veränderung der pflegerischen Versorgung im häuslichen Setting



■ **Abb. 3.5** Veränderte Kontaktmöglichkeiten der pflegebedürftigen Person, häusliches Setting, in %

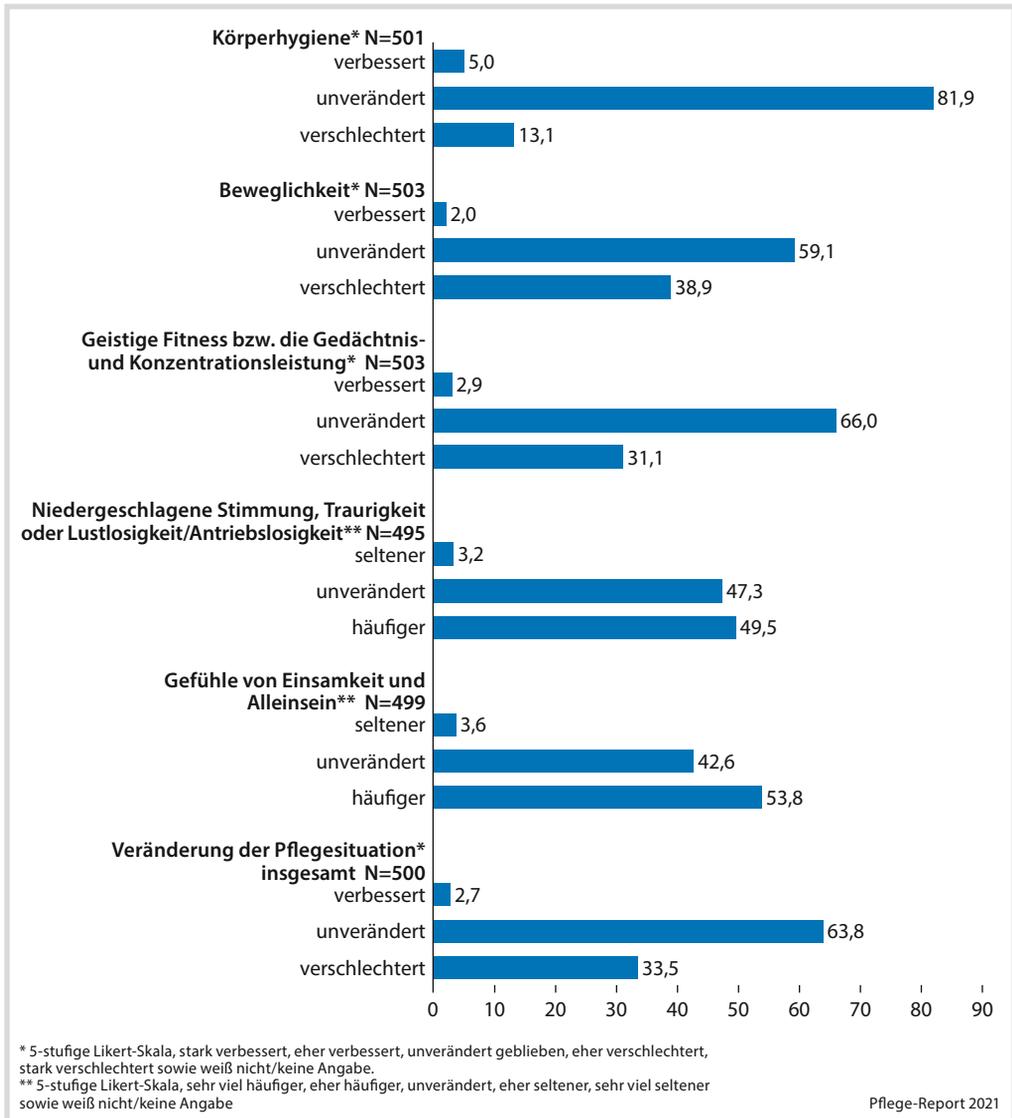


■ **Abb. 3.6** Wahrgenommenes Infektionsrisiko, häusliches Setting, in %

fragte Person geleisteten Pflegeaufwands zeigte sich vor dem Hintergrund von Kontaktreduktion einerseits und Betreuungsbedarf andererseits ein heterogenes Bild: Bei rund jedem Fünften (21,6%) hat sich der Pflegeaufwand intensiviert, gleichzeitig hat sich bei rund 14% der Pflegeaufwand mindestens verringert (■ Abb. 3.5).

Nach Einschätzung von knapp der Hälfte (52,4%) der befragten Pflegepersonen redu-

zieren die getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie das Infektionsrisiko der pflegebedürftigen Person. Große Angst besteht, die pflegebedürftige Person selbst zu infizieren (72,4%). Ferner bewertet ein Großteil der Befragten das Pflegepersonal als großes Infektionsrisiko (61,1%) (■ Abb. 3.6).



▣ **Abb. 3.7** Wie hat sich der körperliche, geistige und psychische Zustand der pflegebedürftigen Person Ihrer Einschätzung nach unter den Corona-bedingten Einschränkungen im Corona-Zeitraum März bis Mai 2020 verändert? Häusliches Setting, in %

3.3.3 Bewertung der pflegerischen Versorgung

Erhoben wurde außerdem, welchen Einfluss die Corona-bedingt veränderte Versorgungssituation zwischen März bis Mai 2020 aus Sicht

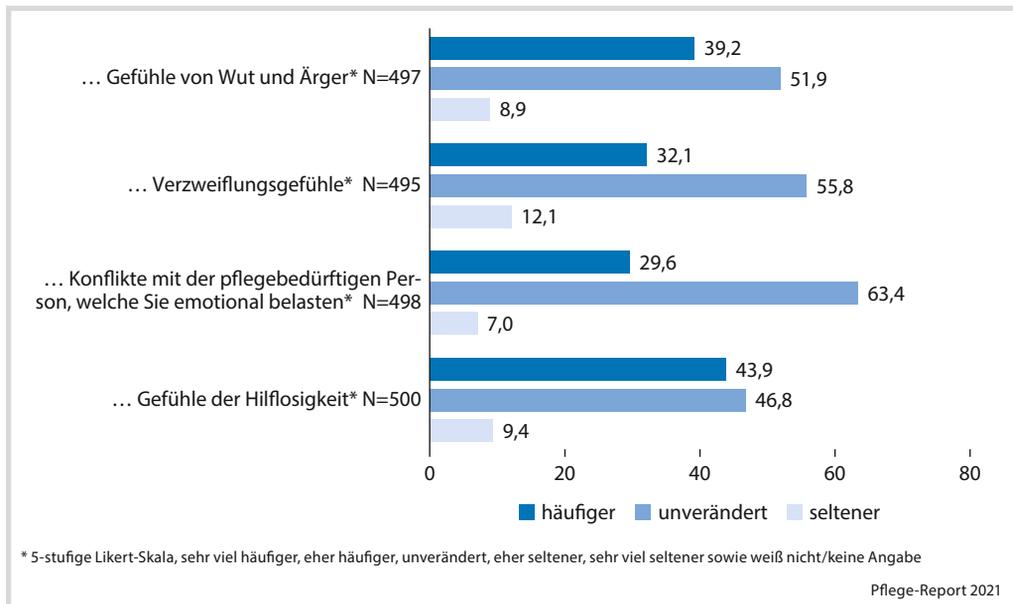
der Befragten auf den körperlichen, kognitiven und psychischen Zustand der pflegebedürftigen Person hatte (▣ Abb. 3.7). Es wird deutlich, dass der Lockdown besonders als Herausforderung für die psychische Gesundheit der pflegebedürftigen Personen wahrgenommen wurde. So berichteten die Pflegepersonen

die stärksten negativen Veränderungen in den Bereichen geistige Fitness, emotionale Stimmungen sowie Gefühle von Einsamkeit und Alleinsein (■ Abb. 3.7). Die geistige Fitness bzw. die Gedächtnis- und Konzentrationsleistung der pflegebedürftigen Person hat sich laut fast einem Drittel (31,1 %) der befragten Pflegepersonen im Vergleich zu vorher eher oder stark verschlechtert. Auch beobachtete fast die Hälfte (49,5 %) sehr häufig oder häufiger eine niedergeschlagene Stimmung, Traurigkeit oder Lustlosigkeit bzw. Antriebslosigkeit bei der pflegebedürftigen Person. Sehr häufige oder häufigere Gefühle von Einsamkeit und Alleinsein seitens der pflegebedürftigen Person im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie gaben gut die Hälfte der Befragten (53,8 %) an. Aber auch die Entwicklung der Beweglichkeit (Gehen, Aufstehen, Treppensteigen etc.) wurde von rund 39 % negativ beurteilt. Eine verschlechterte Körperhygiene der gepflegten Person berichteten hingegen nur 13 % der Pflegepersonen (■ Abb. 3.7). In der Gesamtschau geht jeder Dritte Befragte (33,5 %) von einer Verschlechterung der Pflegesituation aus.

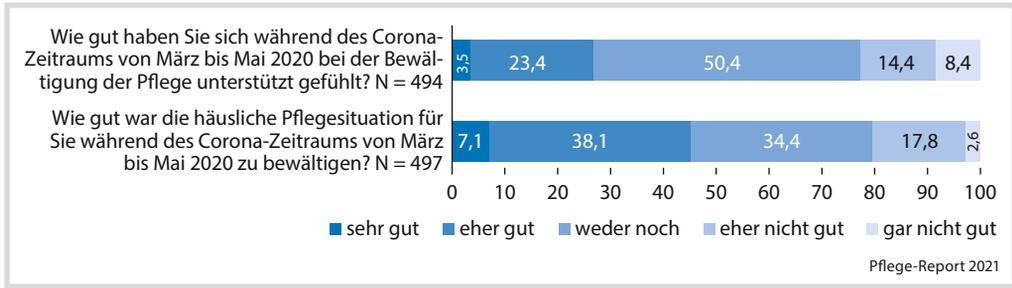
3.3.4 Belastungssituation der Pflegeperson

Neben den Blick auf die pflegebedürftige Person wurde auch die Belastungssituation der Pflegeperson während des ersten Lockdowns erfragt (■ Abb. 3.8). Wenngleich in den meisten Bereichen große Anteile der befragten Pflegepersonen keine Veränderungen wahrgenommen haben – hier schwanken die Werte zwischen 47 % bezüglich „Gefühlen der Hilflosigkeit“ und 63 % bezüglich „Konflikten mit der pflegebedürftigen Person“ – wurden in allen Kategorien im großen Umfang emotionale Belastungen beschrieben. So berichteten 44 % von häufigeren Gefühlen der Hilflosigkeit, 39 % von häufigeren Gefühlen von Wut und Angst und 32 % über häufigere Verzweiflungsgefühle. Auch die Konflikte mit der pflegebedürftigen Person nahmen laut 30 % der Pflegepersonen zu.

Ergänzend wurden die Pflegepersonen gefragt, wie sie sich insgesamt bei der Bewältigung der Pflege während des Betrachtungs-



■ **Abb. 3.8** Emotionaler Zustand der Pflegeperson während des Lockdowns. Unter den Corona-bedingten Einschränkungen im Corona-Zeitraum März bis Mai 2020 hatten Sie selbst im Vergleich zu vorher ... ? Häusliches Setting, in %



■ **Abb. 3.9** Unterstützungsbedarfe und Bewältigung der Pflegesituation, häusliches Setting, in %

zeitraums unterstützt fühlten: Etwas mehr als jeder fünfte Befragte (22,8 %) fühlte sich eher nicht oder gar nicht gut unterstützt, demgegenüber aber auch 27 % eher gut bis sehr gut (■ Abb. 3.9). Verglichen mit der WiDO-Befragung von 2019 und somit genau ein Jahr vor der hiesigen Befragung haben sich diese Werte eher verschlechtert: Damals gaben 45 % an, sich gut oder sehr gut unterstützt zu fühlen. Der Anteil an Befragten, die sich eher oder überhaupt nicht gut unterstützt fühlte, war mit 22 % jedoch ähnlich hoch (Räker et al. 2020). Zusammenfassend gab jede fünfte Pflegeperson (20,4 %) an, die Pflegesituation nicht gut oder gar nicht gut bewältigen zu können, auch dieser Anteil lag 2019 in einem ähnlichen Bereich (ebd.).

3.3.5 Zusammenfassung und Zwischenfazit zur pflegerischen Versorgung im häuslichen Setting

Während des ersten Lockdowns unterlagen die Pflegehaushalte und somit die pflegebedürftigen Personen im ambulanten Setting starken Einschränkungen. Neben den professionellen Unterstützungsleistungen sind gleichzeitig auch die Hilfen durch das informelle Netzwerk in der Pandemie eingebrochen. Damit einhergehend waren die Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe stark eingeschränkt; so zeigte sich, dass die pflegebedürftigen Per-

sonen auf Kontakt zu Menschen außerhalb des Pflegehaushalts abgesehen von der Pflegeperson weitgehend verzichten mussten. So verwundert es nicht, dass in der Gesamtschau jeder dritte Befragte (33,5 %) von einer Verschlechterung der Pflegesituation ausgeht (■ Abb. 3.7). Zu beachten gilt jedoch, dass für alle Fragenbereiche ein heterogenes Bild zu verzeichnen ist und es Teilgruppen gibt, die stärker als andere von den Auswirkungen der Pandemie betroffen zu sein scheinen. Die Ergebnisse decken sich mit den Befragungen von Horn und Schweppe (2020) sowie Eggert et al. (2020) zur ersten COVID-19-Welle. Gleichwohl ist der Vergleich eingeschränkt, da davon auszugehen ist, dass der konkrete Erhebungszeitpunkt einen relativ starken Einfluss auf das Antwortverhalten hat. Dennoch: Auch in diesen Studien werden die starken Einschränkungen bei der Unterstützung durch Angehörige, Freunde und Nachbarn aufgezeigt und auch dort geht jeder Dritte Befragte (33,5 %, Eggert et al. 2020) bzw. sogar die Hälfte der Befragten (50 %, Horn und Schweppe 2020) von einer Verschlechterung der Pflegesituation aus.

Mit Blick auf die Befragten – also die Pflegepersonen selbst – wird deutlich, dass der Lockdown ebenso besondere Herausforderungen birgt. Für alle abgefragten Kategorien berichten die befragten Personen in großem Umfang emotionale Belastungen. Am häufigsten wird dabei das Gefühl der Hilflosigkeit genannt. Jeder fünfte Pflegehaushalt fühlte sich in der Pandemie nicht gut unterstützt oder gibt an, die Pflege nicht gut bewältigen zu kön-

nen. Die Ergebnisse weisen wiederum in die gleiche Richtung wie bei Eggert et al. (2020) und Horn und Schweppe (2020). Dort sagen 25 % bzw. sogar 38 %, dass sie mit der Pflegesituation (eher oder voll und ganz) überfordert seien. Hervorzuheben ist jedoch auch, dass der in der hiesigen Befragung erfasste Anteil der Haushalte, der angegeben hat, die häusliche Pflegesituation nicht bewältigen zu können, im Vergleich zur 2019 durchgeführten WiDO-Online-Panel-Befragung eher konstant geblieben ist. Schlussfolgerungen hieraus sind jedoch nur bedingt möglich, da es sich nicht um eine Querschnittbefragung, d. h. eine Befragung der gleichen Personen im zeitlichen Verlauf, handelt und die Stichprobensamensetzungen ferner leicht variieren. Eine These könnte sein, dass funktionierende Pflegearrangements während der ersten Welle mit hinreichenden Bewältigungsressourcen verbunden waren und die Pflegepersonen insofern auch in der Krise die Situation als für sich beherrschbar empfanden – trotz der erheblichen Einschränkungen des Unterstützungsnetzwerks. Wie sich diese Einschätzung im Laufe der Pandemie verändert und wann die Coping-Ressourcen erschöpft sind, bleibt insofern zu untersuchen. Ferner ist zu vermuten, dass sich die Antworten auf die Frage auf die persönliche Pflegebeziehung respektive -situation beziehen, wobei die verschärften Rahmenbedingungen der COVID-19-Pandemie weitgehend ausgeblendet oder als schlicht gegeben betrachtet wurden.

3.4 Veränderung der pflegerischen Versorgung und der Kontaktmöglichkeiten im vollstationären Setting

3.4.1 Veränderung der Kontaktmöglichkeiten

Anders als die Teilstichprobe der ambulant versorgten Pflegebedürftigen wurden die Bezugspersonen von vollstationär Pflegebedürftigen weniger nach dem Versorgungsmix als vielmehr zu den veränderten Kontaktmöglichkeiten des Pflegebedürftigen befragt. Mit Blick auf die Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe und Aktivität wird deutlich, dass ein Großteil der pflegebedürftigen Personen drastische Einschränkungen in Kauf nehmen musste. 43 % der befragten Bezugspersonen berichten, dass zwischen März und Mai 2020 die Möglichkeit zum persönlichem Kontakt, auch unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen, gar nicht gegeben war. Für ein weiteres knappes Drittel (30,3 %) war diese Möglichkeit nur selten gegeben (■ Abb. 3.10). Telefonischer Kontakt war demgegenüber für zwei Drittel (71,5 %) der Bezugspersonen oft oder uneingeschränkt möglich. Rund jeder achten Bezugsperson (12,5 %) war es oft oder uneingeschränkt möglich, während des ersten Lockdowns mit der pflegebedürftigen Person mithilfe eines Tablets zu kommunizieren. Eine zusammengefasste Betrachtung der Fragen ergibt, dass 30 % der Befragten sowohl bei der Frage, ob telefonischer Kontakt möglich war als auch bei der Frage, ob Kontakt via Tablet möglich war, „gar nicht“ oder „selten“ angaben und somit nur eingeschränkt mit der pflegebedürftigen Person kommunizieren konnten.

Nach Angaben der Bezugspersonen war es 16 % der pflegebedürftigen Personen ferner nicht möglich, das eigene Zimmer zu verlassen, weiteren 25 % war es nur selten möglich. Lediglich für 36 % war es uneingeschränkt möglich (■ Abb. 3.10). Erfragt worden war

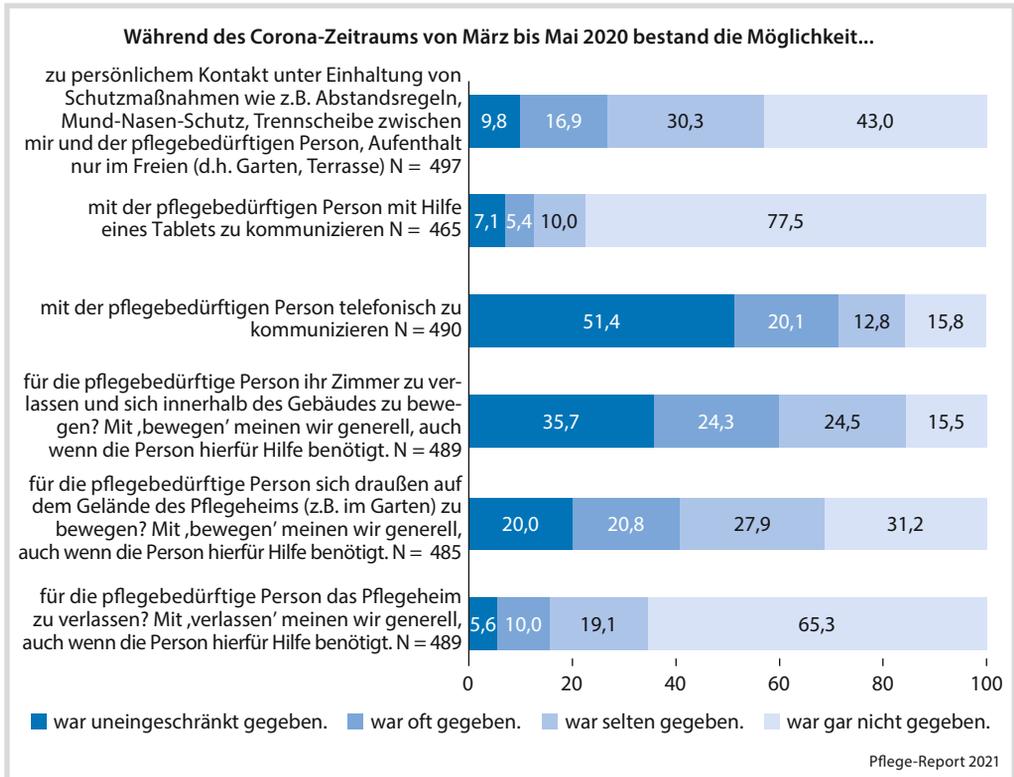


Abb. 3.10 Kontakt- und Mobilitätsmöglichkeiten der pflegebedürftigen Person während des Corona-Zeitraums von März bis Mai 2020, vollstationäres Setting, in %

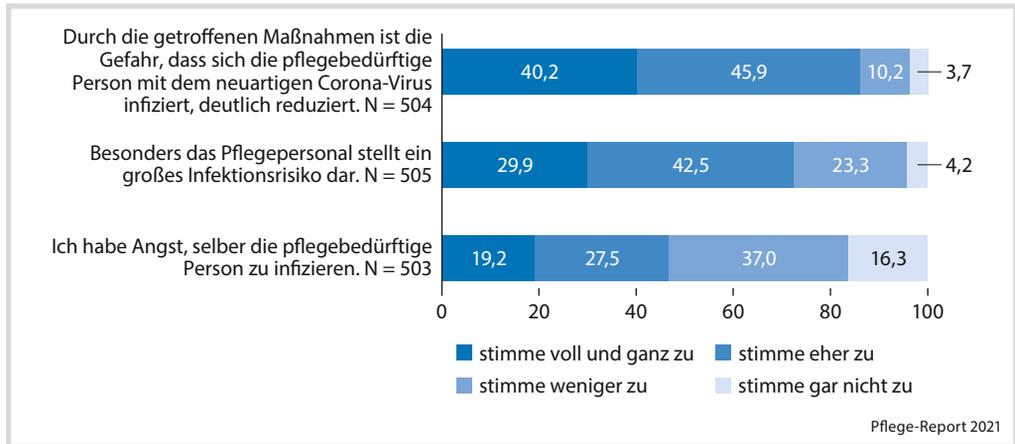
auch, wie mobil die Bewohnenden vor der Pandemiesituation waren. 36 % der pflegebedürftigen Personen, die vor der Pandemie täglich oder mehrmals in der Woche das Zimmer verlassen haben (84,3 %), hatten diese Möglichkeit während des ersten Lockdowns gar nicht oder nur selten.

Die Pflegeeinrichtung allein oder mit Hilfe zu verlassen war lediglich für rund 16 % der pflegebedürftigen Personen oft oder uneingeschränkt möglich. Es wird deutlich, dass die Möglichkeiten zur Mobilität deutlich eingeschränkt wurden: Vor der COVID-19-Pandemie hatten 29 % der pflegebedürftigen Personen die Pflegeeinrichtung täglich oder mehrmals in der Woche verlassen, für 76 % dieser pflegebedürftigen Personen war dies während des ersten Lockdowns gar nicht oder nur selten möglich.

Sich zumindest auf dem Gelände der Pflegeeinrichtung (z. B. im Garten) allein oder mit Hilfe bewegen zu können, war für mehr als die Hälfte der pflegebedürftigen Personen (59,1 %) gar nicht oder selten gegeben (Abb. 3.10).

Die Bezugspersonen wurden im Anschluss gefragt, ob sie die getroffenen Maßnahmen als wirksamen Schutz zur Reduzierung des Infektionsrisikos der pflegebedürftigen Person bewerteten (Abb. 3.11). 86 % der befragten Bezugspersonen stimmten dieser Aussage zu. Ein Großteil der Befragten (72,4 %) sieht im Pflegepersonal ein großes Infektionsrisiko, aber auch sich selbst sehen die Befragten als Infektionsrisiko: Fast die Hälfte der befragten Bezugspersonen (46,7 %) berichtete von der Angst, selbst die pflegebedürftige Person zu infizieren.

3.4 · Veränderung der pflegerischen Versorgung im vollstationären Setting



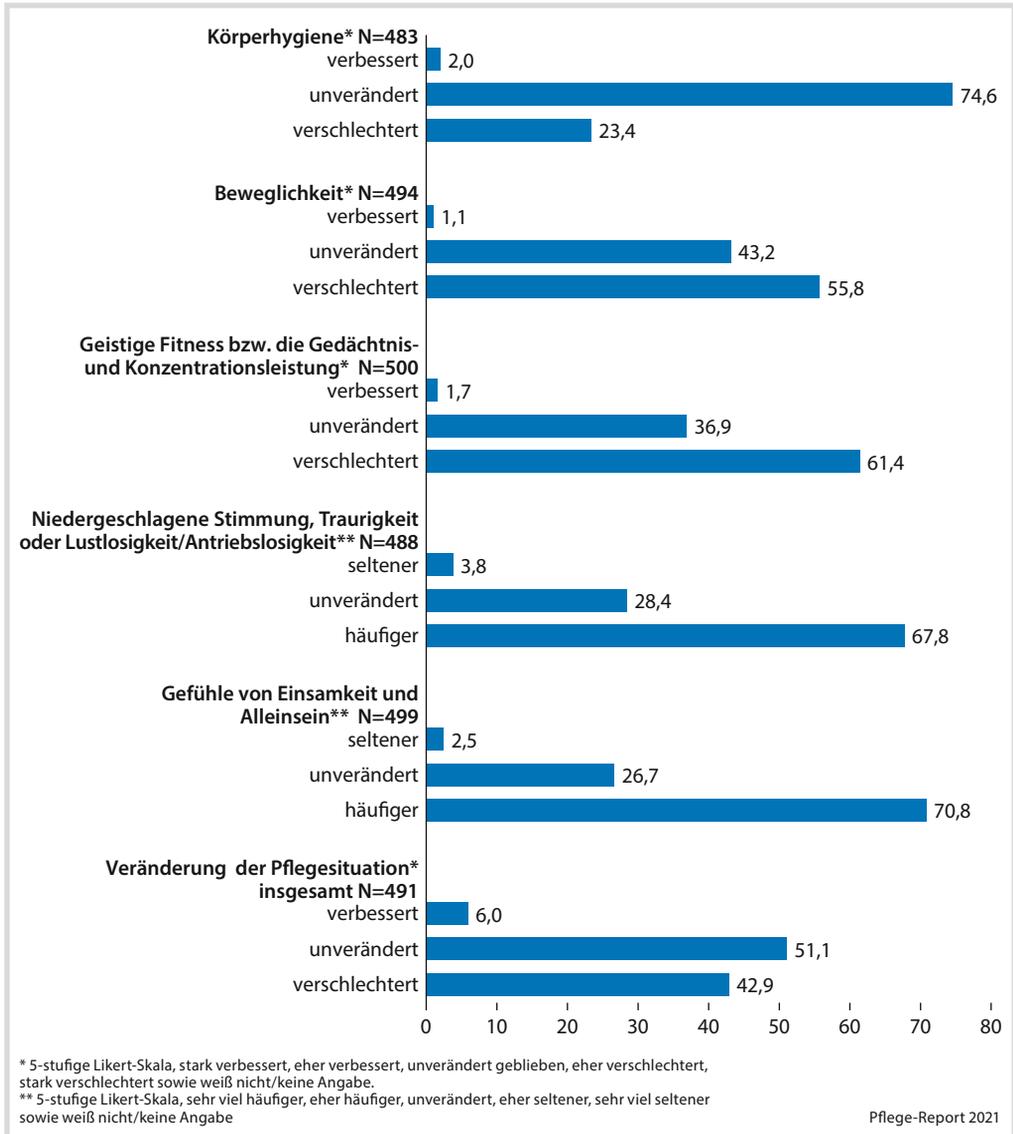
■ **Abb. 3.11** Wahrgenommenes Infektionsrisiko, vollstationäres Setting, in %

3.4.2 Bewertung der pflegerischen Versorgung

Analog zur Befragung der Pflegepersonen im ambulanten Setting wurden auch die Bezugspersonen von Pflegebedürftigen im vollstationären Setting zu den Veränderungen des körperlichen, geistigen und psychischen Zustands der pflegebedürftigen Person durch die Corona-bedingten Einschränkungen im Zeitraum März bis Mai 2020 befragt (■ Abb. 3.12).

In allen abgefragten Bereichen wurden deutliche negative Veränderungen wahrgenommen. Außer für die Kategorien „Veränderung der Pflegesituation insgesamt“ (42,9 %) sowie „Körperhygiene“ (23,4 %) lagen für alle Bereiche die Anteile der Befragten, die eine Verschlechterung berichteten, sogar über 50 %.

Häufigere Gefühle von Einsamkeit und Alleinsein seitens der pflegebedürftigen Person berichteten 71 %. Häufigeres Auftreten von niedergeschlagener Stimmung, Traurigkeit oder Lustlosigkeit bzw. Antriebslosigkeit gaben 68 % an. Auch Verschlechterungen der geistigen Fitness bzw. der Gedächtnis- und Konzentrationsleistung der pflegebedürftigen Person (61,4 %) sowie ihrer Beweglichkeit (Gehen, Aufstehen, Treppensteigen etc.) (55,8 %) im Vergleich zu vorher wurden oft angegeben. Insgesamt zeigt sich vor dem Hintergrund der ergriffenen scharfen Isolationsmaßnahmen in den Pflegeheimen in der ersten Pandemiewelle ein besonders dramatisches Bild der physischen und psychischen Folgen: Für die vollstationär Pflegebedürftigen führten die Maßnahmen ausnahmslos in allen erfassten Kategorien häufiger zu einer Verschlechterung, als dies für den ambulanten Kontext berichtet wird (■ Abb. 3.7).



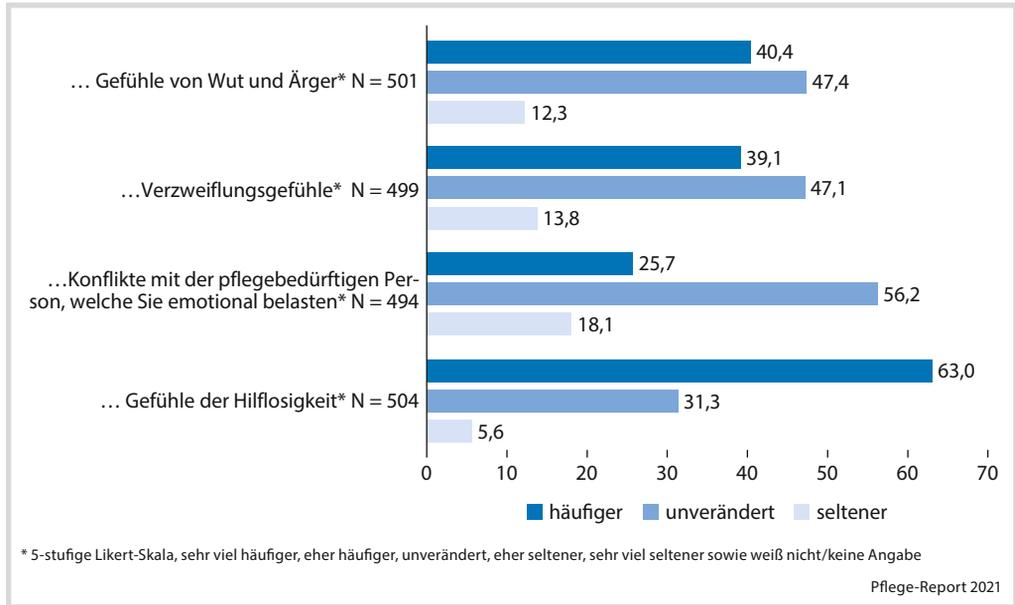
▣ **Abb. 3.12** Wie hat sich der körperliche, geistige und psychische Zustand der pflegebedürftigen Person Ihrer Einschätzung nach unter den Corona-bedingten Einschränkungen im Corona-Zeitraum März bis Mai 2020 verändert? Vollstationäres Setting, in %

3.4.3 Belastungssituation der Bezugsperson

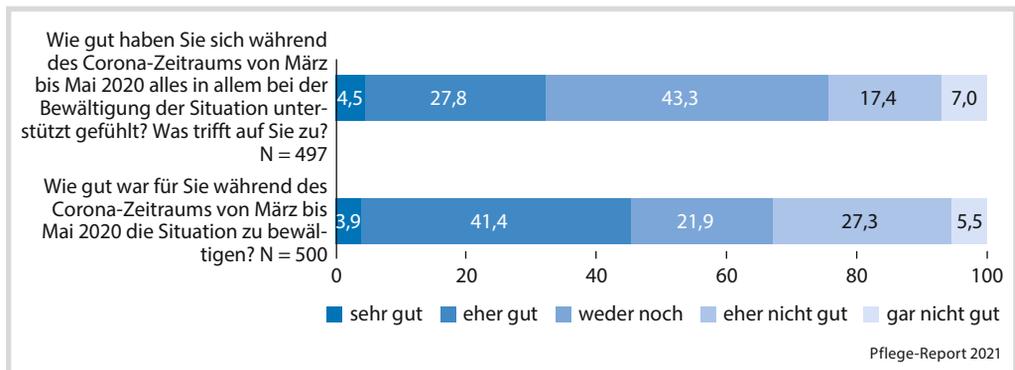
Ergänzend zur wahrgenommenen Veränderung des Zustands der pflegebedürftigen Person wurde auch nach den (emotionalen) Belastungen der Bezugsperson während des ersten Lockdowns gefragt (▣ Abb. 3.13). Besonders das Gefühl von Hilflosigkeit ist aus Sicht der Bezugsperson mit 63 % häufiger im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie aufgetreten. Rund 40 % gaben häufigere Gefühle von Verzweiflung sowie von Wut und Ärger

tungen der Bezugsperson während des ersten Lockdowns gefragt (▣ Abb. 3.13). Besonders das Gefühl von Hilflosigkeit ist aus Sicht der Bezugsperson mit 63 % häufiger im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie aufgetreten. Rund 40 % gaben häufigere Gefühle von Verzweiflung sowie von Wut und Ärger

3.4 · Veränderung der pflegerischen Versorgung im vollstationären Setting



■ **Abb. 3.13** Emotionaler Zustand der Bezugsperson während des Lockdowns. Unter den Corona-bedingten Einschränkungen im Corona-Zeitraum März bis Mai 2020 hatten Sie selbst im Vergleich zu vorher ...? Vollstationäres Setting, in %



■ **Abb. 3.14** Wahrgenommene Belastung und Unterstützung der Pflegeperson, vollstationäres Setting, in %

an. Im Vergleich zur Situation im ambulanten Setting (■ Abb. 3.8) wird deutlich, dass Konflikte mit der pflegebedürftigen Person nicht im gleichen Maße in der Pandemie Bedeutung haben, jedoch für das vollstationäre Setting prägend zu sein scheint, dass das Gefühl der Hilflosigkeit zugenommen hat – dies ist mit

Blick auf die besonders stark eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten naheliegend.

Neben dem emotionalen Zustand wurde auch für die Bezugspersonen der vollstationär Pflegebedürftigen die wahrgenommene Belastung erfasst (■ Abb. 3.14). Jede vierte Person (24,4 %) gab an, sich nicht gut unterstützt ge-

fühlt zu haben, während ein Drittel (32,3 %) sich gut unterstützt fühlte. Ein weiteres Dritte (32,8 %) sagte aber auch, dass die Pflegesituation eher nicht oder gar nicht gut zu bewältigen war. Im Vergleich zum ambulanten Setting – hier hat jeweils rund jede fünfte Pflegeperson angegeben, sich nicht gut unterstützt zu fühlen respektive mit der Pflegesituation nicht gut zu recht zu kommen (■ Abb. 3.9) – überraschen diese Aussagen. Zu diskutieren ist, inwiefern dies darauf hindeutet, dass die emotionale Belastung aufgrund der fehlenden Kontaktmöglichkeiten höher wiegt als die Belastungen, die aufgrund des Wegbrechens der Unterstützungsnetzwerke zu vermuten sind, Nähe aber dennoch erlauben.

3.4.4 Fokus ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen

■ ■ Veränderung der ärztlichen Versorgung während des ersten Lockdowns

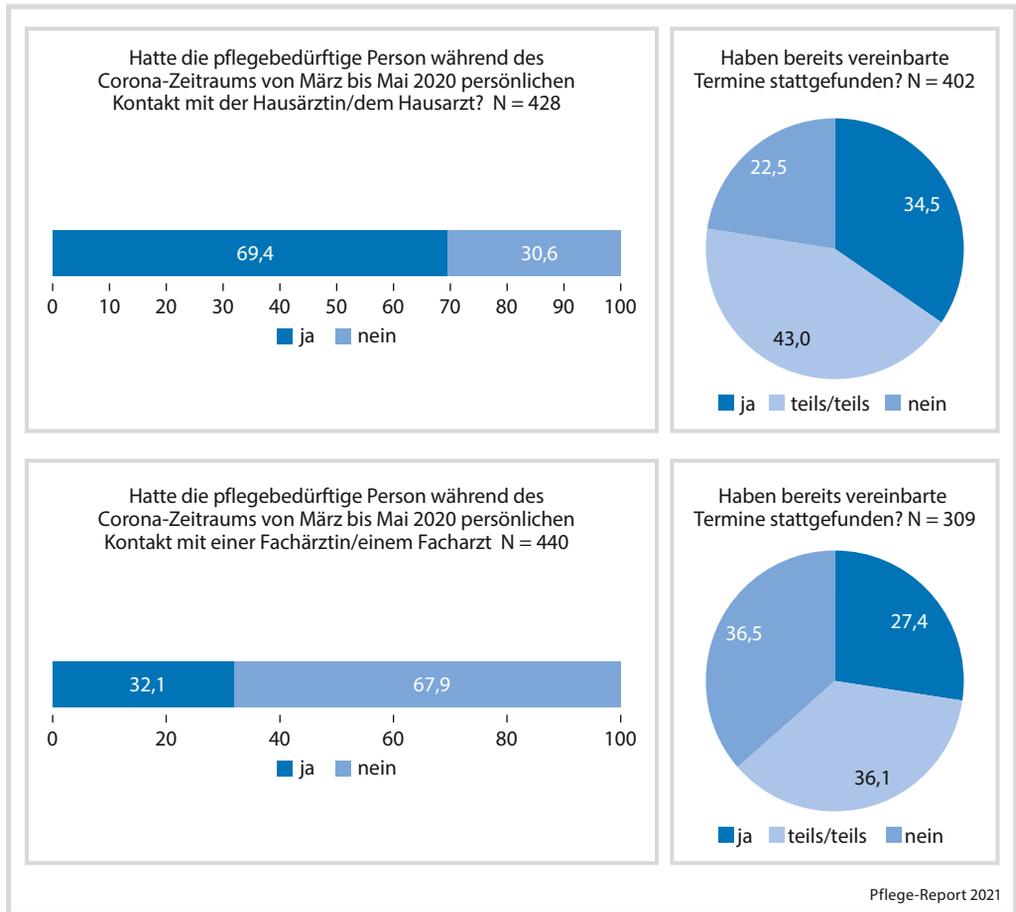
Neben der Betrachtung der pflegerischen Versorgung und deren Veränderung aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde für das Pflegeheim auch die ärztliche Versorgung in den Blick genommen. Bei etwas mehr als jeder fünften (22,5 %) pflegebedürftigen Person sind nach Angaben der Bezugsperson alle bereits vereinbarte Termine mit dem Hausarzt oder der Hausärztin während der Lockdown-Phase März bis Mai 2020 ausgefallen, bei weiteren 43 % haben Termine nur teilweise stattgefunden. Bei Bewohnenden mit vereinbarter fachärztlicher Versorgung haben nur bei gut einem Viertel der Personen alle Termine stattgefunden (27,4 %) (■ Abb. 3.15).

Die Bezugspersonen wurden des Weiteren zum Zugang der Bewohnenden zur haus- und fachärztlichen Versorgung verglichen mit der Zeit davor befragt (■ Abb. 3.16). Etwas mehr als jede vierte befragte Person (26,7 %) gab an, dass sich die allgemeine Erreichbarkeit von Hausarztpraxen verschlechtert habe. Konkret wurde die Möglichkeit, bei Bedarf einen Termin bei dem Hausarzt oder der Hausärztin zu erhalten, von einem Drittel (37,4 %) als stark oder eher verschlechtert wahrgenommen. Verschlechterungen bei der Möglichkeit, Rezepte und andere Bescheinigungen durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin zu erhalten, berichten 10 %.

Die allgemeine Erreichbarkeit eines Facharztes oder einer Fachärztin wurde zwar eher als unverändert wahrgenommen, eine Verschlechterung bei den Terminen gab jedoch fast die Hälfte (46,1 %) der Befragten an. Ebenso gab jede fünfte befragte Person (19,7 %) an, dass sich der Erhalt von Rezepten und andere Bescheinigungen verschlechtert habe – dies sind doppelt so viele wie im hausärztlichen Kontext. Hinzuweisen ist darauf, dass es für alle erhobenen Kontaktmöglichkeiten auch Befragte gab, die die Situation im Lockdown positiver als sonst wahrnahmen (■ Abb. 3.16).

Die Befragten, die mindestens einen abgesagten Termin zur hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung angegeben haben, konnten mehrere Initiatoren für die Terminabsage benennen. ■ Tab. 3.4 zeigt den Anteil, den die jeweiligen Initiatoren der Terminabsagen für beide Versorgungsbereiche haben. Deutlich wird, dass die Absage der Termine am häufigsten durch die Pflegeeinrichtungen erfolgte. Erst an zweiter Stelle wurden die Ärzte und Ärztinnen als Initiatoren benannt. Dass die Absage durch sie selbst oder die Pflegebedürftigen entstand, gaben die Befragten deutlich seltener an.

3.4 · Veränderung der pflegerischen Versorgung im vollstationären Setting



■ **Abb. 3.15** Termine zur haus- und fachärztlichen Versorgung während des Corona-Zeitraums von März bis Mai 2020, vollstationäres Setting, in %

■ **Tab. 3.4** Durch wen wurden bereits vereinbarte Termine abgesagt?

	Hausärztliche Versorgung (mindestens ein ausgefallener Termin (N = 263))	Fachärztliche Versorgung (mindestens ein ausgefallener Termin (N = 225))
	Anteil der Initiatoren der Terminabsagen^a in %	
Durch den Arzt/die Ärztin	25,7 (n = 68)	28,7 (n = 64)
Durch die Bezugsperson/die pflegebedürftige Person selbst	12,4 (n = 33)	20,4 (n = 46)
Durch die Pflegeeinrichtung	43,6 (n = 115)	41,1 (n = 92)
Weiß nicht/keine Angabe	27,0 (n = 71)	19,2 (n = 43)

^a Mehrfachnennungen möglich
Pflege-Report 2021

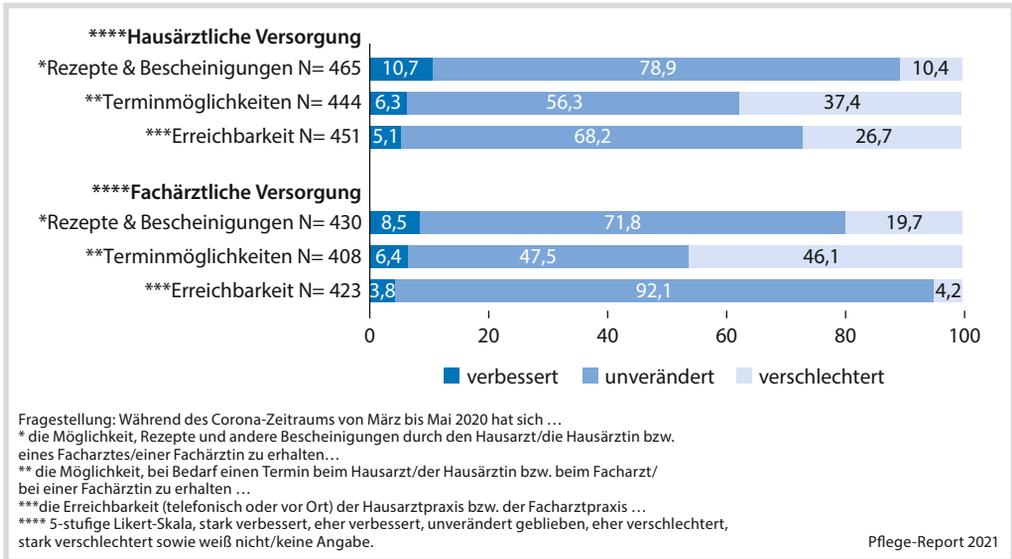


Abb. 3.16 Veränderung des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung während des Corona-Zeitraums von März bis Mai 2020, vollstationäres Setting, in %

■ Bewertung der veränderten gesundheitlichen Versorgung

Ergänzend wurden die Bezugspersonen zu ihrer Wahrnehmung der ärztlichen Betreuung des/der Pflegebedürftigen befragt (Abb. 3.17). Demnach gaben deutlich mehr

als ein Drittel (39 %) der befragten Bezugspersonen an, dass während des ersten Lockdowns wichtige Arzttermine nicht erfolgten. Rund jede siebte Bezugsperson (13,8 %) berichtete, dass in dem betrachteten Zeitraum aufgrund fehlender Erreichbarkeit der Arztpraxen auf wichtige Rezepte verzichtet werden muss-

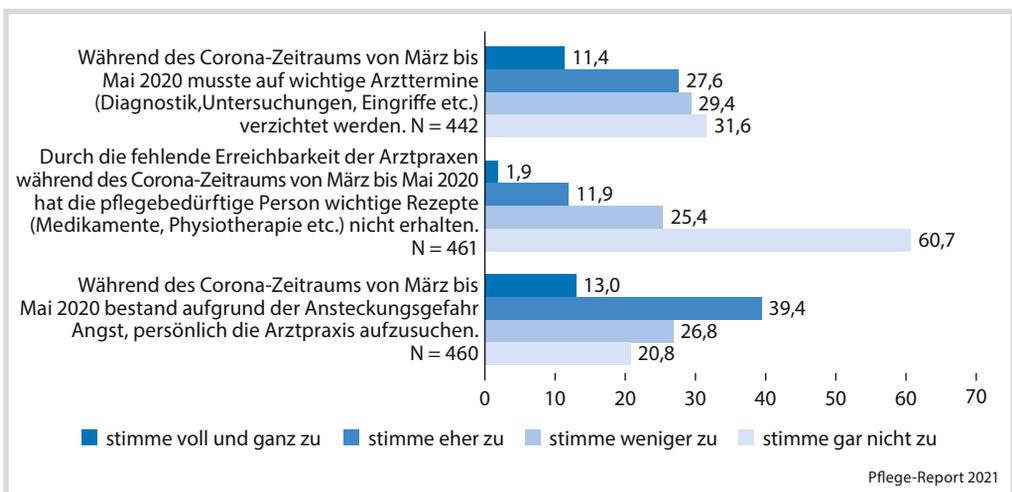
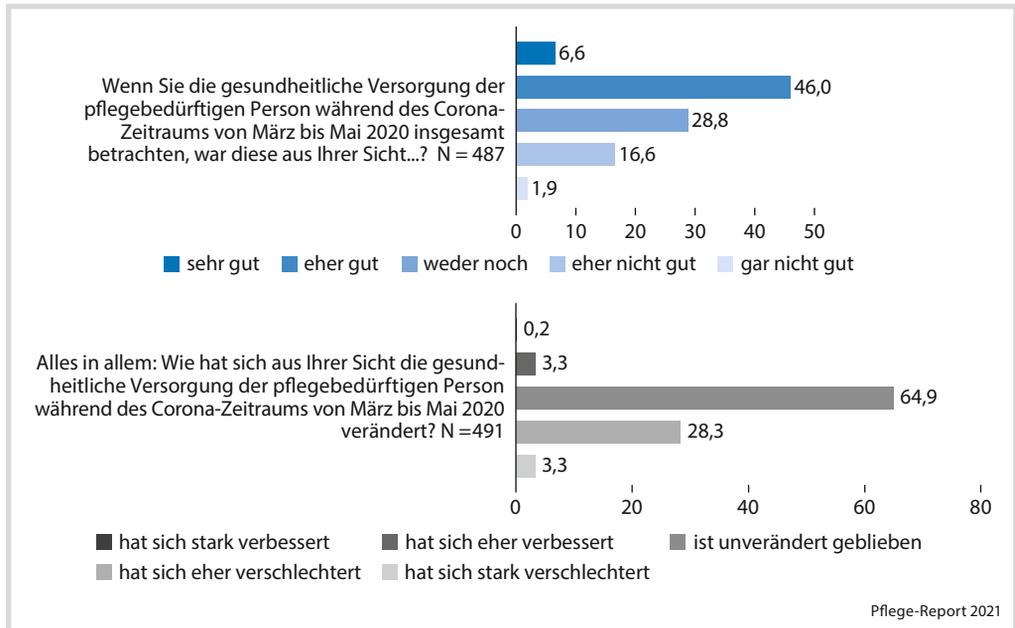


Abb. 3.17 Bewertung der gesundheitlichen Versorgung, vollstationäres Setting, in %

3.4 · Veränderung der pflegerischen Versorgung im vollstationären Setting



■ **Abb. 3.18** Bewertung der gesundheitlichen Versorgung der pflegebedürftigen Person während des Corona-Zeitraums von März bis Mai 2020 und dessen Veränderung, vollstationäres Setting, in %

te. Gleichzeitig bestanden bei mehr als der Hälfte der Befragten (52,4 %) aufgrund der Ansteckungsgefahr Ängste, persönlich in die Arztpraxis zu kommen.

Befragt nach der gesundheitlichen Versorgung der pflegebedürftigen Person während der ersten Pandemiewelle gibt etwas mehr als die Hälfte (52,6 %) der Bezugspersonen in der Gesamtschau eine positive Bewertung (■ Abb. 3.18) ab. Andererseits bewertet aber auch jede fünfte Bezugsperson (18,5 %) die Situation als nicht gut. Ferner wird das positive Bild etwas relativiert, wenn man die Situation mit der Lage vor der Corona-Pandemie vergleicht. Diesbezüglich sagt jeder dritte Befragte (31,6 %), dass sich die gesundheitliche Versorgung verschlechtert habe (■ Abb. 3.18).

3.4.5 Zusammenfassung und Zwischenfazit zur pflegerischen Versorgung im vollstationären Setting

Drastische Einschnitte erlebten die pflegebedürftigen Personen im vollstationären Versorgungssetting im Bereich der sozialen Teilhabe: Für 43 % der Befragten war ein persönlicher Kontakt zu ihren pflegebedürftigen Angehörigen zwischen März und Mai 2020 nicht möglich, für weitere 30 % nur selten. Jeder Dritte konnte weder telefonisch noch internetbasiert mit dem Angehörigen kommunizieren. Neben dem Kontakt zur Bezugsperson wurde für die Pflegebedürftigen auch die Mobilität in der Form, das eigene Zimmer oder die Pflegeeinrichtung verlassen zu können, stark eingeschränkt. Nicht verwunderlich ist, dass insofern die Mehrheit der befragten Bezugspersonen über deutliche Verschlechterungen des pflegerischen Gesamtzustandes der An-

gehörigen berichtet. Hervorzuheben ist, dass die Bezugspersonen von vollstationär Pflegebedürftigen ausnahmslos für alle der erfassten Kategorien – Körperhygiene, Beweglichkeit, geistige Fitness, Stimmungslage, Einsamkeit – sowie mit Blick auf die Gesamtsituation häufiger eine Verschlechterung der Situation angeben, als dies die befragten Hauptpflegepersonen für die ambulant Pflegebedürftigen benennen. Bezüglich der gesundheitlichen respektive ärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohnenden sieht ferner rund ein Drittel eine Verschlechterung. Bei der Interpretation ist gleichwohl zu beachten, dass es sich um Fremdeinschätzungen durch Personen handelt, die zum Teil auch vor der Pandemie weniger als einmal pro Woche Kontakt zum Pflegebedürftigen hatten. Gleichwohl decken sich die Ergebnisse von der Tendenz her mit der Befragung von Eggert und Teubner (2021). Hier gaben beispielsweise 74 % der befragten Verantwortlichen aus der Langzeitpflege an, dass sich „Stimmung und Lebensfreude“ bei Bewohnenden ohne Demenz im April 2020 Corona-bedingt eher oder stark verschlechtert haben, bei Bewohnenden mit Demenz lag dieser Wert bei 53 %. Ferner bestätigen Horn und Scheppe (2020) wie auch Eggert und Teubner (2021) starke Einschnitte in der ärztlichen Versorgung und explizit den Ausfall von Arztterminen.

Mit Blick auf die Situation der Befragten – also der Bezugsperson selbst – sind überraschend hohe Belastungswerte zu konstatieren: Zwei von drei Befragten geben an, dass sie sich häufiger hilflos fühlen als vor der Pandemie. Gleichzeitig sagt jeder Dritte – im ambulanten Setting spricht hiervon lediglich jeder Fünfte –, dass die Pflegesituation nicht gut zu bewältigen war. Dies kann auf die hohe emotionale Belastung hinweisen, die aus den erheblichen Kontaktbeschränkungen resultiert.

3.5 Zusammenfassung und Fazit

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie gelten pflegebedürftige Menschen als besonders vulnerabel und anfällig für schwere Krankheitsverläufe. In der Folge zielten und zielen viele Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie auf den Schutz dieser Bevölkerungsgruppe. Die hier vorgelegte Studie unterstreicht, dass es in der häuslichen und der vollstationären Pflege für große Teile der Betroffenen zu weitreichenden Veränderungen in der Lebens- und Versorgungssituation gekommen ist. Wenngleich die Versorgungssituation ein heterogenes Bild darstellt – sowohl zwischen den Versorgungsarten (ambulant und stationär) als auch innerhalb der Gruppe der pflegebedürftigen Personen selbst –, wurden Verschlechterungen in der pflegerischen und ärztlichen Versorgung wahrgenommen.

Für den ambulanten Versorgungsbereich zeigt sich, dass für einen Großteil der Pflegehaushalte essentielle Unterstützungsleistungen, professionell und informell, nur noch eingeschränkt zur Verfügung standen. Nach Angaben der Befragten hat sich besonders die psychische Gesundheit wie auch die geistige Fitness und Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen verschlechtert. Gleichzeitig fühlte sich jeder fünfte Pflegehaushalt in der Pandemie nicht gut unterstützt oder gibt an, die Pflege nicht gut bewältigen zu können.

Für das vollstationäre Setting werden die während der ersten Pandemie-Welle ganz erheblichen Einschränkungen der sozialen Teilhabe der pflegebedürftigen Menschen deutlich. Sowohl hinsichtlich der Möglichkeit, das eigene Zimmer oder die Pflegeeinrichtung zu verlassen, als auch mit Blick auf Kontakt zu den Bezugspersonen, ob persönlich oder telefonisch. Die eingeschränkten Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe, Kontaktreduktion, soziale Isolation und reduzierte gesundheitliche Versorgung schlagen sich sodann auch in einer ausgeprägten Verschlechterung des von den Bezugspersonen wahrgenommenen Zustands der pflegebedürftigen Menschen nieder.

Die verschlechterte Versorgungssituation und die Kontaktreduktion in den Pflegeeinrichtungen belastet zudem die befragten Bezugspersonen selbst – im Vergleich zu den ambulanten Pflegenden sogar deutlich stärker. Ein Erklärungsansatz ist, dass dies auf die besonderen emotionalen Belastungen verweist, die daraus resultieren, dass in der vollstationären Pflege ein Abwägen von Schutzmaßnahmen und Selbstbestimmung nicht selbst vorgenommen werden konnte, sondern per gesetzlicher Anordnung – und zwar in der ersten Welle eindeutig zu Gunsten von Schutzpflichten – erfolgte. Einhergehend mit verbesserten Hygienekonzepten, den Schnelltestmöglichkeiten ab Herbst 2020 sowie der Impfstrategie ab Januar 2021 bestehen seit der zweiten Welle mehr Möglichkeiten, Schutzbedarf sowie Kontakt- und Teilhabemöglichkeiten in anderer Form abzuwägen. Inwiefern dies gelungen ist, obliegt der Untersuchung im Rahmen weiterer Erhebungen.

In der Gesamtschau bestätigt die Untersuchung für den Kontext der ersten Welle, dass die Maßnahmen, die die pflegebedürftigen Menschen vor einer Ansteckung an COVID-19 schützen sollten, im Umkehrschluss zu Einschnitten in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen sowie zu stärkerer sozialer Isolation und Zunahme der psychischen Belastungen geführt haben. Alle Ergebnisse weisen darauf hin, dass derartige Entscheidungen, wie sie in der beginnenden Pandemie getroffen wurden, vor dem Hintergrund des heute vorliegenden Wissens zu reflektieren sind. Die Erkenntnisse gilt es für zukünftige Pandemiekonzepte zu berücksichtigen.

Literatur

- Bundesregierung (2020) Videokonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 28. Oktober 2020. BESCHLUSS TOP Bekämpfung der SARS-Cov2-Pandemie. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1805024/5353edede6c0125ebe5b5166504dfd79/2020-10-28-mpk-beschluss-corona-data.pdf>. Zugegriffen: 23. März 2021
- Eggert S, Teuber C, Budnick A, Gellert P, Kuhlmeier A (2020) Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)
- Eggert S, Teubner C (2021) ZQP-Analyse. Die SARS CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)
- Gardner W, States D, Bagley N (2020) The Coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *J Aging Soc Policy* 32:310–315. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>
- Horn V, Schweppe C (2020) Häusliche Altenpflege in Zeiten von Corona. https://www.sozialpaedagogik.fb02.uni-mainz.de/files/2020/07/Studie_JGU_H%C3%A4usliche-Pflege-unter-Corona.pdf. Zugegriffen: 19. Aug. 2020
- Infratest dimap (2020a) ARD-DeutschlandTREND Oktober 2020. Eine Studie im Auftrag der tagesthemen. <https://www.tagesschau.de/inland/deutschlandtrend-2347.pdf>. Zugegriffen: 20. März 2021
- Infratest dimap (2020b) ARD-DeutschlandTREND November 2020. Eine Studie zur politischen Stimmung im Auftrag der ARD-Tagesthemen und der Tageszeitung DIE WELT. https://www.infratest-dimap.de/fileadmin/user_upload/DT2011_Bericht.pdf. Zugegriffen: 20. März 2021
- Kantar (2019) Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Abschlussbericht. Los 2: Allgemeine Befragungen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_2_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf. Zugegriffen: 2. Apr. 2020 (Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von Kantar Public Division Deutschland)
- Kessler E-M, Strumpfen S, Kricheldorf C, Franke A, Pantel J, Gellert P, Püllen R (2020a) Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen. https://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/covid-19/20200424_DGGG_Statement_Sektionen_II_III_IV_Soziale_Teilhabe_und_Partizipation.pdf. Zugegriffen: 19. Aug. 2020 (Gemeinsames Statement der Sektionen für Geriatrie (II), Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III), Soziale Gerontologie und Altenhilfe (IV) der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG e. V.))
- Kessler EM, Strumpfen S, Kricheldorf C, Franke A, Pantel J, Gellert P (2020b) Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen (Gemeinsames Statement der Sektionen für

Geriatrische Medizin (II), Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III), Soziale Gerontologie und Altenhilfe (IV) der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG e. V.).)

Müller O, Neuhann F, Razum O (2020) Epidemiologie und Kontrollmaßnahmen bei COVID-19. *DmW - Dtsch Medizinische Wochenschrift* 145:670–674. <https://doi.org/10.1055/a-1162-1987>

Räker M, Schwinger A, Klauber J (2020) Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 65–95

Röhr S, Reininghaus U, Riedel-Heller S (2020) Mental and social health in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey

Rothgang H et al (2020) Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime. *Pflege* 33:265–275. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000760>

Schmidt B (2018) Melderegister, Mixed-Mode und Teilnahmeanreize: ein Modell zur Rekrutierung von Teilnehmern für sozialwissenschaftliche Panelbefragungen. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. rer. pol. der Universität Bremen (<https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/1403/1/00106477-1.pdf>). Zugegriffen: 20. April 2021)

Statistisches Bundesamt (2018) *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Pflegebedürftige*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laenderpflegebeduerftige-5224002179004.pdf?__blob=publicationFile&v=5. Zugegriffen: 6. Jan. 2020

Statistisches Bundesamt (2019) *Bildung. Statistisches Jahrbuch 2019*. DeStatis, Wiesbaden, S 85–126

Statistisches Bundesamt (2020) *Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte 2019 in den Gebietsständen. Ergebnisse der Laufenden Wirtschaftsrechnungen (LWR)*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Einkommen-Einnahmen-Ausgaben/Tabellen/gebietsstaende-lwr.html>. Zugegriffen: 6. März 2020

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener

Simon Eggert, Christian Teubner, Andrea Budnick und Paul Gellert

Inhaltsverzeichnis

- 4.1 Herausforderungen für erwerbstätige pflegende Angehörige – 60
- 4.2 Erwerbstätige pflegende Angehörige in der aktuellen Coronavirus-Pandemie – 63
- 4.3 Fazit – 66
- Literatur – 67

■ Zusammenfassung

Das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist in Deutschland gesellschaftlich relevant und nimmt zukünftig weiter an Bedeutung zu. Schon heute sind zwei von drei pflegenden Angehörigen unter 65 Jahren erwerbstätig. Arbeitnehmende, die privat Pflegeaufgaben übernehmen, stehen oft vor erheblichen Herausforderungen und drohen überdies dem Arbeitsmarkt teilweise oder vollständig entzogen zu werden. Gleichzeitig sind pflegende Angehörige die Basis der pflegerischen Versorgung im Sinne des SGB XI in Deutschland.

Vereinbarkeitskonflikte werden in der Forschung als bedeutsame Stressoren für erwerbstätige pflegende Angehörige gesehen, positive Arbeitssituationen dagegen als mindestens etwas entlastend eingeschätzt. Erschwerend für die Vereinbarkeitsbemühungen wirkt sich u. a. aus, wenn die Pflegekonstellation mit einer Demenzerkrankung verbunden ist. Die Unterstützungsbemühungen von Unternehmen und Politik für erwerbstätige pflegende Angehörige haben sich in den vergangenen Jahren intensiviert, erscheinen aber nach wie vor verbesserungsbedürftig.

In der aktuellen Coronavirus-Pandemie hat sich die Situation für viele pflegende Angehörige insgesamt verschärft. So zeigen die Ergebnisse der vorliegenden ZQP-Befragung, dass erwerbstätige Angehörige signifikant häufiger von einer Verschlechterung der Pflegesituation in der ersten Infektionswelle im Vergleich mit nicht-erwerbstätigen berichten. Ein Großteil der Befragten gibt an, dass die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nun noch schwieriger geworden sei.

The reconciliation of work and care is an important topic in Germany and its relevance for society will continue to grow in the future. Already today, two out of three family caregivers under the age of 65 are gainfully employed. Employees who take on family care duties often face considerable challenges and are also at risk of being partially or completely withdrawn from the labour market. At the same time, family caregivers are the basis

of care provision according to SGB XI (Social Code XI) in Germany.

In research, conflicts to combine work and care are regarded as significant stressors for working family caregivers, while positive work situations are seen as at least somewhat relieving. Reconciliation efforts are further impeded if, for instance, the care constellation is associated with dementia. Efforts of companies and policymakers to support working caregivers have intensified in recent years, but still seem to be in need of improvement.

During the current Coronavirus pandemic, the overall situation of many family caregivers has tightened. The results of the ZQP study presented here show that working family caregivers report significantly more often that the care situation worsened during the first wave of the pandemic compared to non-employed caregivers. A large proportion of the respondents state that reconciling work and care has become even more difficult.

4.1 Herausforderungen für erwerbstätige pflegende Angehörige

In Deutschland sind etwa zwei Drittel aller pflegenden Angehörigen unter 65 Jahren erwerbstätig. Die Anzahl erwerbstätiger pflegender Angehöriger ist in den vergangenen Jahren gewachsen; dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren mutmaßlich fortsetzen. Die Gründe dafür liegen u. a. im Zusammenspiel aus demographischer Entwicklung, höheren Erwerbsquoten, einem späteren Renteneintritt der Beschäftigten und einer Knappheit an professionell Pflegenden (Geyer und Schulz 2014; Nowossadeck et al. 2016; Eggert et al. 2018).

Insgesamt ist die physische und insbesondere psychische Belastungssituation pflegender Angehöriger vor der aktuellen Coronavirus-Pandemie gut untersucht (Wetzstein et al. 2015; Nowossadeck et al. 2016; Zwar et al. 2020). Erste Befunde weisen auch auf die

besondere Belastung von pflegenden Angehörigen gerade während der ersten Phase der Pandemie hin (Eggert et al. 2020; Budnick et al. 2020).

Oftmals wird die familiäre Pfl egetätigkeit von mehreren Personen ausgeübt, wobei nach wie vor etwa zwei Drittel der Hauptpflegepersonen Frauen sind (TNS Infratest Sozialforschung 2017). Dies hat auch zur Folge, dass insbesondere Frauen nicht selten Erwerbstätigkeit, Kindererziehung und Pflege von Angehörigen parallel zu bewältigen haben und dabei in eine sogenannte Sandwich-Position geraten (Künemund 2002).

Erwerbstätige pflegende Angehörige können vor verschiedenen zusätzlichen Herausforderungen und Problemen stehen. Denn es ist eine kontinuierliche und vielfach komplexe Anforderung, Pflege und Beruf zu vereinbaren sowie weiteren familiären Erwartungen und eigenen Ansprüchen an das Leben gerecht werden zu können (Pinquart 2016). Insbesondere Rollenkonflikte, Überforderungs- und Schuldgefühle können dabei auftreten – dies auch bei den oft übersehenen Helfern, die aus der Distanz unterstützen (Franke et al. 2019). Über zwei Drittel pflegender Beschäftigter geben in einer Befragung für den Deutschen Gewerkschaftsbund an, dass sich die Pflege auch auf das Berufliche auswirkt. Das beinhaltet unter anderem versäumte Arbeitszeit, unterbrochene Arbeitsabläufe, Ängste um den Verlust des Arbeitsplatzes oder Befürchtungen, Mobbing am Arbeitsplatz ausgesetzt zu sein (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018). Für erwerbstätige pflegende Angehörige konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Beeinträchtigung der Arbeit durch die Pflege und emotionalem Stresserleben gezeigt werden (Longacre et al. 2017).

Die aus der Vereinbarkeitsanforderung resultierenden organisatorischen, zeitlichen und emotionalen Belastungen können auch dazu führen, dass pflegende erwerbstätige Personen ihre Arbeitszeit reduzieren oder die berufliche Beschäftigung ganz aufgeben. Der zeitliche Umfang, der von Angehörigen für die häusliche Pflege aufgebracht wird, ist unter-

schiedlich und abhängig vom Bedarf des zu Pflegenden. Allerdings investiert mehr als die Hälfte der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen täglich über eine Stunde in die häusliche Pfl egetätigkeit. Wenn die Pflegeperson mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt lebt, sind es sogar 76 %. Bei Hauptpflegepersonen erreicht die Pfl egetätigkeit nicht nur ausnahmsweise den Umfang einer Vollzeitstelle – ggf. zuzüglich Wochenendarbeit (Geyer 2016; TNS Infratest Sozialforschung 2017).

Für die Gruppe derjenigen, bei denen der Pflegeaufwand eine Stunde pro Tag überschreitet, zeigt sich die Erwerbsquote unterdurchschnittlich. Insgesamt sinkt die Wahrscheinlichkeit von Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger mit der Pflegedauer. Dabei ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Während Frauen im Mittel eher ihre Wochenarbeitszeit reduzieren, ziehen sich Männer – ab einem bestimmten Pflegeaufwand – eher aus dem Erwerbsleben zurück (Geyer 2016).

Erhebliche Effekte auf den Erwerbsumfang ergeben sich insbesondere auch in Familien mit pflegebedürftigen Kindern. Letztere umfassen laut Pflegestatistik für 2019 160.953 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2020a), die fast ausschließlich zu Hause und mehrheitlich von Müttern versorgt werden. So reduzieren betroffene Mütter ihre Arbeitszeit (jede zweite Frau) oder beenden sogar ihre berufliche Karriere (ca. jede vierte Frau), um den täglichen Herausforderungen bei der Versorgung pflegebedürftiger Kinder nachkommen zu können (Kofahl et al. 2017).

Für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz ist die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege mit fortschreitendem Krankheitsverlauf oft besonders herausfordernd. Häufige Symptome wie aggressives Verhalten, nächtliche Unruhe sowie Weg- oder Hinlauffenden belasten (Pinquart 2016). Steigender Pflegeaufwand führt dazu, dass rund ein Drittel der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz ihre Berufstätig-

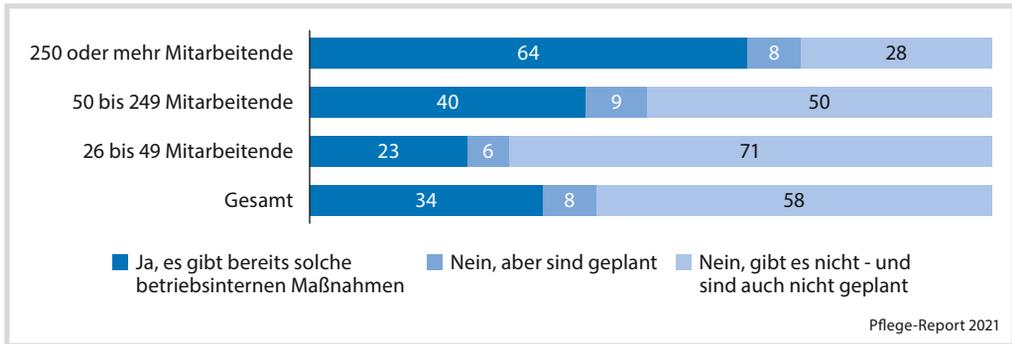


Abb. 4.1 Gibt es im Unternehmen betriebsinterne Angebote oder Maßnahmen (neben den gesetzlich vorgesehenen), die pflegende Mitarbeitende bei der besseren Vereinbarung von Beruf und Pflege unterstützen sollen? In % ($n = 401$); nach Eggert et al. 2018, S. 8

keit im Verlauf der Pflege einschränkt bzw. ganz aufgibt (Schäufele et al. 2016).

Die Übernahme häuslicher Pflegeaufgaben kann sich folglich auch ökonomisch negativ für die erwerbstätige Pflegeperson auswirken (Döhner et al. 2007; Ehrlich et al. 2020). So gehen beispielsweise mit einer Reduzierung von beruflicher Arbeitszeit zu Gunsten der familialen Pflege Einkommensrisiken einher.

Erwerbsarbeit kann für pflegende Angehörige nicht nur eine Belastung, sondern auch eine Ressource sein. Diese bietet neben der finanziellen Perspektive u. a. die Chance, in einem anderen Bereich als der Pflege seine Kompetenzen zu entwickeln und einzubringen, soziale Kontakte zu pflegen und einen Ausgleich zum Pflegealltag herzustellen. Wie gut verschiedene Rollen und Anforderungen vereinbart werden können, ist also entscheidend. Der Forschungsstand legt diesbezüglich nahe: Vereinbarkeitskonflikte am Arbeitsplatz gehören zu den relevanten Stressoren für erwerbstätige pflegende Angehörige, während positive Arbeitserfahrungen ein gewisses Potenzial haben, entlastend zu wirken (Pinquart 2016).

Der Aspekt, dass wahrscheinlich immer mehr Erwerbstätige vor die Aufgabe gestellt sein werden, den meist deutlichen Wunsch ihrer pflegebedürftigen Angehörigen nach einem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auch durch Vereinbarkeitsbemühungen von ihrem

Beruf mit einer familialen Pflegeleistung zu unterstützen, führt zu der Notwendigkeit, dass sich Unternehmen vermehrt mit der Aufgabe auseinandersetzen müssen, wie ihre Organisation pflegefreundlicher werden kann. Denn es ergeben sich zum einen Potenziale für gesundheitliche Prävention am Arbeitsplatz – die auch im eigenen Interesse der Unternehmen gehoben werden sollten –, zum anderen scheinen positive Profilierungsmöglichkeiten gegenüber Wettbewerbern im zunehmend umkämpften Markt für Arbeitskräfte zu bestehen.

Dennoch besteht hier offenbar in vielen Unternehmen noch Handlungsbedarf. So zeigte eine ZQP-Analyse unter Einbeziehung von Personalverantwortlichen von Unternehmen mit mehr als 16 Mitarbeitenden, dass damals 72 % der teilnehmenden Firmen weder spezifische Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege vorhielten noch planten, solche zu realisieren (Naumann et al. 2016a). Eine aktuellere Befragung unter Personalentscheidern von 401 Unternehmen mit einer Größe ab 26 Mitarbeitenden ergab 2018, dass 58 % der teilnehmenden Organisationen entsprechende Angebote weder geplant noch angeboten hatten (Abb. 4.1). 42 % der Personalverantwortlichen waren gar keine aktuellen oder ehemaligen Mitarbeitenden bekannt, die privat Pflegeaufgaben übernommen hatten. Demenz bei der pflegebedürftigen Person als besonders relevanter Faktor im Kontext der

Vereinbarkeit wurde ebenfalls häufig nicht erkannt (Eggert et al. 2018).

Ein Großteil der erwerbsfähigen Bevölkerung beurteilt die Rahmenbedingungen in Deutschland für eine Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eher kritisch – besonders, wenn sie selbst über Pflegeerfahrung verfügen. So sagten 64 % zugleich, dass sie ein privates Pflegeengagement im Jobumfeld nicht kommunizieren würden, u. a. aus der Sorge um ihre Zukunft in dem Unternehmen. Auch gab der Großteil der Befragten an, dass sie die Vereinbarkeit aus finanziellen, aber auch z. B. aus Gründen der Fortsetzung des bisherigen sozialen Berufsalltags für wichtig hielten. Danach gefragt, was sie für nützlich hielten, damit Beruf und Pflege parallel gelingen könnten, wurden vor allem flexible Arbeitszeitmodelle und der Wunsch nach Home-Office-Regelungen genannt (Naumann et al. 2016b).

4.2 Erwerbstätige pflegende Angehörige in der aktuellen Coronavirus-Pandemie

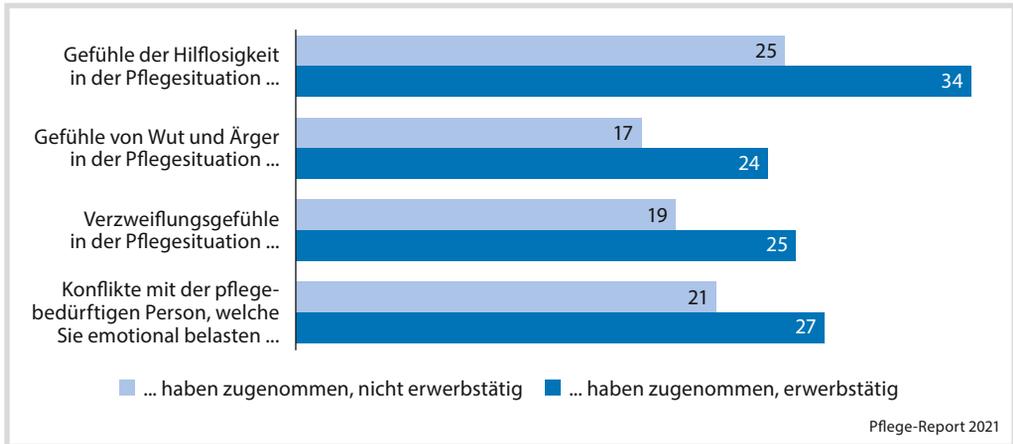
Die weltwirtschaftlichen Folgen der pandemischen Verbreitung des neuen Coronavirus SARS-CoV-2, einschließlich der ab März 2020 als Reaktionen auf den rasanten Anstieg der COVID-19-Fälle in Deutschland von Bund und Ländern verabschiedeten Schutzmaßnahmen, haben erhebliche und diverse Auswirkungen auf die Arbeitswelt. Unter anderem sagten in einer repräsentativen Online-Befragung von Erwerbstätigen (Blom et al. 2020) für den Zeitraum vom 20. März bis 2. Mai 2020 noch insgesamt 56 % der Befragten, weiterhin im bisherigen Umfang vor Ort tätig zu sein. Weitere 25 % gaben an, ausschließlich im Homeoffice zu arbeiten, andere nannten Kurzarbeit (9 %) sowie Freistellung mit (7 %) oder ohne Lohn (2 %). Vor Einsetzen der Corona-Krise haben in Deutschland 5 % der Erwerbstätigen täglich und weitere 7 % überwiegend im Homeoffice gearbeitet (Statistisches Bundesamt 2020b), die Zahl der

in Kurzarbeit Beschäftigten hatte sich von 0,1 Mio. im Februar 2020 auf 6,0 Mio. im April 2020 bzw. 5,8 Mio. im Mai 2020 vervielfacht (Statistisches Bundesamt 2020c). Für erwerbstätige pflegende Angehörige veränderten sich potenziell also mindestens zeitweilig zwei maßgebliche Alltagsfaktoren pandemiebedingt parallel: Die Pflegesituation und die Arbeitswelt.

■ Beruf und Vereinbarkeit in der Pandemie

Die Erfahrungen pflegender Angehöriger in der ersten Infektionswelle der aktuellen Coronavirus-Pandemie in Deutschland wurden in einer repräsentativen Befragung von 1.000 pflegenden Angehörigen untersucht (Eggert et al. 2020). Die Befragung fand zwischen 21. April und 2. Mai 2020 statt und beleuchtete u. a. die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf während des ersten sogenannten Lockdowns. Knapp drei Fünftel (58 %) der Befragten waren erwerbstätig, davon 70 % in einem Umfang von 30 Stunden oder mehr pro Woche. Insgesamt 28 % der erwerbstätigen Angehörigen gaben an, ausschließlich oder mehr als sonst im Homeoffice zu arbeiten. Dabei „profitierten“ familial Pflegende mit Abitur oder einem Hochschulabschluss überdurchschnittlich von dieser Option. Welche Wirkung diese vermehrte Homeoffice-Nutzung hat, kann hier noch nicht bewertet werden. Naheliegender erscheint, dass es für pflegende Angehörige sowohl einen entlastenden als auch einen belastenden Effekt haben könnte.

Es berichteten 13 % der Teilnehmenden, dass sie wegen der Pandemie starke oder sehr starke Sorge um ihre berufliche Zukunft hatten. Bei einem monatlichen Bruttoeinkommen unter 2.000 € sagte dies sogar jeder Fünfte. 45 % der Befragten stellten fest, dass die aktuelle Lage die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf noch schwieriger gemacht hatte. Hier zeichnet sich ein besonderer Einfluss ab, wenn ein Angehöriger mit einer Demenzerkrankung versorgt wird. Für Erwerbstätige mit einem demenziell erkrankten pflegebedürftigen Angehörigen lag diese Angabe klar höher: nämlich bei 56 %. In der Gruppe ohne De-



■ **Abb. 4.2** Veränderung problematischer Gefühle in der Pflegesituation für erwerbstätige und nicht-erwerbstätige pflegende Angehörige in % ($n = 974$)

menz gaben dies nur 40 % an. Dies passt zum allgemeinen Kenntnisstand; die besondere Bedeutung einer Demenzerkrankung im Vereinbarkeits-Kontext wurde bereits oben dargestellt.

■ Veränderung der Pflegesituation

Erwerbstätige Angehörige berichteten für die erste Infektionswelle signifikant häufiger von einer Verschlechterung der Pflegesituation: 37 % sagten, die Pflegesituation habe sich „eher/stark verschlechtert“ gegenüber 24 % in der Gruppe der nicht-erwerbstätigen Angehörigen.

Wie spiegelte sich diese Veränderung der Pflegesituation in der Beziehung zur pflegebedürftigen Person wider? Hier zeigte sich, dass ein deutlich höherer Anteil der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen eine Zunahme emotionaler Probleme wahrnahm (■ Abb. 4.2). So berichteten etwa ein Drittel (34 %) der erwerbstätigen Angehörigen, Gefühle der Hilflosigkeit in der Pflegesituation hätten zugenommen gegenüber einem Viertel (25 %) bei den nicht-erwerbstätigen Angehörigen. Die Anteile für eine Zunahme von „Wut und Ärger“, „Verzweiflungsgefühlen“ und „emotional belastenden Konflikten“ lagen für die erwerbstätigen Angehörigen ebenfalls deutlich höher.

Die pflegenden Angehörigen wurden auch gefragt, ob sich der Umfang von erlebten „schönen Momenten mit der pflegebedürftigen Person“ verändert hatte. Auch hier berichtete ein höherer Anteil der erwerbstätigen (27 %) gegenüber den nicht-erwerbstätigen (18 %) Angehörigen von einer Abnahme schöner Momente.

Eine mögliche Ursache für die kritischere Einschätzung der persönlichen Pflegesituation könnte darin begründet sein, dass erwerbstätige pflegende Angehörige in dieser Zeit stärker in die Versorgung einbezogen waren, beispielsweise, weil andere Unterstützungsmöglichkeiten weggefielen. Für die Gruppe der erwerbstätigen Angehörigen berichtete ein signifikant höherer Anteil von einer Ausweitung der eigenen Unterstützung: Während über ein Viertel (27 %) der erwerbstätigen Angehörigen angaben, die Unterstützung durch sie selbst habe zugenommen, sagten dies nur 12 % der nicht-erwerbstätigen Angehörigen. Innerhalb der Gruppe der erwerbstätigen Angehörigen hängt die Zunahme der Unterstützung mit ihrer Einschätzung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zusammen. Für die Aussage „Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist immer herausfordernd, aber in der aktuellen Situation ist es für mich noch schwieriger geworden“

sagten 60 % der erwerbstätigen Angehörigen, deren eigene Unterstützung zugenommen hat, diese treffe „voll und ganz/eher zu“. Bei unveränderter Unterstützungslage äußerten dies nur 36 %.

■ Unterstützungsmöglichkeiten im Versorgungsnetzwerk

Die Versorgung einer pflegebedürftigen Person in der Häuslichkeit wird in der Regel nicht nur vom pflegenden Angehörigen selbst, sondern von einem Netzwerk von Unterstützenden – sowohl informell als auch professionell Pflegenden sowie anderen „Gesundheitsdienstleistern“ – bewerkstelligt (Broese van Groenou et al. 2015; Broese van Groenou und De Boer 2016). Insbesondere informelle Unterstützung hat sich in Untersuchungen als entlastend für das Stressempfinden pflegender Angehöriger dargestellt (Pinquart 2016). In dieser Studie konnten die Befragten daher aus einer Liste von neun Unterstützergруппen – dazu zählen weitere Familienangehörige, Freunde und Nachbarn, ambulante Pflege, Tagespflege, 24 h-Betreuung aus Deutschland, 24 h-Betreuung aus dem Ausland, Hausärztinnen/Hausärzte, sonstige Gesundheitsdienstleister und sonstige Helfende – angeben, welche Gruppen an der Versorgung beteiligt waren und wie sich die Unterstützung im Verlauf der ersten Welle verändert hat. Im Durchschnitt waren neben den Befragten weitere vier Gruppen von Unterstützenden an der Versorgung beteiligt, wobei bei den erwerbstätigen Angehörigen tendenziell mehr Unterstützungsgruppen eingebunden waren. So waren bei den erwerbstätigen Angehörigen in über vier Fünftel (84 %) der Fälle drei oder mehr Unterstützungsgruppen an der Versorgung beteiligt, bei den nicht-erwerbstätigen Angehörigen lag dieser Anteil bei 73 %.

In der ersten Welle der Coronavirus-Pandemie zeigten sich punktuell Unterschiede im Rückgang oder Wegfall von Unterstützungsmöglichkeiten zwischen erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen pflegenden Angehörigen (■ Abb. 4.3). Dies betraf insbesondere die Unterstützung durch andere Gesundheits-

dienstleister wie z. B. die Fußpflege – 70 % der erwerbstätigen Befragten, bei denen diese Unterstützungsmöglichkeit genutzt wurde, berichteten von einem Rückgang oder Wegfall gegenüber 57 % der nicht-erwerbstätigen. Deutliche Unterschiede zwischen erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Angehörigen sind auch für die Unterstützung durch die Nachbarn, die in über der Hälfte aller Fälle in die Pflege mit einbezogen waren, oder den Hausarzt zu verzeichnen. Keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in der Unterstützung zeigten sich hingegen für den ambulanten Pflegedienst, andere Familienmitglieder oder die Tagespflege.

Werden die Unterstützungsmöglichkeiten aggregiert betrachtet, gaben insgesamt 30 % der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen an, dass es bei keiner der genannten Unterstützungsmöglichkeiten zu einem Rückgang oder Wegfall in der ersten Phase der Coronavirus-Pandemie gekommen sei, 40 % sagten, es sei bei ein bis zwei Unterstützungsmöglichkeiten zu einem Rückgang oder Wegfall gekommen und weitere 30 % nannten einen Rückgang bzw. Wegfall bei drei oder mehr Unterstützungsmöglichkeiten. Der Rückgang oder Wegfall von Unterstützung im Umfeld hängt auch mit der gefühlten Überforderung der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen zusammen. Während in der Gruppe, die keinen Rückgang oder Wegfall der Unterstützungsmöglichkeiten berichtete, 13 % meinten, die Aussage „Die aktuelle Pflegesituation überfordert mich“ treffe „voll und ganz/eher zu“, steigt dieser Anteil auf gut ein Viertel (26 %), wenn eine oder zwei Unterstützungsmöglichkeiten zurückgegangen oder weggefallen sind bzw. auf über zwei Fünftel (41 %), wenn dies auf drei oder mehr Unterstützungsmöglichkeiten zutrifft.

■ Umfang der geleisteten Pflege und Umfang der Erwerbstätigkeit

Als weiterer Belastungsfaktor für die Pflegesituation wird der Umfang der geleisteten Pflege betrachtet (Naef et al. 2017). Wird der Umfang berücksichtigt, in dem erwerbstätige pflegende

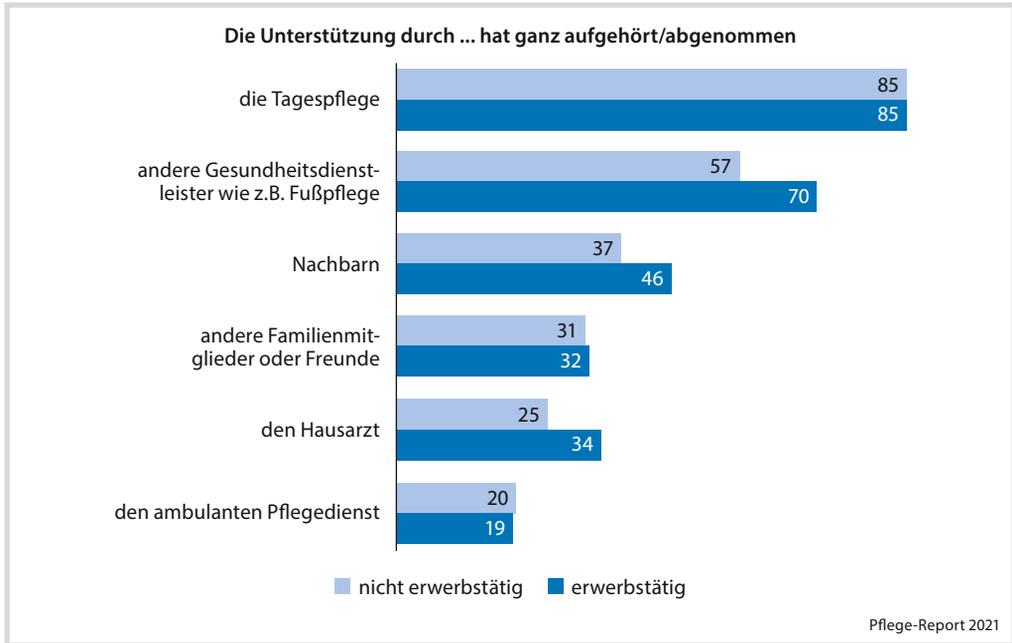


Abb. 4.3 Veränderung in der pflegerischen Unterstützung für erwerbstätige und nicht-erwerbstätige pflegende Angehörige in % (Fallzahlen: ambulanter Pflegedienst $n = 467$; Hausarzt $n = 858$; andere Familienmitglieder/Freunde $n = 788$; Nachbarn $n = 525$; andere Gesundheitsdienstleister $n = 637$; Tagespflege $n = 103$)

Angehörige in der Versorgung der pflegebedürftigen Personen engagiert sind, so zeigt sich eine subjektiv höhere Belastung bei den pflegenden Angehörigen, die mehr Zeit für die Versorgung aufgewendet haben. Unter den erwerbstätigen pflegenden Angehörigen, die einmal pro Woche für mindestens eine Stunde die pflegebedürftige Person versorgten, sagte weniger als ein Fünftel (18%), die Aussage „Ich habe Sorge, die häusliche Pflege nicht mehr zu schaffen“ treffe „voll und ganz zu/eher zu“. Mit zunehmendem zeitlichen Umfang steigt dieser Anteil auf über zwei Fünftel (43%) bei denjenigen, die täglich für drei Stunden oder mehr in der Pflege engagiert waren.

Für den Umfang, in dem pflegende Angehörige erwerbstätig sind, zeigt sich ebenfalls ein Unterschied in der Sorge, die häusliche Pflege nicht mehr zu schaffen, der aber erheblich geringer ausfällt: Hier sagen 28% der Angehörigen, die 30 Stunden pro Woche oder mehr erwerbstätig waren, die Aussage treffe

„voll und ganz zu/eher zu“ gegenüber 19% in der Gruppe, die in geringerem Umfang tätig war.

4.3 Fazit

Vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen in Deutschland (Budnick und Kuhlmeier 2019) und dem damit einhergehenden Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen sowie sorgender Angehöriger – die in räumlicher Nähe, aber auch in Distanz leben können – ist es dringend erforderlich, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besser zu ermöglichen. Circa zwei Drittel der Beschäftigten gehen davon aus, zukünftig einen Angehörigen zu pflegen. Pflegende Erwerbstätige dürfen dabei u. a. von den Möglichkeiten, ein angemessenes Einkommen zu erzielen und eine befriedigende berufliche Karriere

re zu durchlaufen, nicht abgeschnitten werden. Zudem werden sie als Arbeitnehmende volkswirtschaftlich und konkret in den Unternehmen gebraucht. Unternehmen sind entsprechend gefordert – ggf. im Regional- und Branchenverbund – passende Lösungen zu entwickeln. Parallel wird von pflegenden Angehörigen, die im Erwerbsleben stehen, in besonderer Weise Flexibilität und Offenheit für lebenslanges Lernen verlangt, um Angebote der Unternehmen nutzen zu können und eigenen Ansprüchen an die Lebensgestaltung gerecht zu werden. Empfehlungen für einen Weg zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für Organisationen gibt das Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ (BMFSFJ 2020).

In den letzten Jahren sind dabei in nennenswertem Umfang Rechtsansprüche für pflegende Angehörige – auch in Bezug auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf – ausgeweitet worden, mit dem Ziel, zu ihrer Entlastung beizutragen. Wichtig scheint dabei u. a., Angebot und Nutzung von Pflegeberatung und von Angehörigenschulung weiter zu stärken (Pinquart 2016).

Die erste Welle der Coronavirus-Pandemie in Deutschland hat mit Blick auf die Lage erwerbstätiger pflegender Angehöriger gezeigt, dass sich diese in einer entsprechenden Krisensituation, in der sich die Arbeitsbedingungen und das Unterstützungsumfeld in der Pflege mindestens temporär massiv verändert haben, im Vergleich zu den nicht-erwerbstätigen pflegenden Angehörigen besonders stark belastet fühlen. Für erwerbstätige pflegende Angehörige, die täglich drei oder mehr Stunden in der Pflege engagiert sind, gestaltet es sich schwieriger, die durch die Pandemie bedingten Einschränkungen in ihrem Alltag zu kompensieren als für diejenigen, die zwar regelmäßig, aber zeitlich weniger umfangreich helfen. Dass die diesbezüglichen Unterschiede in Bezug auf den Pflegeumfang stärker ausfallen als bei der Differenzierung nach beruflich absolvierten Arbeitsstunden pro Woche, steht im Einklang mit Ergebnissen von Studien vor Eintreten der Krisensituation (van Campen

et al. 2013). Insofern hat der Pandemieverlauf die erhebliche Relevanz von Netzwerken aus informellen oder formellen Unterstützungsangeboten und -leistungen für pflegende Angehörige generell sowie für erwerbstätige pflegende Angehörige im Besonderen bestätigt. Für künftige Katastrophenszenarien, die mit der aktuellen Coronavirus-Pandemie vergleichbar sind, sollte insbesondere mit Blick auf die häuslichen Pflegearrangements viel dafür getan werden, pflegerische, gesundheitliche und soziale Leistungen und Hilfestrukturen im Wohnumfeld möglichst weitgehend und so sicher wie möglich nutzbar zu halten.

Literatur

- Blom AG, Wenz A, Rettig T, Reifenscheid M, Nauermann E, Möhring K, Lehrer R, Krieger U, Juhl S, Friedel S, Fikel M, Cornesse C (2020) Die Mannheimer Corona-Studie: Das Leben in Deutschland im Ausnahmezustand. Ergebnistabellen zum Bericht zur Lage vom 20. März bis 09. Juli 2020. https://www.uni-mannheim.de/media/Einrichtungen/gip/Corona_Studie/10-07-2020_Ergebnistabellen_zum_Tagesbericht.pdf. Zugegriffen: 22. Sept. 2020
- Broese van Groenou M, De Boer A (2016) Providing informal care in a changing society. *Eur J Ageing* 13:271–279
- Broese van Groenou M, Jacobs M, Zwart-Older I, Deeg D (2015) Mixed care networks of community-dwelling older adults with physical health impairments in the Netherlands. *Health Soc Care Community* 24(1):95–104
- Budnick A, Kuhlmeier A (2019) Demographischer Wandel in Deutschland. In: Deinzer R, vd Knesebeck O (Hrsg) Online Textbook – Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie (http://books.publisso.de/en/publisso_gold/publishing/books/overview/46/73/overview%20chapters). Zugegriffen: 27. November 2020)
- Budnick A, Hering C, Eggert S, Teubner C, Suhr R, Kuhlmeier A, Gellert P (2021) Informal caregiving during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: Findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Serv. Res.* (under review)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2020) Pflegenden Beschäftigte brauchen Unterstützung – Leitfaden für eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. „Erfolgsfaktor Familie“ Unternehmensnetzwerk, Berlin
- Döhner H, Kofahl C, Lüdecke D, Mnich E (2007) Services for supporting family carers of older dependent people

- in europe: characteristics, coverage and usage – EUROFAMCARE. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.110.4331&rep=rep1&type=pdf>. Zugegriffen: 10. Dez. 2020
- Eggert S, Teubner C, Budnick A, Gellert P, Kuhlmei A (2020) Pflegende Angehörige in der Covid-19-Krise: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), Berlin (<http://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Angeh%C3%B6rigeCOVID19.pdf>). Zugegriffen: 27. November 2020
- Eggert S, Teubner C, Sulmann D (2018) ZQP-Analyse: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – 2018. Quantitative Unternehmensbefragung. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), Berlin (<http://www.zqp.de/beruf-pflege-unternehmen>). Zugegriffen: 14. Juni 2020
- Ehrlich U, Minkus L, Hess M (2020) Einkommensrisiko Pflege? Der Zusammenhang von familiärer Pflege und Lohn. *Z Gerontol Geriat* 53:22–28. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01666-5>
- Franke A, Kramer B, Jann PM, van Holten K, Zentgraf A, Otto U, Bischofberger I (2019) Aktuelle Befunde zu „distance caregiving“. *Z Gerontol Geriat* 52:521–528
- Geyer J (2016) Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg) ZQP-Themenreport: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. ZQP, Berlin, S 24–43
- Geyer J, Schulz E (2014) Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *DIW Wochenbericht* Nr. 14. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hrsg) (2018) Berufstätige mit Pflegeverantwortung. Zur Vereinbarkeit von Arbeit und Pflege. <https://index-gute-arbeit.dgb.de/+co+bf2674ba-0a6a-11e8-bcc4-52540088cada>. Zugegriffen: 16. Dez. 2020
- Kofahl C, Matzke O, Verdugo PB, Lüdecke D (2017) Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Familien. In: Jakobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2017*. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer, Stuttgart, S 25–38
- Künemund H (2002) Die „Sandwich-Generation“ – typische Belastungskonstellation oder nur gelegentliche Kumulation von Erwerbstätigkeit, Pflege und Kinderbetreuung? *Z Soziol Erzieh Sozialisation* 22(4):344–361
- Longacre ML, Valdmanis VG, Handorf EA, Fang CY (2017) Work impact and emotional stress among informal caregivers for older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 72(3):522–531
- Naef R, Hediger H, Imhof L, Mahrer-Imhof R (2017) Variances in family carers' quality of life based on selected relationship and caregiving indicators: a quantitative secondary analysis. *Int J Older People Nurs* 12:e12138
- Naumann D, Teubner C, Eggert S (2016a) ZQP-Unternehmensbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg) ZQP-Themenreport: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. ZQP, Berlin, S 87–96
- Naumann D, Teubner C, Eggert S (2016b) ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg) ZQP-Themenreport: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. ZQP, Berlin, S 73–86
- Nowossadeck S, Engstler H, Klaus D (2016) Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Report Altersdaten 1/2016. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Pinquart M (2016) Belastungs- und Entlastungsfaktoren pflegender Angehöriger – die Bedeutung der Erwerbstätigkeit. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg) ZQP-Themenreport: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. ZQP, Berlin, S 60–72
- Schäufele M, Köhler L, Hendlmeier I (2016) Erwerbstätigkeit und Pflege von Menschen mit Demenz: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativstudie. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg) ZQP-Themenreport: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. ZQP, Berlin, S 44–59
- Statistisches Bundesamt (2020a) *Pflegestatistik 2019: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse*. DeStatis, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2020b) *Erwerbstätige, die von zu Hause arbeiten, nach Stellung im Beruf*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-3/Interaktiv/3-11-home-office.html>. Zugegriffen: 22. Sept. 2020
- Statistisches Bundesamt (2020c) *Statistik Dossier: Daten zur COVID-19-Pandemie, Ausgabe 15/2020*
- TNS Infratest (2017) Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes und des ersten Pflegestärkungsgesetzes. TNS Infratest Sozialforschung, München, S 59
- van Campen C, de Boer AH, Iedema J (2013) Are informal caregivers less happy than non-caregivers? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary work. *Scand J Caring Sci* 27(1):44–50. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00998.x>
- Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015) *Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst*. GBE kompakt 6(3). Robert Koch-Institut, Berlin
- Zwar L, König HH, Hajek A (2020) Psychosocial consequences of transitioning into informal caregiving in male and female caregivers: findings from a population-based panel study. *Soc Sci Med* 264:113281

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für Pflege- einrichtungen und Krankenhäuser unter Pandemiebedingungen

Michael Drupp, Markus Meyer und Werner Winter

Inhaltsverzeichnis

- 5.1 **Einleitung – 73**
- 5.2 **Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen im Spiegel der Arbeitsunfähigkeitsstatistik – 74**
- 5.3 **Bedarfsorientierte Instrumentenanpassung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement vor und nach dem Pandemieausbruch – 81**
 - 5.3.1 Gesetzliche Regelungen und BGM-Erfahrungen in der Pflege als Ausgangsbasis – 81
 - 5.3.2 Pflegespezifische BGF-Bedarferhebung und Instrumentenentwicklung im AOK-System – 82
 - 5.3.3 Arbeitsorganisatorische Anpassungen und ergänzende BGF-Angebote infolge der ersten Pandemiewelle im Frühjahr 2020 – 84
 - 5.3.4 Veränderungen, Belastungssituation und Anpassungen der BGF-Angebote in der zweiten Pandemiewelle ab November 2020 – 85

5.4 Fazit und Ausblick – 86

Literatur – 87

■ Zusammenfassung

Pflegekräfte in der ambulanten und (teil-)stationären Altenpflege wie auch im Krankenhausbereich waren mit dem Aufkommen der ersten COVID-19-Pandemiewelle im März 2020 und dem Start einer zweiten Welle ab Oktober zusätzlich starken Arbeitsbelastungen ausgesetzt. Zu den bereits seit Jahren überdurchschnittlich hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten bei den pflegenden Berufen kam im Pandemiejahr noch die belastende Situation hinzu, sich selbst mit COVID-19 im Rahmen der beruflichen Tätigkeit zu infizieren. Ursachen dafür lagen auch in der – regional und nach Einrichtungen unterschiedlich – erhöhten Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung. Im Rahmen ansteigender Infektionszahlen in beiden Wellen und den damit verbundenen „Lockdown-Maßnahmen“ kam vorbeugenden Arbeitsschutz- und Hygienemaßnahmen in den Betrieben eine Priorität zu. Bereits mit Auslaufen der ersten Welle zeichnete sich bei vielen Betrieben ein Bedarf nach Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zur psychosozialen Unterstützung sowie zur Resilienzstärkung ab. Die Autoren zeigen auf, wie auf der Basis empirischer Erkenntnisse und unter Berücksichtigung der nach dem Abklingen der ersten Pandemiewelle nur partiell möglichen Beratung in Präsenz Unterstützungsangebote in Form hybrider und telefonischer Beratung bereitgestellt wurden. Sie ziehen zudem Schlussfolgerungen für eine weitere Anpassung des BGF-Instrumentariums für die berufliche Pflege über die Pandemiezeit hinaus.

With the emergence of the first COVID-19 pandemic wave in March 2020 and the start of a second wave from October, nursing staff in outpatient and (semi-)inpatient care for the elderly as well as in the hospital sector were exposed to heavy workloads. In addition to the above-average absences due to illness in the caring professions, which had already been high for years, the stressful situation of being infected with COVID-19 on the job was added in the pandemic year. This was also due to the

increased workload – which varied from region to region and from facility to facility. In the context of rising infection figures in both waves and the associated “lockdown measures”, preventive occupational health and safety and hygiene measures were given priority in the companies. By the end of the first wave, a need for workplace health promotion (WHP) measures to provide psychosocial support and strengthen resilience had already become apparent in many companies. The authors show how on the basis of empirical findings and taking into account the fact that after the first wave of the pandemic had subsided, counselling could only partial be provided from face to face, support was provided in the form of hybrid and telephone counselling. They also draw conclusions for a further adaptation of WHP for the nursing staff beyond the pandemic period.

5.1 Einleitung

Die im März 2020 beginnenden und bis heute anhaltenden Corona-Pandemiewellen in Deutschland haben die besonderen Handlungsbedarfe in der Pflege wie in einem „Brennglas“ offensichtlich werden lassen: Die Zahl der Pflegebedürftigen wächst seit Jahren infolge der demographischen Entwicklung. Zugleich mangelt es bundesweit an Pflegekräften. Die Pflege zeichnet sich seit langem durch hohe Arbeitsbelastungen aus, die ihren Niederschlag in den Krankenständen und auffälligen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gefunden haben (Drupp und Meyer 2020).

Im vorliegenden Beitrag werden – ausgehend von Erkenntnissen aus der Sekundärstatistik zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im Zeitraum der vergangenen Jahre bis einschließlich Oktober 2020 – beispielhafte Maßnahmen eines AOK-Projekts dargestellt, die die besonderen pflegebranchenspezifischen Bedarfe für BGF-Maßnahmen aufgreifen. Dabei werden auch digitale Anpassungen und Vorgehensweisen dargestellt, die im ersten Lockdown im Frühjahr 2020 auf-

grund stark eingeschränkter Präsenzzugänge zu Pflegeeinrichtungen erforderlich wurden. In die Auswahl und Spezifizierung der Maßnahmen flossen Erkenntnisse aus Workshops mit Wissenschaftlern und Praktikern der Pflege wie auch aus einer pandemiebezogenen wissenschaftlichen Primärerhebung und schließlich aus einer eigenen Befragung des AOK-Bundesverbandes bei Pflegeeinrichtungen zum BGF-Bedarf unter Pandemiebedingungen ein. Am Ende des Beitrages werden Schlussfolgerungen aus den zweijährigen Projekterfahrungen gezogen sowie ein Ausblick auf verbleibende Anpassungsbedarfe und Entwicklungsoptionen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) als unterstützendes Instrument für Gesundheit und Prävention in der Pflege gegeben.

5.2 Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen im Spiegel der Arbeitsunfähigkeitsstatistik

In diesem Abschnitt wird auf Basis der Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-Mitglieder zunächst ein kurzer Überblick über die Belastungssituation der pflegenden Berufe mit folgenden Fragestellungen gegeben:

- Wie auffällig sind Pflegeberufe in Bezug auf das Fehlzeitengeschehen im Vergleich zu allen Berufen? Was sind die Ursachen für Auffälligkeiten?
- Hat das Pandemiejahr 2020 nochmal zu einer Verstärkung der Belastungssituation geführt, die sich in den Arbeitsunfähigkeitsdaten widerspiegelt?

Ausgewertet werden im Folgenden die Informationen, die auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden, wie der Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit und die Arbeitsunfähigkeit auslösende Diagnose. Die ausgeübte Berufstätigkeit einer Person wird von den Unternehmen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010), die von der Bundes-

agentur für Arbeit herausgegeben wird, bestimmt (Bundesagentur für Arbeit 2010). In **Tab. 5.1** ist dargestellt, welche Berufe in den folgenden Ausführungen als „pflegende Berufe“ zusammengefasst worden sind, wobei der 4-stellige Tätigkeitsschlüssel Berücksichtigung findet. Zudem müssen die genannten Berufe in einem der Wirtschaftszweige der Pflegebranche – wie in **Tab. 5.1** dargestellt – beschäftigt gewesen sein.

Betrachtet wird außer in **Abb. 5.1** jeweils der Zeitraum von Januar bis Oktober 2020, dem zum Zeitpunkt der Beitragserstellung aktuellen Datenstand der monatlichen Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-versicherten Beschäftigten.

Insgesamt konnten für den Zeitraum Januar bis einschließlich Oktober 2020 die Daten von 640.927 AOK-Mitgliedern mit einem pflegenden Beruf ausgewertet werden. Zum Vergleich mit den „pflegenden Berufen“ wird nachstehend der Kennwert „alle Berufe“, d. h. alle erwerbstätigen AOK-Mitglieder exklusive den in **Tab. 5.1** aufgeführten pflegenden Berufen, dargestellt.

Die Verteilung über alle erwerbstätigen AOK-Mitglieder in Deutschland zeigt, dass 39,8 % der erwerbstätigen AOK-Mitglieder dem weiblichen Geschlecht angehören. Vergleichsweise ist festzustellen, dass in pflegenden Berufen überproportional viele Frauen beschäftigt sind: Der Anteil an Frauen liegt hier bei 83,5 %. Das mittlere Alter der Pflegekräfte liegt hingegen mit 40,3 Jahren nahe dem Durchschnittsalter aller erwerbstätigen AOK-Mitglieder (40,9 Jahre). Der Anteil der über 50-Jährigen liegt bei 29 % und damit um 1,4 Prozentpunkte niedriger als im Vergleich zu allen Berufen (30,4 %).

Die Fehlzeiten in der Pflegebranche waren im Vergleich zu allen Berufen in den letzten fünf Jahren überdurchschnittlich hoch. Dies trifft auch für das Jahr 2020 zu: Hier lagen die Fehlzeiten für die pflegenden Berufe in dem Betrachtungszeitraum bei 25,2 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) je AOK-Mitglied und damit 5,9 AU-Tage bzw. 30,6 % über dem Durchschnitt von 19,3 AU-Tagen je AOK-Mit-

■ **Tab. 5.1** Einzelne Berufe, die als „pflegende Berufe“ zusammengefasst werden

Tätigkeitsschlüssel (nach der Klassifikation der Berufe 2010)	Berufsbezeichnung
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)
8218	Berufe in der Altenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)
8219	Führungskräfte – Altenpflege
8139	Aufsichts-/Führungskr. Gesundheits-/Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe
8130	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung)
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege
8132	Berufe in der Fachkinderkrankenpflege
8133	Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz
8134	Berufe im Rettungsdienst
8135	Berufe in der Geburtshilfe & Entbindungspflege
8138	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege
Schlüssel nach der Wirtschaftszweigklassifikation 2008	Bezeichnung
881	Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter
873	Altenheime, Alten- und Behindertenwohnheime
871	Pflegeheime
861	Krankenhäuser
Pflege-Report 2021	

glied. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, inwieweit es im Jahr 2020 besondere Auffälligkeiten aufgrund der pandemiebedingten Krise gab. ■ Abb. 5.1 zeigt, dass im Jahr 2020 bei pflegenden Berufen insgesamt kein Anstieg der dokumentierten Fehlzeiten zu beobachten war, sondern dass die Anzahl der durchschnittlichen Fehltagen im Vergleich zum Vorjahr in etwa gleichgeblieben ist.

Die Betrachtung der einzelnen Pflegebranchen ergibt, dass – wie in den Jahren davor – auch im Jahr 2020 die Pflege- und Altenheime im Jahresvergleich die höchsten Fehlzeiten aufwiesen (siehe ■ Abb. 5.2). Im Vergleich zum Vorjahr ist bei diesen beiden Branchen ein leichter Rückgang der Fehlzeiten festzu-

stellen. Anders sieht es bei den Pflegekräften in Krankenhäusern aus, die im Jahr 2020 mit 22,3 AU-Tagen je AOK-Mitglied den höchsten Krankenstand innerhalb der letzten fünf Jahre aufwiesen. Der Anstieg zum Vorjahr betrug 1,7 % bzw. 0,4 AU-Tage, während es bei allen Berufen im Vergleich zum Vorjahr eine Seitwärtsbewegung gab. Von 2017 auf 2018 kam es zu einem deutlichen Anstieg der durchschnittlichen Fehltagen der Pflegekräfte in den Krankenhäusern insbesondere durch Atemwegserkrankungen aufgrund der Erkältungs- und Grippewelle (plus 7,7 % bei den Fehltagen), 2020 fiel dieser im Vergleich zum Vorjahr aber noch moderat aus. Dieser Anstieg steht ebenfalls in Verbindung mit der Zunahme

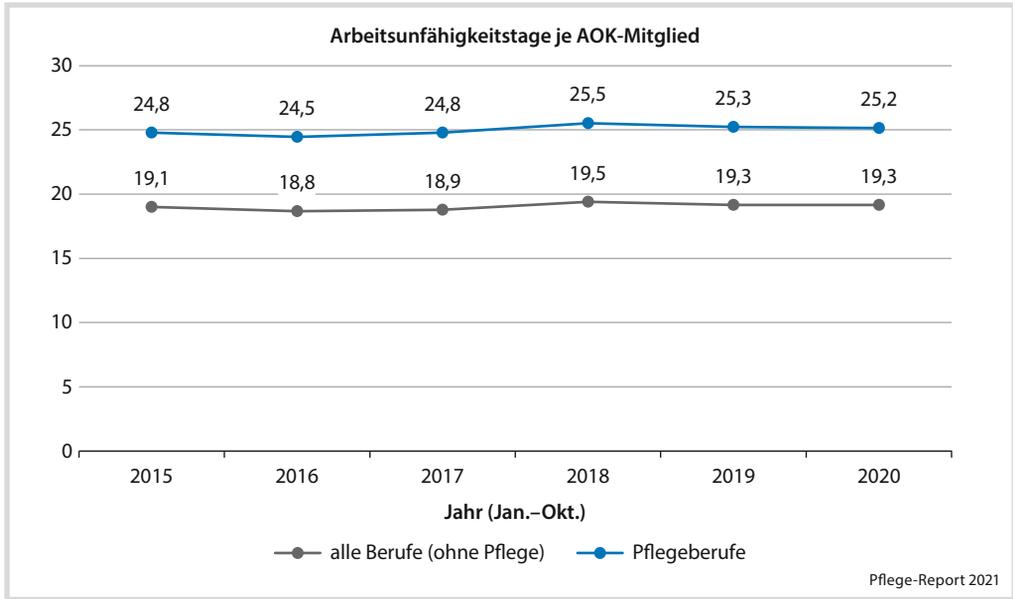


Abb. 5.1 Entwicklung der AU-Tage je AOK-Mitglied (ganzjährig versichert) bei den Pflegeberufen für die Jahre 2015–2020 (Jan. bis Okt.) im Vergleich zu allen Berufen (exklusive Pflegeberufe)

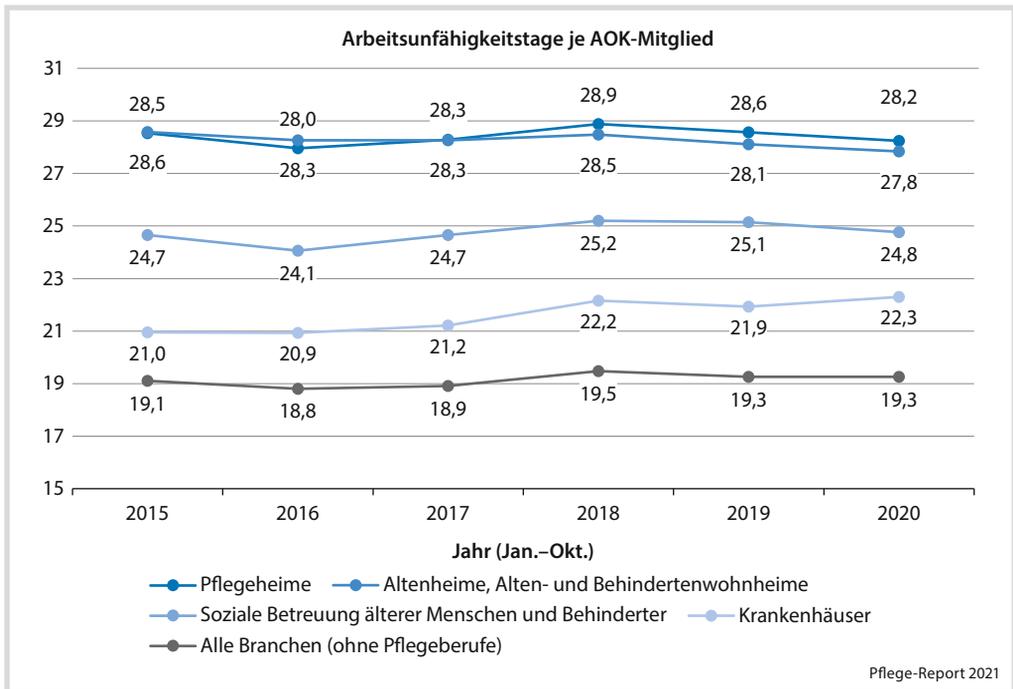
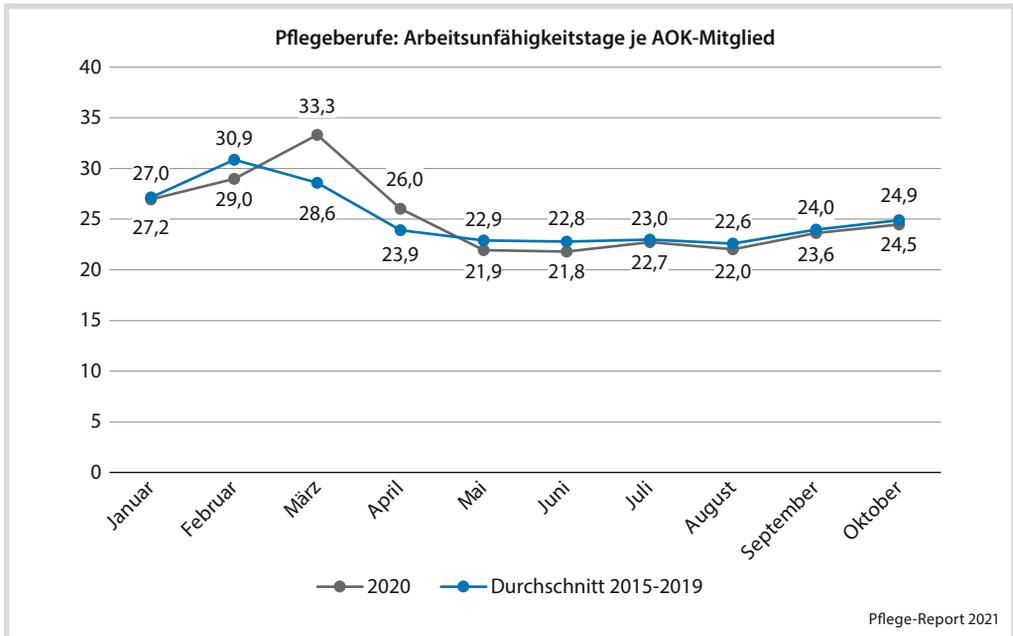


Abb. 5.2 Entwicklung der AU-Tage je AOK-Mitglied (ganzjährig versichert) der in den verschiedenen Pflegebranchen tätigen Pflegeberufe 2015–2020 (jeweils Jan. bis Okt.) im Vergleich zu allen Branchen (exklusive Pflegeberufe)



■ **Abb. 5.3** AU-Tage je AOK-Mitglied (ganzjährig versichert) im Monatsverlauf Januar bis Oktober 2020 im Vgl. zu 2015–2019 für Pflegekräfte, AOK-Mitglieder

der Fehltagen aufgrund von Atemwegserkrankungen (plus 7,7 %), aber auch mit den Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen (plus 7,2 %). Inwieweit dieser Effekt den erschwerten Rahmenbedingungen in Krankenhäusern aufgrund der Pandemie zuzuschreiben ist, ist bei der Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitsdaten allein nicht final zu klären.

Im Monatsverlauf der Krankenstände für 2020 zeigt sich, dass die Fehlzeiten der Pflegeberufe – bis auf die Monate März und April – in etwa denen des Durchschnitts der letzten fünf Jahre entsprachen (siehe ■ Abb. 5.3). Insbesondere der März war mit 33,3 AU-Tagen je AOK-Mitglied bei den Pflegeberufen besonders auffällig: In diesem Monat waren Pflegekräfte im Durchschnitt 4,7 Tage länger erkrankt als im Durchschnitt der letzten fünf Jahre. Auch im April lagen die AU-Tage noch im Schnitt um 2,1 Fehltag höher. Der Zeitraum der erhöhten Fehlzeiten deckt sich mit dem der sogenannten ersten Welle der COVID-19-Infektionen im Frühjahr 2020.

Im Monatsverlauf spiegelt sich offenbar die besondere Belastungssituation der Pflegekräfte durch die erste Welle der COVID-19-Pandemie wider. Diese besondere Belastungssituation kann neben der eigentlichen beruflichen Pflegetätigkeit auch durch eine COVID-19-Infektion einer Pflegekraft selbst entstanden sein, da Pflegekräfte durch die vielen menschlichen Kontakte einem besonders hohen Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind. Um die Ergebnisse für die Pflegeberufe einordnen zu können, wurde ausgewertet, welche zehn Berufsgruppen die höchsten und niedrigsten Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19 für den Zeitraum März bis Oktober 2020 aufwiesen (■ Abb. 5.4).

Insgesamt erhielten von den 13,2 Millionen AOK-versicherten Erwerbstätigen von März bis Oktober 2020 circa 155.610 Beschäftigte von einem Arzt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose. Es zeigt sich, dass bei den zehn Berufsgruppen mit den höchsten Be-

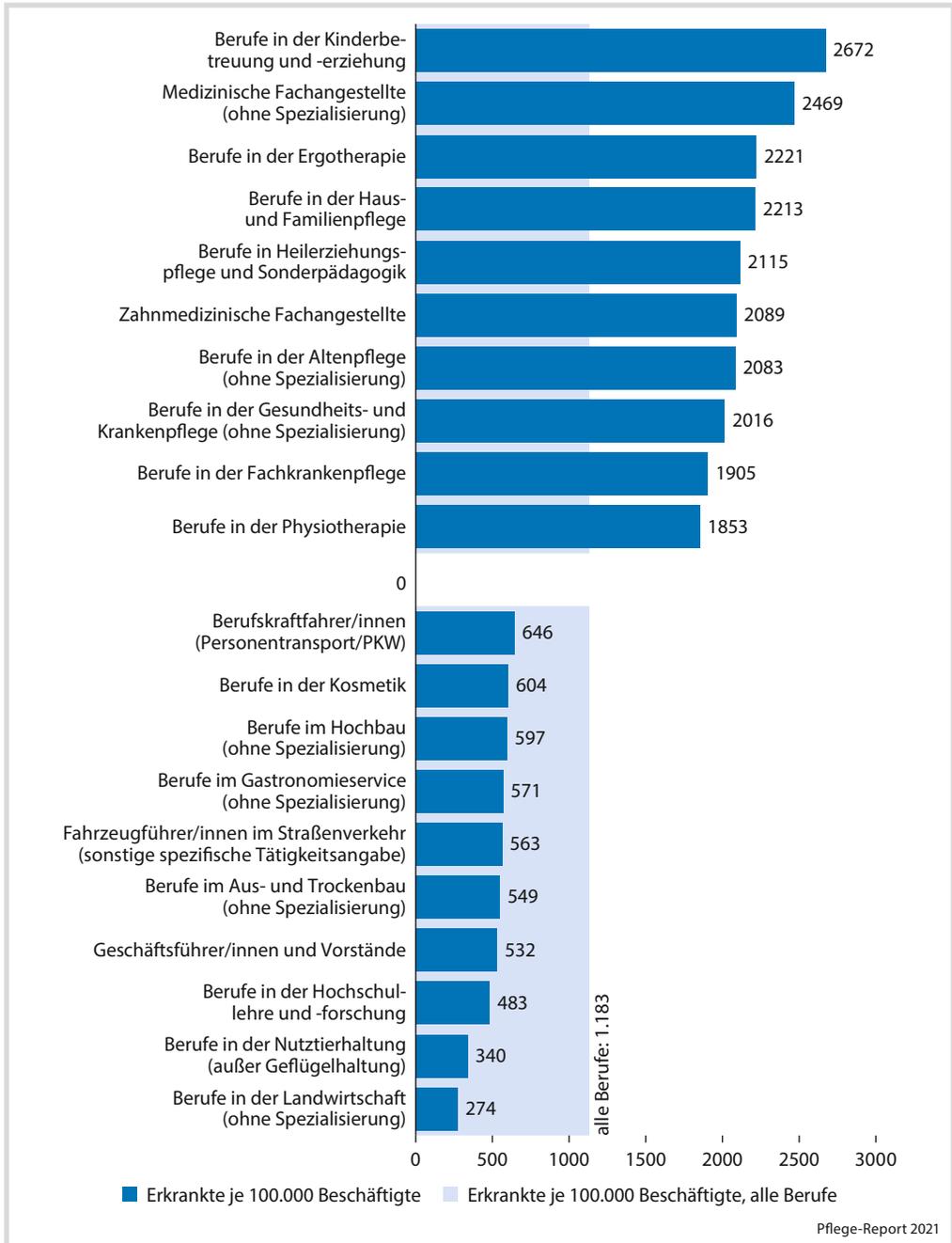


Abb. 5.4 Zehn Berufsgruppen mit den höchsten und niedrigsten Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19, Erkrankte je 100.000 erwerbstätige AOK-Mitglieder von März bis Oktober 2020. (Quelle: Arbeitsunfähigkeitsmeldungen der AOK-versicherten Beschäftigten, die im WiDo bis zum 27. November 2020 vorlagen. Krankschreibungen mit den dokumentierten Diagnosen für COVID-19 mit Nachweis des SARS-CoV-2-Virus (ICD-10 GM: U07.1!) sowie für den klinischen COVID-19-Verdacht ohne Virusnachweis (ICD-10 GM: U07.2!))

troffenheitsquoten neben Berufen in der Kinderbetreuung und -erziehung vor allem Gesundheitsberufe zu finden sind. Demnach sind Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19 bei Berufen wahrscheinlicher, in denen die Beschäftigten trotz Lockdown mit einer Vielzahl von Menschen in Kontakt kommen. Bei den pflegenden Berufen waren 2020 vor allem Berufe in der Altenpflege (2.083 Erkrankte je 100.000 AOK-Mitglieder), in der Gesundheits- und Krankenpflege (2.016 Erkrankte je 100.000 AOK-Mitglieder) und der Fachkrankenpflege (1.905 Erkrankte je 100.000 AOK-Mitglieder) überdurchschnittlich von Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19 betroffen. Bis auf die Berufe in der Fachkinderkrankenpflege waren auch alle anderen Pflegeberufe, die in [Tab. 5.1](#) genannt werden, überdurchschnittlich betroffen, gehörten jedoch nicht zu den zehn auffälligsten Berufsgruppen. Die Betroffenheit über alle Berufe war deutlich geringer als bei den genannten Pflegeberufen: Sie liegt bei 1.183 Erkrankte je 100.000 AOK-Mitglieder.

Neben der eigenen Betroffenheit der Pflegekräfte durch COVID-19 könnten 2020 auch andere gesundheitliche Belastungssituationen durch Überlastung oder beeinträchtigende Arbeitsbedingungen bei Pflegekräften vorgelegen haben. Haupttreiber für krankheitsbedingte Fehlzeiten der Pflegekräfte sind seit Jahren vor allem drei Erkrankungsarten: Muskel-/Skelett-Erkrankungen, psychische und Atemwegserkrankungen (vgl. Drupp und Meyer 2020). Um abzusehen, ob im Pandemiejahr 2020 hinsichtlich dieser drei Erkrankungsarten Auffälligkeiten auftraten, wurden für die Beschäftigten der Pflegeberufe und die Vergleichsgruppe über alle Berufe die AU-Tage für die drei genannten Hauptdiagnosegruppen von 2015 bis 2020 ausgewertet. In [Abb. 5.5](#) ist der Verlauf der AU-Tage je 100 AOK-Mitglieder von 2015 bis 2020 (jeweils Jan. bis Okt.) sowie die jeweiligen prozentualen Steigerungen der Fehltage zum Vorjahr dargestellt.

Es zeigt sich, dass die psychischen Erkrankungen bei allen Berufen, aber auch bei den pflegenden Berufen kontinuierlich ansteigen –

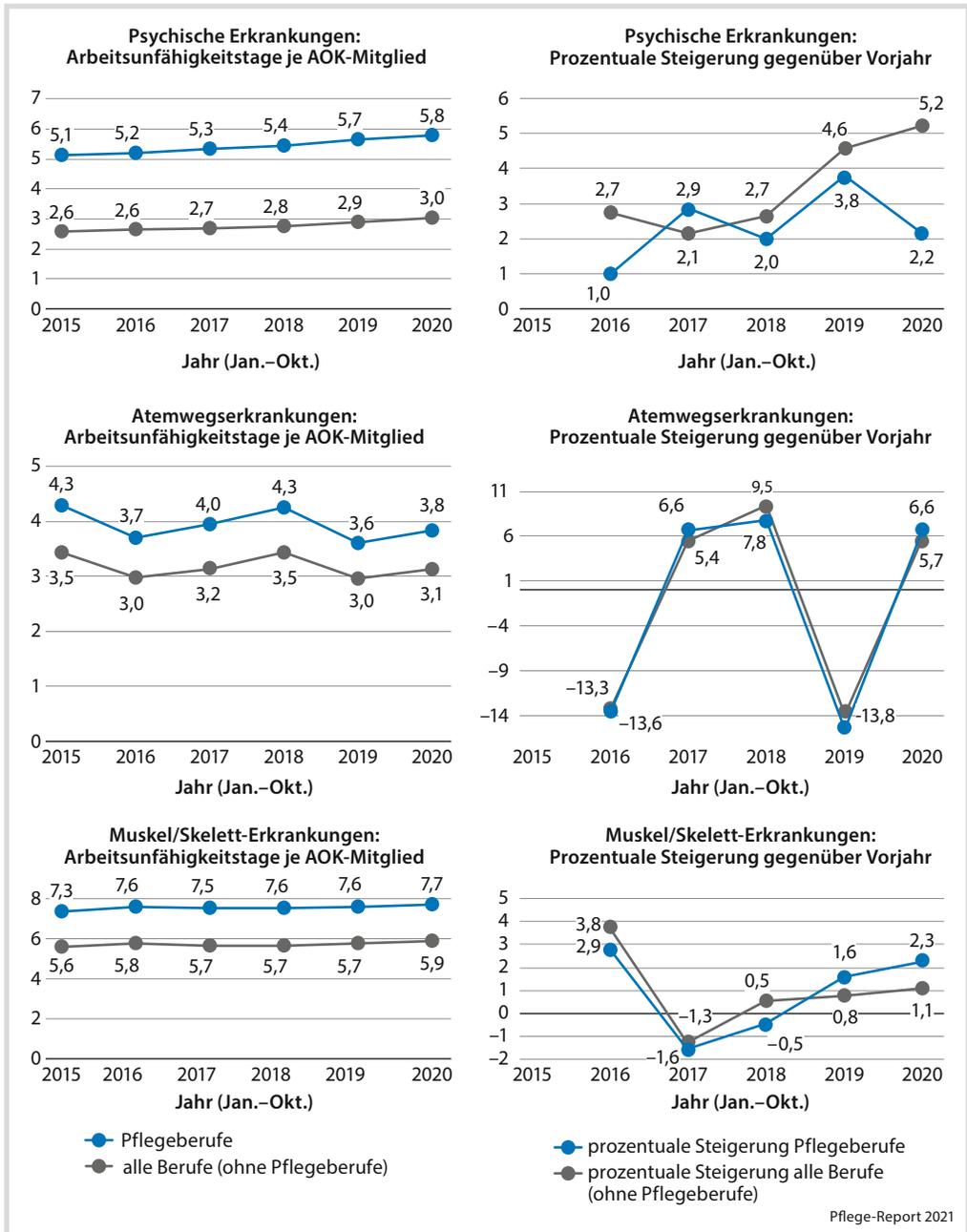
hier stellt das Jahr 2020 keine Ausnahme dar. Allerdings fiel die Steigerung 2020 im Vergleich zum Vorjahr mit 2,2 % geringer aus als bei allen Berufen zusammengenommen. Gleichwohl lagen die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Pflegeberufen deutlich über dem Durchschnitt.

Bei den Muskel-/Skelett-Erkrankungen ist bei den Pflegekräften in den letzten Jahren tendenziell eine Seitwärtsbewegung der Fehlzeiten auf gleichbleibend überdurchschnittlichem Niveau zu beobachten. Auch hier lag die prozentuale Steigerung 2020 gegenüber dem Vorjahr mit 1,1 % unterhalb der Steigerung aller Berufe (2,3 %).

Die Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen werden durch die jeweiligen Erkältungswellen stark beeinflusst, was die Anstiege in den Jahren 2015 und 2018 zu erkennen geben. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich, dass 2020 bei den Pflegeberufen mit 6,6 % eine höhere Steigerung der Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen zu beobachten war als bei allen anderen Berufen (5,7 %).

So zeigten sich im Pandemiejahr bis Oktober 2020 sowohl bei den psychischen Erkrankungen als auch bei den Muskel-/Skelett-Erkrankungen bei den Pflegekräften insgesamt keine wesentlichen Auffälligkeiten, die einen Rückschluss auf die erschwerten Arbeitsbedingungen während der Pandemie zulassen. Lediglich bei den Atemwegserkrankungen zeigt sich, wenn man auf den Vergleich zu allen Berufen und zum Vorjahr fokussiert, dass die Steigerung der Fehltage über dem Durchschnitt lag. Dies kann auch ein Effekt davon sein, dass Arbeitnehmer prinzipiell aufgefordert waren, auch schon bei leichten Erkältungssymptomen zu Hause zu bleiben und ggf. von der telefonischen Krankschreibung Gebrauch zu machen.

Insgesamt fällt auf, dass Beschäftigte in Pflegeberufen seit Jahren überdurchschnittlich stark von krankheitsbedingten Fehlzeiten betroffen sind. Insbesondere Alten- und Pflegeheime sind mit auffallend hohen Krankenständen ihrer Pflegekräfte konfrontiert. Un-



Pflege-Report 2021

■ **Abb. 5.5** Psychische Erkrankungen (ICD F00-99), Atemwegserkrankungen (ICD J00-99) und Muskel-/Skelett-Erkrankungen (ICD M00-99) im Jahresverlauf seit 2015 (jeweils Jan.-Okt.); Arbeitsunfähigkeitstage je AOK-Mitglied (ganzjährig versichert) und prozentuale Abweichung zum jeweiligen Vorjahr

ter den erschwerten Pandemiebedingungen im Jahr 2020 blieben die Fehlzeiten in diesen Branchen konstant hoch. Nach wie vor bestimmen drei Krankheitsarten das Fehlzeitengeschehen der Pflegekräfte: Muskel-/Skeletterkrankungen, psychische und Atemwegserkrankungen (vgl. Drupp und Meyer 2020). Im Jahr 2020 war nur bei Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen ein höherer Anstieg im Vergleich zum Vorjahr und zu allen Berufen festzustellen. Deutliche krisenspezifische Veränderungen bei den häufigsten Ursachen der Arbeitsunfähigkeit sind bisher nicht zu erkennen. Es zeigt sich aber, dass Angehörige pflegender Berufe im Zeitraum von März bis Oktober 2020 besonders häufig im direkten Zusammenhang mit COVID-19 in ihren Betrieben fehlten und sich unter den am stärksten betroffenen Berufsgruppen in Deutschland befanden. Bedingt durch ihre Tätigkeit, die vermehrte menschliche Interaktionen notwendig macht, sind Pflegekräfte besonders gefährdet, sich mit COVID-19 zu infizieren. Pflegekräfte waren prinzipiell in der ersten Welle in den Monaten März und April häufiger krankgeschrieben als im Vergleichszeitraum der letzten fünf Jahre.

5.3 Bedarfsorientierte Instrumentenanpassung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement vor und nach dem Pandemieausbruch

5.3.1 Gesetzliche Regelungen und BGM-Erfahrungen in der Pflege als Ausgangsbasis

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie sich die Pandemiesituation auf die Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil eines trägerübergreifenden BGM ausgewirkt hat.

Die langjährigen Erfahrungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der BGF

belegen, dass punktuelle oder rein symbolische verhaltenspräventive Maßnahmen keine messbaren Ergebnisse für den Erhalt, die Wiederherstellung und Verbesserung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der in der beruflichen Pflege Beschäftigten erzielen. Vielmehr bedarf es eines strukturierten, systematischen Vorgehens, das verhaltens- wie verhältnispräventive Maßnahmen in den Einrichtungen der Pflege analysebasiert und bedarfsbezogen kombiniert. Die für BGF-Maßnahmen zuständigen Krankenkassen kooperieren dabei im Rahmen eines BGM mit der gesetzlichen Unfallversicherung, deren Zuständigkeit im Bereich des Gesundheits- und Arbeitsschutzes liegt. Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser brauchen professionelle externe Unterstützung, um „gute Arbeitsbedingungen in der Pflege“ zu realisieren (Appel und Schein 2019). Diese sollte sich an praxiserprobten, wissenschaftlich abgesicherten Leitfäden orientieren, die als Standard auch in Digitalform zur Verfügung stehen.¹

Faktisch hat in den vergangenen Jahren nur ein Teil der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser BGM in umfassenderer und systematischer Form durchgeführt. So wies der MDS-Präventionsbericht für das Berichtsjahr 2019 zwar eine signifikante Zunahme von Präventionsmaßnahmen vor allem im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen (Bauer et al. 2020) sowie gute Beispiele auch für den Aufbau eines BGM im Krankenhausbereich aus (Münch et al. 2020). Für kleinere Unternehmen – und das gilt auch für die Pflege – hat das Tagesgeschäft jedoch Vorrang (siehe dazu schon Bechmann et al. 2011). Hier fehlt es offensichtlich an Strukturen, personellen Ressourcen und auch einfachen Tools, um verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen

1 Die gesetzlichen Krankenkassen orientieren sich bei ihrer Vorgehensweise nach §§ 20 und 20b SGB V am GKV-Leitfaden Prävention mit seinen vier Kernphasen Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation (Bauer et al. 2020), zur Konkretisierung für die Pflege siehe auch Drupp und Meyer (2020, S. 42–44).

nachhaltig zu verankern und bedarfsbezogen anzupassen.

Mit dem Ausbruch der ersten Pandemie- welle im Frühjahr 2020 wurde der Zugang für Präsenzberatungen durch BGF-Fachper- sonal in Pflegebetrieben und Krankenhäu- sern unterbrochen. Die auf der Basis des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG) be- reits 2019 deutlich ausgebauten BGF-Unter- stützungsmaßnahmen für Pflegebetriebe muss- ten überwiegend auf telefonische und digital- hybride Beratungen umgestellt werden. Ein Start neuer BGF-Projekte wie auch die Fort- setzung laufender Projektarbeiten wurde pan- demiebedingt verschoben. Vorrang hatten in dieser Phase in den Betrieben Arbeitsschutz- und Hygienemaßnahmen im Rahmen von Kri- senmanagement und Pandemieprävention.

5.3.2 Pflegespezifische BGF-Bedarfserhebung und Instrumentenentwicklung im AOK-System

Innerhalb des AOK-Systems gab es seit 2010 umfassende bundesweite Ansätze zur BGF in der Pflege. Gründe waren schon damals nicht nur die im Branchenvergleich auffäl- ligen Krankenstände (s. in diesem Beitrag ► Abschn. 5.2) und die hohen arbeitsbeding- ten Belastungen, sondern auch die erwartete, weiter zunehmende Bedeutung der Pflege vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung in Deutschland. Schon frühzeitig wurde deutlich, dass die berufliche Pflege nicht nur insgesamt als Branche Besonder- heiten aufweist (siehe ■ Abb. 5.6), sondern dass zwischen den einzelnen Pflegebereichen wie der ambulanten und (teil-)stationären Al- tenpflege und dem Krankenhausbereich zum Teil sehr unterschiedliche Handlungsbedarfe bestehen (Glaser und Höge 2005).

Bei einer grundsätzlich vergleichbaren sys- tematischen und strukturierten Vorgehens- weise im BGM sind deshalb auch spezifi- sche Fragestellungen aufzugreifen und jeweils

adäquate teilbranchenbezogene und betriebs- individuelle Lösungen zu finden. Dies gilt für Themen wie die Gewaltprävention in der Pflege, die wechselseitigen Wirkungen von Bewohner- und Beschäftigtenprävention oder die besondere Rolle der Ärzte als fachlich Weisungsbefugte und mittelbare Führung- skräfte für das Pflegefachpersonal im Kran- kenhausbereich. Unterschiede bestanden und bestehen darüber hinaus nach Betriebsgrößen und zum Teil auch Trägerschaften (öffentliche, freigemeinnützige und private Einrichtun- gen). Diese und andere Fragestellungen wur- den in mehrjährigen, auch wissenschaftlich begleiteten Projekten aufgegriffen und vertieft (Perschke-Hartmann und Drupp 2018; Jaensch et al. 2020).

Vor dem Hintergrund der Verabschiedung des PpSG 2018 und der Beratungen der Kon- zertierten Aktion Pflege (KAP) wurden die bundesweiten AOK-Erfahrungen aus der BGF in der Pflege zusammengeführt und im Hin- blick auf verfügbare pflegebranchenspezifi- sche Bausteine auch digital weiterentwickelt (Bundesministerium für Gesundheit 2020).

Unter Einbezug pflegewissenschaftlicher Expertise und Praktikern wurden folgende Projekte und Tools für eine bundesweite Um- setzung ausgewählt.²

- Das auf drei Jahre angelegte Forschungs- projekt „Care4Care“: Im Fokus steht hier die Entwicklung eines hybriden Angebots zur Gesundheitsförderung in der beruf- lichen Pflege, das Pflegekräfte und de- ren Führungskräfte dabei unterstützt, Ar- beit gesundheitsförderlich zu gestalten und die individuellen gesundheitlichen Res- sourcen zu stärken. Angesprochen werden alle Pflegeteilbranchen. Im Kern werden wissenschaftlich erprobte, verhaltens- und verhältnispräventive Tools pflegebranchen- spezifisch angepasst, aber auch neu entwi-

2 Entscheidungskriterien für die Auswahl waren die GKV-Leitfadenkonformität, die betrieblichen Anwen- dungserfahrungen, die Verfügbarkeit oder Eignung für digitale Applikationen sowie der Innovations- aspekt.

Ambulante Pflege	Stationäre Altenpflege	Stationäre Pflege im Krankenhaus
<ul style="list-style-type: none"> – Mobilitätsbedingte Belastungen in Arbeitsorganisation zu berücksichtigen – Isolation – Fehlender Teambezug – Schwierigkeiten im Herstellen der professionellen Distanz durch häusliche Umgebung – Körperlich und psychisch schwere Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Diverse Beschäftigte (kulturell, sprachlich, Qualifikation) => Teamkonflikte – Körperlich und psychisch schwere Arbeit – Widersprüchliche Anforderungen: <ul style="list-style-type: none"> – Erkrankte und ihre Angehörigen – Zeitvorgaben & reale Bedarfe – Umsetzung von BGF (SGB V) und Bewohnerprävention (SGB XI) 	<ul style="list-style-type: none"> – Diverse Beschäftigte (kulturell, sprachlich, Qualifikation) => Teamkonflikte – Hierarchiebedingte Belastungen: <ul style="list-style-type: none"> – Pflegeleitung – Sonderrolle der Ärzte – Widersprüchliche Anforderungen (Zeit/Zuwendung) – Hohe Dokumentationspflichten

Pflege-Report 2021

■ **Abb. 5.6** BGF-relevante Besonderheiten verschiedener Teilbereiche in der Pflege

- ckelt (Ducki et al. 2019; Lehr und Boß 2019). Die Module teilen sich in die Bereiche Care4Care vor Ort und Care4Care digital auf. Sie sind inhaltlich, konzeptionell und zeitlich aufeinander abgestimmt. Im Mittelpunkt von Care4Care vor Ort steht das erprobte Konzept „Health Oriented Leadership“ (HoL), das ebenfalls pflegebranchenspezifisch angepasst wird (Felfe et al. 2018; Elprana et al. 2015).
- Der vom BGF-Institut der AOK Rheinland-Hamburg bereits erprobte Workshop „Haus der wertschätzenden Pflege“, der in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern als Auftakt für BGF-Projekte genutzt werden kann und sich konzeptionell am „Haus der Arbeitsfähigkeit“ von Ilmarinen (Ilmarinen 2011) orientiert.
 - Das vom BGF-Institut der AOK Rheinland-Hamburg als Präsenzveranstaltung erprobte Modul „Fit für die Pflegeschicht“: Hierbei handelt es sich um ein zunächst in der ambulanten Altenpflege erprobtes ganztägiges Seminar mit pflegebranchenspezifischen Schwerpunktthemen wie Stress, Schlaf, Entspannung, körperliche Aktivität/Heben-Tragen.
 - Eine um BGF-Bausteine für die drei Pflegeeigenheiten erweiterte digitale Lernplattform „Pflegetheke“. Sie vereint erstmals Inhalte der Bewohnerprävention (SGB XI) mit spezifischen Pflegeeigenheiten wie Expertenstandards z. B. zur Wundbehandlung und mit BGF-Angeboten. Im Rahmen von Micro-Learnings sollen Lerninhalte so gezielt und ressourcenschonend an die Mitarbeitenden adressiert werden. Um eine hohe Attraktivität zu erreichen, besteht die Möglichkeit, Fortbildungspunkte für die „Registrierung beruflich Pflegenden“ zu erhalten. Die Bausteine wurden in Zusammenarbeit mit Pflege- und Gesundheitswissenschaftlern entwickelt und werden regelmäßig thematisch aktualisiert und erweitert (www.aok-verlag.pflegetheke.de). Das Online-Angebot ist mit einer digitalen Lernplattform verknüpft, die die Entwicklung von Selbstlernformaten und die Gestaltung einrichtungsspezifischer E-Learnings erlaubt. Aktuell nutzen bereits ca. 15 % der bundesdeutschen Pflegeeinrichtungen die AOK-Pflegetheke (Quelle: eigene Berechnungen 2021).

5.3.3 Arbeitsorganisatorische Anpassungen und ergänzende BGF-Angebote infolge der ersten Pandemiewelle im Frühjahr 2020

Prozesse zur Förderung gesunder Arbeit wurden im Frühjahr 2020 pandemiebedingt von Seiten der Organisationen abrupt gestoppt. Welchen tatsächlichen Bedarf Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege an BGF-Angeboten in Krisenzeiten haben und in welcher Form ein Kompetenztransfer stattfinden kann, war nicht hinreichend geklärt. Dieser Frage ist der AOK-Bundesverband mithilfe einer qualitativen Erhebung nachgegangen.

So wurden anhand einer im Mai 2020 durchgeführten explorativen Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens 51 Vertreterinnen und Vertreter der Pflege, von Pflegeverbänden und der Wissenschaft aus dem Bundesgebiet von erfahrenen BGF-Beraterinnen und -beratern der Landes-AOKen zu ergänzenden BGF-Angeboten in Krisenzeiten interviewt. Die Untersuchungspopulation teilt sich wie folgt auf (siehe Tab. 5.2):

Die interviewten Einrichtungen wurden zwar nicht repräsentativ ausgewählt, bilden jedoch in Bezug auf die Unternehmensgröße einen aussagekräftigen Querschnitt der Pflegebranche. Interviewt wurden Leitungskräfte aller Hierarchieebenen.

Die Entwicklung und Übernahme der Pandemiepläne zur Umsetzung von Hygienestandards sowie die Beschaffung von Schutzmaterialien stand für die befragten Führungskräfte im Vordergrund (Hower et al. 2020; Rheindorf et al. 2020). Krankenhäuser und stationäre Einrichtungen der Altenpflege haben nach Angabe der Befragten die durch die Pandemie entstandenen vielfältigen Herausforderungen überwiegend gut gemeistert. Die weitaus meisten der Befragten betonten den hohen Willen von Seiten der Beschäftigten und der Führungskräfte, die Krise gut

Tab. 5.2 Untersuchungspopulation der Befragung 2020

Pflegebranche	n	In %
Stationäre Altenpflege	26	51
Ambulante Altenpflege	11	21
Krankenhaus	10	20
Verbandsvertreter*innen	3	6
Vertreter*in der Wissenschaft	1	2
Pflege-Report 2021		

zu meistern. Dem mit Veränderungen einhergehenden hohen Kommunikations- und Informationsbedürfnis aller Beteiligten wurde mit einer Ausweitung von (Team-)Besprechungen begegnet. Dabei konnten auch die im Rahmen von BGF-Prozessen entwickelten Kommunikationsstrukturen und ihre gelebte Praxis aus Sicht der Befragten unterstützend genutzt werden.

Die Untersuchung zeigt ferner, dass in Krisenzeiten BGF-Angebote zu den Themen

- Stressbewältigung/Resilienz/Entspannung und
- psychosoziale Unterstützung/Supervision/EAP³

für die Beschäftigten von hoher Bedeutung sind. Die Möglichkeiten, „Energie zu tanken“ bzw. sich durch professionelle Unterstützung zu entlasten, sind angesichts der starken Überbelastung in Pandemiezeiten gut nachzuvollziehen. Rheindorf et al. erhoben in ihrer Studie von 2020 mit über 2.000 Teilnehmenden ähnliche Befunde. Dort bemängelten mehr als die Hälfte der Befragten fehlende Unterstützungsangebote wie Supervision und Fallbesprechungen (Rheindorf et al. 2020).

³ Employee Assistance Programm ist eine professionelle Kurzzeitberatung bei gesundheitlichen, beruflichen und persönlichen Fragen. Immer mehr Arbeitgeber bieten ihren Beschäftigten diese Dienstleistung durch externe Partner an.

Ein weiteres Ergebnis der Befragung ist, dass Führungskräfte in Krisenzeiten selbst unter starker Belastung und besonders hoher Verantwortung stehen. Sie wünschen sich vor allem Unterstützung zu den Themen

- gesunde Führung
- kollegialer Austausch
- Kommunikation mit Mitarbeitenden und Angehörigen sowie
- Maßnahmen zur Förderung der Teamarbeit.

Petzold et al. (2020) heben diesbezüglich hervor, dass Führungskräfte die Selbstfürsorge gerade in Krisenzeiten im Blick haben sollten, da sie wichtige Rollenvorbilder für ihre Mitarbeitenden darstellen.

In der Befragung wurde auch die Haltung zu digitalen Angeboten in der Pflege erhoben. 40% der Interviewten begrüßen diese als zusätzliches Angebot zu analogen Veranstaltungen. Wie aus Studien bekannt (Daum 2017) beschreiben die Interviewten durchaus eine divergente Haltung dazu. Ferner sind als Hindernisse der zurückhaltende Umgang v. a. älterer Pflegekräfte mit IT-Programmen und die mangelhafte Ausstattung v. a. in der stationären Altenhilfe mit Hardware wie fehlendes W-LAN und kaum vorhandene mobile Endgeräte untersucht (Kuhlmey et al. 2019).

Für die inhaltliche und organisatorische Ausrichtung der BGF konnten folgende Anforderungen abgeleitet werden:

- Verstärkt hybride Formen der psychosozialen Entlastung zu entwickeln. Neben Programmen zur Stressbewältigung und Stärkung der Resilienz kommt hier insbesondere Unterstützung bei der Installation von Supervision und EAP-Programmen in Betracht. Erste ermutigende Erfahrungen dazu liegen in einzelnen Landes-AOKen bereits vor. Hybride Angebote, wie das wissenschaftlich im Rahmen von Care4Care erprobte Online-Programm „RESIST“, verbinden virtuelles Training mit analogem Coaching und unterstützen so den Transfer in den Alltag;

- Die Führungskräfte in diesen schwierigen Zeiten stärker in den Fokus zu nehmen und eigene Programme vorzuhalten. Ein gelungenes Beispiel dafür ist das Online-Training zum gesunden Führen www.aok-gesundfuehren.de. Das Programm wurde um einen Blended-Learning-Ansatz erweitert. Drei Workshops begleiten das Programm, helfen das Thema im Betrieb zu integrieren und unterstützen Austausch und Reflexion des Führungshandelns (Lück und Fenn 2020);
- Es nicht bei der Bereitstellung digitaler/hybrider Angebote für die Pflege zu belassen, sondern schon bei der Entwicklung Pflegekräfte zu beteiligen, deren Technikkompetenz zu fördern und die Bereitstellung von Hardware zu unterstützen. Einzelne Landes-AOKen haben deshalb in Pflegeeinrichtungen beispielsweise leihweise Tablets für Fachkräfte zur Verfügung gestellt.

5.3.4 Veränderungen, Belastungssituation und Anpassungen der BGF-Angebote in der zweiten Pandemiewelle ab November 2020

In der ersten Pandemiewelle dominierten krisenbedingt individuelle Bewältigungsstrategien durch Führungskräfte, bei denen einrichtungsinterne Lösungsmaßnahmen im Vordergrund standen, die dynamisch veränderten internen und äußeren Rahmenbedingungen anzupassen waren. Dabei kam der Kommunikation als Führungsinstrument in der Krise und dem sozialen Zusammenhalt als Schlüsselfaktor für die Krisenbewältigung eine zentrale Bedeutung zu (Hower et al. 2020). Beides, zumal die Vorbildfunktion von „Führung“, sind wichtige Faktoren einer gelingenden BGF. Die organisationale Coping-Kapazität durch Führungskräfte in der Pflege (Bewältigungsopti-

mismus) wurde in der ersten Pandemiewelle nach der Studie von Hower et al. (2020) hoch eingeschätzt, d. h. 62 % von über 600 digital befragten Führungskräften glaubten, die mit der Corona-Pandemie verbundenen Herausforderungen und Belastungen bewältigen zu können.

Die Einschätzung dürfte in der zweiten und in weiteren Pandemiewellen auch von deren Dauer und Ausprägung abhängen. Begerow et al. (2020) zeigten in ihrem qualitativen Survey zu Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie auf, dass sich Personal-mangel und Arbeitszeitverlängerungen, andererseits aber auch das „Warten auf etwas“ (z. B. im Falle von Unterauslastung bei für COVID-Patienten freigemachten Betten) subjektiv als besonders belastend gegenüber der Vor-Corona-Zeit erwiesen. In ihrer zweiten Erhebung im Zeitraum vom 31.10.2020 bis zum 05.01.2021 gaben dann 84 % der 2.300 repräsentativ Befragten eine „höhere Arbeitsbelastung als üblich“ an, in der ersten Befragung waren es nur 26 %⁴ (Begerow et al. 2020; HAW Hamburg 2021). Auch die Befürchtung, sich selbst und die eigene Familie anzustecken, spielte offensichtlich dabei eine wichtige Rolle, ebenso wie die Enttäuschung über nicht gehörte „Hilferufe“ vor, während und zwischen den beiden Pandemiewellen: So gaben 17 % der Befragten an, „keine Motivation mehr für ihren Job“ zu haben (HAW Hamburg 2021). Diese Ergebnisse deuten auf Handlungsbedarfe hin, die weit über die Möglichkeiten gezielter Präventions- und BGF-Maßnahmen hinausweisen.

Mit dem Abklingen der ersten Pandemiewelle und dem Rückgang der Infektionszahlen trat im Sommer 2020 in vielen Einrichtungen zunächst zum Teil wieder eine „Normalisierung“ ein. In einzelnen Bundesländern wie Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-

Sachsen-Anhalt, Rheinland und Rheinland-Pfalz wurden durch das AOK-Fachpersonal in dieser Phase nicht nur digitale Informationsveranstaltungen zur BGF in der Pflege durchgeführt, sondern es fanden zum Teil auch wieder Präsenzberatungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen statt. Diese Phase wurde spätestens mit den erneuten, sich seit Oktober 2020 verschärfenden Lockdown-Maßnahmen der Bundesregierung und den teils noch unterschiedlichen Umsetzungen in den Ländern beendet.

Vor dem Hintergrund der krisenbezogenen Priorisierungen und der fehlenden Möglichkeit von physischer Präsenz in den Einrichtungen wurde auch die AOK-Beratung in der BGF bundesweit mit der zweiten Pandemiewelle fast ausschließlich auf Formen der digitalen und telefonischen Unterstützung umgestellt. Dazu gehören Corona-bezogene Informationen zur Prävention über die AOK-Pflegemediathek ebenso wie Online-Beratungen, digitale und telefonisch begleitete Lernprogramme zur Resilienzstärkung, zur gesunden Führung und zum Führungskräftecoaching in Krisensituationen. Evaluative Aspekte sind dazu auch in das wissenschaftlich begleitete Care4Care-Projekt mit aufgenommen worden, und zwar sowohl beim digital-telefonischen RESIST-Programm als auch bei hybriden Varianten des HoL-Programms. Zugleich wurden Vorbereitungen getroffen, um Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser mit dem Auslaufen der Pandemie gezielt und flexibel durch weitere digitale und hybride BGF-Angebote zu unterstützen.

5.4 Fazit und Ausblick

Die Corona-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 hat die Defizite und damit Handlungsbedarfe und -möglichkeiten für die berufliche Pflege sowie die sie unterstützenden Organisationen noch einmal „brennglasartig“ deutlich gemacht. Insoweit kann von den Autoren folgendes Fazit im Sinne eines Zwischenstandes mit vorsichtigem Ausblick zu Beginn des Jah-

⁴ Die differenzierten Ergebnisse aus der Zweitbefragung werden nach Angaben der Autorinnen Begerow und Gaidys noch wissenschaftlich weiter ausgewertet und publiziert.

res 2021 auf die weitere Entwicklung gezogen werden:

- Die Fehlzeiten in der beruflichen Pflege sind seit vielen Jahren konstant überdurchschnittlich hoch. Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigt, dass Pflegekräfte prinzipiell stärker gefährdet sind, selbst auch an COVID-19 zu erkranken. Erste Studien deuten darauf hin, dass in der zweiten Erkrankungswelle der COVID-19-Pandemie die (subjektive) Arbeitsbelastung gestiegen ist. Es ist anzunehmen, dass sich die Stressbelastung mittel- und langfristig auf die Gesundheit der Pflegekräfte auswirken wird. Offen bleibt, wie groß der Anteil der Präsentismusfälle bei den Pflegekräften im Jahr 2020 war, also trotz Krankheit der Arbeit nachzugehen, was durch die besondere Stressbelastung bei gleichzeitig knapper Personaldecke durchaus ein relevanter Faktor sein kann. Hierzu bedarf es weiterer wissenschaftlicher Forschung unter Berücksichtigung der Datenlage und empirischer Erhebungen im Jahr 2021 und darüber hinaus.
- In einer Pandemie und damit einer Krisensituation, die Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser in besonderer Weise betrifft, hat die Umsetzung von Pandemieplänen und Arbeitsschutzmaßnahmen absolute Priorität. Laufende BGF-Projekte werden nachvollziehbar zurückgestellt. Als hilfreich betrachtet und von Seiten der Einrichtungen gewünscht und genutzt werden indessen Maßnahmen zur unmittelbaren Unterstützung der Pflege- und Führungskräfte, Trainings und Coaching zur Resilienzstärkung und psychosozialen Entlastung (Hower und Winter 2021).
- Die Pandemieerfahrung hat die digitalen Defizite bei den Pflegeeinrichtungen offengelegt. Es mangelt in den Einrichtungen immer noch vielfach an der erforderlichen Hard- und Software (Kuhlmey et al. 2019). Die Pandemie hat insoweit auch den Pflegeeinrichtungen einen „Digitalisierungsschub“ (KPMG 2020) gegeben, dessen Nutzungsmöglichkeiten nach Einschätzung

der Autoren dieses Beitrages aber längst noch nicht ausgeschöpft sind. Das gilt für entlastende technische Hilfsmittel in der Pflege über die Qualitätssicherung und Dokumentation bis hin zum Einsatz von Robotik.

Betriebliches Gesundheitsmanagement, zumal in den stark personenbezogenen und durch menschliche Nähe geprägten Pflegeberufen, wird nach Einschätzung der Autoren auch in Zukunft, zumal nach Auslaufen der Pandemie, stark auf Präsenzkommunikation in der Beratung beruhen, die jedoch durch vielfältige digitale Tools von der Analyse über das systematische Projektmanagement bis hin zu digitalen und hybriden Lernplattformen zu pflegespezifischen Themen unterstützt werden kann und sollte.

Literatur

- Appel J, Schein C (2019) Projekt zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege. Abschlussbericht für den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. https://www.pflegebevollmaechtigter.de/mwginternal/de/5fs23hu73g7/progress?id=Hgut9_NZy2-3twJS9UjX-plwPLqedValHRPsNihBec. Zugegriffen: 9. Nov. 2019
- Bechmann S, Jäckle R, Lück P, Herdegen R (2011) Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Iga-Report 20. BKK, DGUV, AOK, vdek, Berlin
- Begerow A, Michaelis U, Gaidys U (2020) Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie. Pflege 33:229–236. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000744>
- Bundesagentur für Arbeit (2010) Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010). <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010/Printausgabe-KldB2010/Printausgabe-KldB-2010-Nav.html;jsessionid=C74B4296A06C68422443BC2133F3BA63>. Zugegriffen: 01. April 2021
- Bundesministerium für Gesundheit (2020) Konzertierte Aktion Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>. Zugegriffen: 5. Febr. 2021
- Daum M (2017) Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Fol-

- gewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung. DAA-Stiftung Bildung und Beruf, Hamburg
- Drupp M, Meyer M (2020) Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer, Berlin Heidelberg, S 23–47
- Ducki A, Behrendt D, Boß L, Brandt M, Janneck M, Jent S, Kunze D, Lehr D, Nissen H, Wappler P (2019) Digi-Exist: Eine digitale Plattform zur Gesundheitsförderung für junge Unternehmen. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Springer, Berlin Heidelberg, S 333–347
- Elprana G, Felfe JJ, Franke F (2015) Gesundheitsförderliche Führung diagnostizieren und umsetzen. In: van Dick R, Felfe J (Hrsg) Handbuch Mitarbeiterführung: Wirtschaftspsychologisches Praxiswissen für Fach- und Führungskräfte. Springer, Berlin Heidelberg
- Felfe J, Krick A, Reiner A (2018) Wie kann Führung Sinn stiften? – Bedeutung der Vermittlung von Sinn für die Gesundheit. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Springer, Berlin Heidelberg, S 213–223
- Geiger L, Niggemann R, Seidel J, MDS, Bauer S (Hrsg) (2020) Präventionsbericht 2020: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für das Berichtsjahr 2019. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2020_gkv_mds_praeventionsbericht.pdf. Zugegriffen: 14. Jan. 2021
- Glaser J, Höge T (2005) Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Dortmund, Berlin, Dresden
- Hamburg HAW (2021) Neue Pflegestudie. Pflegekräfte am Limit. 14.01.2021. <https://www.haw-hamburg.de/detail/news/news/show/pflegekraefte-am-limit>
- Hower I, Pförtner T-K, Pfaff H (2020) Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona – Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? – Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften. Universität zu Köln, Köln
- Hower I, Winter W (2021) Pandemiebedingte Herausforderungen in der Pflege – Ansätze für die Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2021. Springer, Berlin
- Ilmarinen J (2011) Arbeitsfähig in die Zukunft. In: Giesert M (Hrsg) Arbeitsfähig in die Zukunft – Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit! VSA Verlag, Hamburg, S 20–30
- Jaensch P et al (2020) Organisationskultur und -gerechtigkeit, betrieblicher Wandel und Gesundheit: Eine Auseinandersetzung am Beispiel „Pausengestaltung in der Pflege“. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2020. Springer, Berlin, S 295–309
- KPMG (Hrsg) (2020) Clarity on healthcare. Zürich. <https://home.kpmg/ch/de/home/insights/2020/09/clarity-on-healthcare.html?cid=7403493&mid=3943021&rid=5173336>. Zugegriffen: 4. Febr. 2021
- Kuhlmei A et al (2019) Ressource oder Risiko – Wie professionell Pflegenden den Einsatz digitaler Technik in der Pflege sehen. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg) Pflege und digitale Technik. Druckteam, Berlin, S 31–35
- Lehr D, Boß L (2019) Occupational e-Mental Health – eine Übersicht zu Ansätzen, Evidenz und Implementierung. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Springer, Berlin Heidelberg, S 155–178
- Lück P, Fenn S (2020) Organisationale Gerechtigkeit durch gesunde Führung – Ein Blended-Learning-Ansatz. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2020. Springer, Berlin, S 273–282
- Münch M, Steinmetz A, Vogt U (2020) Gemeinsam vernetzt für mehr Gesundheit – Gemeinschaftliche Umsetzung von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: MDS, GKV-Spitzenverband (Hrsg) Präventionsbericht 2020. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019, S 110
- Perschke-Hartmann C, Drupp M (2018) Ressourcen stärken in der Altenpflege. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Springer, Berlin, S 303–314
- Petzold MB, Plag J, Ströhle A (2020) Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. Nervenarzt 91:417–421
- Rheindorf J, Blöcker J, Himmel C, Trost A (2020) Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie? Pflege Z 73(8):50–53

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Herausforderungen für Forschung und Praxis

*Stefan Blüher, Thomas Stein, Ralph Schilling, Ulrike Grittner
und Adelheid Kuhlmeiy*

Inhaltsverzeichnis

- 6.1 Ausgangslage: Steigende Nachfrage
nach Pflegeleistungen und Versorgungslücke – 93
- 6.2 Einflussfaktoren auf die Entstehung
von Pflegebedürftigkeit – 95
- 6.3 Forschung zu sozialen Einflussfaktoren
von Pflegebedürftigkeit – 96
- 6.4 Implikationen für die Entwicklung der pflegerischen
Praxis – 100

- Literatur – 101

■ ■ Zusammenfassung

Die außergewöhnlich geburtenstarken Jahrgänge der 1955er bis 1965er Jahre werden in den kommenden zwei bis drei Jahrzehnten zu erheblichen Herausforderungen für das System pflegerischer Versorgung führen. So könnten sich etwa heute schon bestehende Versorgungslücken zwischen Angebotsstruktur und Nachfrage nach pflegerischen Leistungen deutlich verschärfen. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, nicht nur die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen in den Blick zu nehmen, sondern auch Wege zu finden, die Nachfrage nach Pflegeleistungen zu reduzieren. Hierfür müssen präventive und rehabilitative Potenziale so weit ausgeschöpft werden, dass die Entstehung von Pflegebedürftigkeit vermieden, ihr Verlauf abgemildert oder ihr Eintritt verzögert werden kann.

In diesem Zusammenhang muss die Forschung weitere Erkenntnisse zu den Entstehungsfaktoren einer Pflegebedürftigkeit liefern. Bislang fehlen vor allem Befunde zu sozialen Kontexten, in denen sich Verluste von funktionaler und kognitiver Gesundheit vollziehen, und Analysen, welche Rolle dabei einzelnen Faktoren für die Entstehung von Pflegebedarf zukommt. Ein vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung gefördertes Forschungsprojekt analysiert diese Zusammenhänge mit Blick auf präventive und rehabilitative Potenziale zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Ausgewählte Befunde zu Konstellationen in der Haushaltszusammensetzung und daran gebundener sozialer Unterstützung werden in diesem Beitrag skizziert und bezüglich ihrer Implikationen diskutiert. Ein markantes Ergebnis ist dabei die protektive Wirkung von Partnerschaften, respektive engen sozialen Beziehungen im Hinblick auf entstehende Pflegebedürftigkeit. Als eine wichtige Implikation ist hier die konsequente Stärkung von sozialen Unterstützungspotenzialen zu nennen, die insbesondere die Gruppe der Alleinlebenden fokussieren sollte, indem Wohn- und Lebenswelten zu fördern sind, die

sich – äquivalent zu engen familialen Beziehungen – durch hohe protektive Potenziale für den Erhalt von Selbständigkeit auszeichnen.

The exceptionally large birth cohorts of the 1955s to 1965s will lead to considerable challenges for the system of care provision in the coming two to three decades. For example, the already existing gaps between the supply structure and the demand for nursing services could worsen considerably. Against this background, it is necessary not only to focus on the further development of care structures, but also to find ways to reduce the demand for care services. To this end, preventive and rehabilitative potentials must be exploited to such an extent that the development of the need for long-term care can be avoided, its course mitigated or its onset delayed.

In this context, research must provide further insights into the factors that lead to the need for long-term care. So far, there is a lack of findings on the social contexts in which losses of functional and cognitive health occur and analyses of the role that individual factors play in the development of the need for long-term care. A research project funded by the German National Association of Statutory Health Insurance Funds analyses these relationships with a view to preventive and rehabilitative potential for avoiding the need for long-term care. Selected findings on constellations in household composition and the associated social support are outlined in this article and discussed with regard to their implications. One rather striking factor is the protective effect of partnerships or close social relationships with regard to the development of care dependency. An important implication here is to consistently strengthen social support potentials, which should focus in particular on the group of people living alone by promoting living environments that are characterised by high protective potentials for maintaining independence – as an equivalent to close family relationships.

6.1 Ausgangslage: Steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen und Versorgungslücke

Die absehbar weiterwachsende Zahl hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland steht im Mittelpunkt aktueller gesundheits- und sozialpolitischer Debatten. Insbesondere die nachrückenden, geburtenstarken Jahrgänge der Kohorten der 1955er bis 1965er Jahre drohen dabei die sich abzeichnende Lücke zwischen Angebot und Nachfrage pflegerischer Leistungen deutlich zu verschärfen. Dies wird besonders augenfällig durch die Tatsache, dass die Geburtsjahrgänge der 1955er bis 1965er Jahre einen Anteil von rund 30 % der deutschen Bevölkerung bilden (Körper-Stiftung 2018). Wesentliche Markierungen im biographischen Zeitverlauf dieser Generation, die die gesundheitliche Versorgung betreffen, können wie folgt beschrieben werden:

- 2016–2020 erste Renteneintritte der Babyboomer-Generation. Beginn von weitreichenden Folgen für Gesundheits- und Sozialsysteme in Deutschland.
- 2025 – Babyboomer im Mittel zwischen 60 und 70 Jahre alt.
- 2035 – Babyboomer zwischen 70 und 80 Jahre alt. Ab diesem Zeitraum werden voraussichtlich größere Herausforderungen für Gesundheits- und Sozialsysteme entstehen.
- 2045 – Babyboomer zwischen 80 und 90 Jahre. Mittlere Sterblichkeit erreicht. Definitiv große Herausforderungen für Gesundheits- und Sozialsysteme.
- 2055 – Überlebende Babyboomer zwischen 90 und 100 Jahre.
- ~ 2065 – Tod der letzten Überlebenden der Babyboomer Generation.

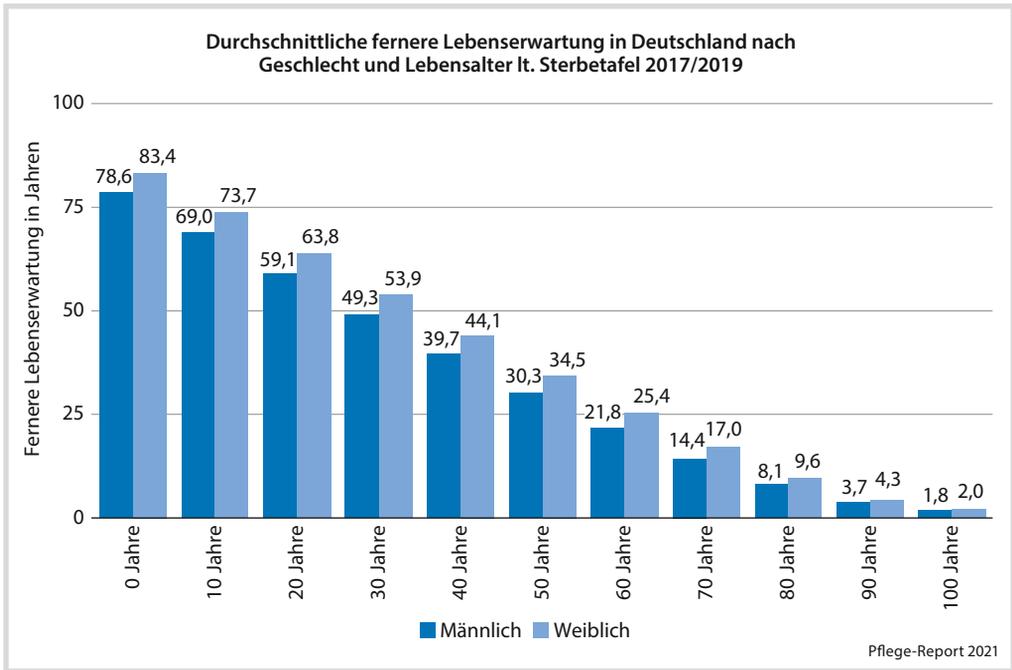
Kohorten wie die Babyboomer profitieren in hohem Maße von der gestiegenen (ferneren) Lebenserwartung. So hat etwa eine heute 60-jährige Frau im statistischen Durchschnitt eine noch verbleibende Le-

bensspanne von weiteren 25,4 Jahren (siehe ■ Abb. 6.1).

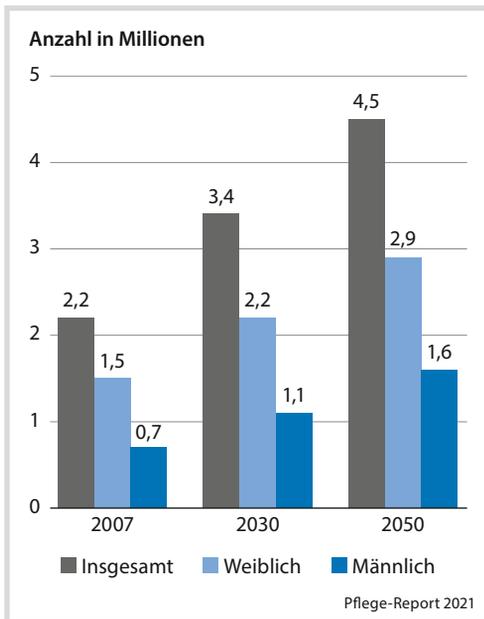
Die steigende Lebenserwartung beeinflusst das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Einerseits verlängert sich die Lebenszeit, die in (relativ) gutem Gesundheitszustand verbracht wird. Damit verschiebt sich auch das durchschnittliche Eintrittsalter in die Pflegebedürftigkeit immer weiter in die Hochaltrigkeit hinein. Diese Veränderungen führen jedoch insgesamt nicht zu einer Kompression im Sinne einer zeitlichen Begrenzung von Hilfe- und Pflegebedarf auf einen immer kürzeren Zeitraum vor dem Lebensende, da andererseits die Zuwächse an durchschnittlicher Lebenszeit höher sind. Dadurch – so ist seit einigen Jahren zu beobachten – verlängern sich auch die Abschnitte des Lebens mit einem Pflegebedarf. Oder anders gewendet: Die gewonnene Lebenszeit bringt einen Zugewinn an gesunden, aber auch eine Verlängerung pflegebedürftiger Jahre, sodass die in ■ Abb. 6.2 prognostizierten Bedarfe sowohl in den starken Jahrgängen der Babyboomer als auch in der Entwicklung zunehmender Lebenszeit mit Pflegebedarf ihre Begründung finden.

Angesichts dieser Entwicklung besteht Konsens darüber, dass die Strukturen pflegerischer Versorgung quantitativ wie auch qualitativ weiterentwickelt werden müssen. Zahlreiche Gesetzesinitiativen der letzten Jahre weisen in diese Richtung; zu nennen sind hier die Pflegestärkungsgesetze (PSG I bis III) aus den Jahren 2015 bis 2017 sowie weitere Regelungen, die auf eine Stärkung der professionellen Versorgungsstrukturen, aber auch auf eine bessere Unterstützung pflegender Angehöriger abzielen. Hinzu kommen die Bemühungen, das Pflegekräftepotenzial zu erweitern, etwa durch Neuregelungen bei der Anwerbung und der Zuwanderung ausländischer Fachkräfte oder Qualifikationsentwicklungen.

Die politische Gestaltung fokussiert damit deutlich auf die Weiterentwicklung und den Ausbau der Strukturen auf der *Angebotsseite* pflegerischer Versorgung. So sehr dies notwendig ist, so sehr verweisen die Zahlen auf die Begrenztheit dieser Ansätze: Schon in



■ **Abb. 6.1** Fernere Lebenserwartung nach Geschlecht und Lebensalter. (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020a)



■ **Abb. 6.2** Prognose der Zahl Pflegebedürftiger in Deutschland bis zum Jahr 2050 (in Millionen). (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020b)

seinem Gutachten 2012 berechnete der Sachverständigenrat (SVR 2012) einen Fachkräftemangel in der Pflege für 2025, den er mit ca. 200.000 bezifferte – und dies angesichts eines massiven Rückgangs der Erwerbsbevölkerung in Deutschland insgesamt (Stat. Bundesamt 2009). Auch wegen dieser Tatsachen darf die Gestaltbarkeit der *Nachfrage* nach Pflegeleistungen nicht aus dem Blick geraten. Vielmehr sind verstärkte Bemühungen notwendig, die auf eine geringere Zunahme von Pflegebedarf abzielen. Konkret bedeutet dies, gesundheitsförderliche, präventive und rehabilitative Potenziale endlich in einem Maße zu stärken, dass die Entstehung von Pflegebedürftigkeit vermieden, der Verlauf abgemildert oder ihr Eintritt verzögert wird.

Dieses Herangehen setzt voraus, bedeutende Einflussfaktoren auf die Entstehung einer Pflegebedürftigkeit zu kennen und die Wechselwirkungen zwischen physischen, psychischen und sozialen Komponenten, die einen Pflegebedarf determinieren, zu analysieren

ren. Noch kann der Kumulationspunkt der Einflussfaktoren, die letztendlich Pflegebedürftigkeit begründen, nicht hinreichend empirisch belegt werden.

6.2 Einflussfaktoren auf die Entstehung von Pflegebedürftigkeit

Es liegen bislang insbesondere eine Reihe von Untersuchungen zum Zusammenhang von chronischen Erkrankungen, Demenz oder Multimorbidität und der Entstehung eines Pflegebedarfs vor.

Unstrittig ist zum einen, dass das Alter im Zusammenwirken mit höherer Krankheitslast eine wesentliche Determinante von Pflegebedürftigkeit darstellt; so steigt die Pflegequote insbesondere bei Hochaltrigen im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen deutlich an (Statistisches Bundesamt 2017). Zum anderen zeigen Studien auch dann noch starke Alterseffekte, wenn nach Morbiditäten adjustiert wurde (Hajek und König 2016; Schnitzer et al. 2015). Dies legt die Vermutung nahe, dass neben der Krankheitslast weitere Faktoren – wie soziale Lebenslagen, psychisches Wohlbefinden und subjektive Gesundheit sowie das Geschlecht oder Wechselwirkungen im Rahmen einer Medikation – den starken Einfluss des Alters auf das Pflegerisiko mitbestimmen.

In einer morbiditätsbezogenen Betrachtung beruht Pflegebedürftigkeit grundsätzlich auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen oder Behinderungen (Van den Bussche et al. 2014; Bao et al. 2019). Zu den häufigsten Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, gehören – neben Akutereignissen wie Frakturen nach Stürzen – insbesondere Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfälle), andere chronische Erkrankungen der inneren Organe und des Bewegungsapparats, schwere rheumatische Erkrankungen, Krankheiten des Skelett- und Bewegungsapparats, psychische Erkrankungen sowie Beeinträchtigungen der Sinnesorgane.

Hinzu kommt, dass in der Altersgruppe über 75 Jahren über 80 % der Frauen und rund 75 % der Männer an mehr als einer Erkrankung gleichzeitig leiden, davon fast ein Drittel der Frauen und rund ein Viertel der Männer sogar an fünf oder mehr Erkrankungen gleichzeitig (Robert Koch-Institut 2015). Eine Studie von Wiedenmann (2017) zum Gesundheitszustand pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit ermittelte in diesem Zusammenhang durchschnittlich fünf chronische Erkrankungen in dieser Population, darunter am häufigsten Hypertonie, Herzinsuffizienz, Gelenkerkrankungen, sonstige Erkrankungen des Herzens sowie Demenz. Ausgeprägte Multimorbiditäten als hochvulnerable Zustände mit komplexen Wechselwirkungen und häufig einhergehender Polypharmazie bergen entsprechend die Gefahr, in Pflegebedürftigkeit zu münden und progredient zu wirken.

Ein weiteres wesentliches Merkmal ist die insbesondere bei hochaltrigen Pflegebedürftigen auftretende Überlagerung von chronisch-degenerativen und demenziellen Erkrankungen (Hajek et al. 2017; Beekmann et al. 2012). Angesichts der steigenden Lebenserwartung und der stark wachsenden Zahl sehr alter Menschen nimmt damit die Bedeutung von Demenzerkrankungen als Ursache von Pflegebedürftigkeit zu. Je nach Schätzung wird es bis 2050 zu einer Zunahme der Prävalenzen von gegenwärtig 1 bis 1,5 Millionen auf 1,5 bis 3,5 Millionen kommen (Robert Koch-Institut 2015). Das Bundesministerium für Gesundheit geht auf Basis von Angaben der Alzheimer Gesellschaft sowie eigenen Daten von derzeit 1,6 Millionen und zukünftig bis zu 3 Millionen Demenzerkrankungen aus (Robert Koch-Institut 2015).

Trotz dieser Erkenntnisse bleibt offen, welche gesundheitsrelevanten Faktoren physischer, psychischer und sozialer Art in welchen Konstellationen das Risiko der Entstehung und Progredienz von Pflegebedarf maßgeblich beeinflussen. Anders gefragt: Welche Erkrankungen oder funktionellen Beeinträchtigungen führen in welchen psychischen und sozialen Zusammenhängen mit höherer Wahrchein-

lichkeit zu Pflegebedarf? Welche Merkmale können umgekehrt im Sinne von protektiven Faktoren für eine Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit identifiziert werden?

Die – insgesamt noch spärlichen – Befunde zur Rolle psychischer und sozialer Zusammenhänge mit entstehendem Hilfe- und Pflegebedarf fokussieren vor allem auf die Bedeutung von Partnerschaft, Netzwerkaspekten und sozialer Unterstützung. Hajek und Kollegen etwa befunden in ihrer Studie zu „longitudinal predictors of functional impairment in older adults in Europe“, dass das Risiko einer funktionellen Einschränkung u. a. für Personen ohne Partner oder Partnerin erhöht ist (Hajek und König 2016).

Eine Studie aus Dänemark analysiert Zusammenleben, soziale Partizipation und ein diversives Netzwerk als Faktoren, die das Risiko von Mobilitätseinschränkungen (onset of mobility disability) reduzieren (Lund et al. 2010). Auch Borchert und Rothgang (2008) stellen in ihrer Studie „Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer“ die protektive Wirkung einer Partnerschaft im Hinblick auf den Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit fest.

Eigene aktuelle Studien (Schneider et al. 2020; Schnitzer 2020) belegen ebenfalls die Bedeutsamkeit von engen sozialen Beziehungen, Partnerschaft und sozialer Unterstützung für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad (nach Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI).

6.3 Forschung zu sozialen Einflussfaktoren von Pflegebedürftigkeit

Ein vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) gefördertes Forschungsprojekt „Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit“, das aktuell vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Cha-

rité-Universitätsmedizin Berlin und dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) durchgeführt wird, zielt vor dem oben geschilderten Hintergrund darauf, bedeutsame, insbesondere psycho-soziale Einflussfaktoren für die Entstehung einer Pflegebedürftigkeit zu identifizieren und in ihren Wechselwirkungen zu analysieren.

Datengrundlagen dieses Projekts bilden zum einen Surveydaten des DZA mit dem Analysefokus auf Entwicklungsverläufe von funktionaler Gesundheit im Alter, zum anderen umfangreiches Datenmaterial (N = 72.680) aus Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Berlin-Brandenburg aus dem gesamten Jahr 2017. Die Daten des MDK bieten die Möglichkeit – über pflegebegründende Diagnosen hinaus – Hinweise zu sozialen Konstellationen derjenigen zu finden, die im Jahr 2017 in Berlin-Brandenburg Anträge auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt haben. Von 72.680 Erstantragstellenden zwischen 50 und 99 Jahren erhielten dabei 57.572 (79,2 %) eine Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad. Von diesen wiederum lebten zum Zeitpunkt der Antragstellung 48.827 Personen in der eigenen Häuslichkeit.

Zur Analyse von Zusammenhängen verschiedener sozialer Charakteristika mit der Einstufung in einen niedrigeren oder höheren Pflegegrad wurde ein ordinales Regressionsmodell verwendet (vgl. ■ Tab. 6.1).¹ Odds Ratios über 1 bedeuten eine höhere, Odds Ratios

1 Da bei einigen Variablen die proportionale Odds-Annahme des Modells nicht erfüllt war, wurden mittels `gologit2` partielle proportionale Odds-Modelle verwendet (Williams 2005). Diese Modelle (vgl. ■ Tab. 6.1) wurden mit Stata 15 IC gerechnet (StataCorp (2017) *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC). Im Rahmen der partiellen proportionalen Odds-Modelle werden nur bei Verletzung der proportionalen Odds-Annahme binär logistische Regressionen für verschiedene Pflegegradkombinationen berechnet, um Zusammenhänge detailliert für die Einstufungsempfehlung in jeweils höhere Pflegegrade verdeutlichen zu können; die Kategorien, die die niedrigeren Pflegegrade enthalten, bilden dabei die Referenzkategorien.

unter 1 eine geringere Chance, eine Einstufungsempfehlung für höhere Pflegegrade zu erhalten.

In diesen ersten Analysen zu sozialen Faktoren zeigt sich bereits ihre Bedeutung für die Einstufung in unterschiedliche Pflegegrade.

- Mit jeder Altersdekade erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad um bis zu 19 %.
- Des Weiteren zeigen sich Unterschiede nach Haushaltszusammensetzung/sozialer Unterstützung.² Im Vergleich zu alleinlebenden Menschen ohne soziale Unterstützung ist die Chance auf eine Einstufung in einen höheren Pflegegrad bei Menschen, die mit mindestens einer weiteren Person im eigenen Haushalt zusammenleben, deutlich erhöht.
- Weitere Zusammenhänge mit der Einstufungsempfehlung zeigen sich für die Interaktion von Alter und Haushaltszusammensetzung/sozialer Unterstützung sowie Geschlecht und Haushaltszusammensetzung/sozialer Unterstützung. Erneut zeigt sich erstens, dass in der Gruppe der Zusammenlebenden im Vergleich zu Alleinlebenden höhere Pflegegrade empfohlen werden. Zweitens steigt bei den Alleinlebenden mit zunehmendem Alter auch der Pflegegrad, in den sie eingestuft werden, bei Zusammenlebenden besteht dieser Zusammenhang jedoch nicht (OR 0,88; 95 %CI: 0,84–0,93). Zudem ist für Männer im Vergleich zu Frauen in der Gruppe der Zusammenlebenden die Wahrscheinlichkeit für eine Einstufungsempfehlung in höhere Pflegegrade um 16 % (OR 1,16; 95 %CI: 1,04–1,30) größer.

Die Befunde implizieren eine Reihe von Interpretationen. So kann im Hinblick auf unterschiedliche, an die Haushaltszusammensetzung gebundene soziale Unterstützung angenommen werden, dass das Zusammenleben angesichts besonders enger sozialer Beziehungen das stärkste Potenzial für die Abfederung eines (drohenden) Hilfe- und Pflegebedarfs bietet, das Alleinleben ohne Unterstützung hingegen das geringste Potenzial.

Der zunächst widersprüchlich erscheinende Befund, wonach gerade die Gruppe der Antragstellenden mit dem stärksten Unterstützungspotenzial bei Erstbegutachtung in höhere Pflegegrade eingestuft wird, wird dabei augenscheinlich von sozialen Faktoren beeinflusst: Enge soziale Beziehungen im selben Haushalt (hier v. a. Partnerinnen und Partner) könnten entstehenden Hilfe- und Pflegebedarf eine Zeit lang soweit kompensieren, dass keine Antragstellung auf Leistungen aus der Pflegeversicherung erfolgt. Dies gilt, wie die Befunde auch zeigen, insbesondere für Männer jeden Alters, die häufiger von ihren Partnerinnen versorgt werden. Wenn Unterstützungsarrangements aufgrund zunehmenden Hilfebedarfs diese Kompensation nicht mehr (vollständig) leisten können, werden Versicherungsleistungen beantragt. Die protektive Wirkung enger sozialer Beziehungen nimmt angesichts fortschreitender Gesundheitseinbußen jedoch ab: Schlechtere Gesundheitszustände führen dann im Mittel zur Feststellung höherer Pflegegrade. Alleinlebende hingegen, die auf das Potenzial besonders enger Beziehungen im selben Haushalt nicht in gleichem Maße zurückgreifen können, suchen in der Regel früheren Zugang zu Versicherungsleistungen und bekommen bei Erstbegutachtung zunächst niedrigere Pflegegrade empfohlen. Studien bestätigen diese protektiven Effekte und die Bedeutung von Partnerschaft sowie den damit einhergehenden Aufschub von Leistungsbeantragung aus der Pflegeversicherung (Schnitzer et al. 2020; Unger et al. 2015), vgl. Hajek und König (2016) und Schneider et al. (2020). So zeigen beispielsweise die longitudinalen Analysen von Schneider et al., dass der Einfluss

2 Über die MDK-Daten wird „soziale Unterstützung“ mit Schlagworten, die auf soziale Beziehungen hinweisen, z. B. „Partnerin“ oder „Partner“, „Kinder“, und andere Familienangehörige, aber auch außerfamiliäre Kontaktpersonen wie „Freund“, „Freundin“ bzw. „Nachbarin“ oder „Nachbar“ operationalisiert. Die so gebildeten Variablen können anschließend im Zusammenhang mit einer Pflegegradeinstufung ausgewertet werden.

Tab. 6.1 Ergebnisse der Regressionsrechnung (Regressionsmodell mit Haupteffekten und Modell adjustiert für Interaktion von Alter und Haushaltszusammensetzung/ Geschlecht und Haushaltszusammensetzung)

	Interaktion Alter und Haushaltszusammensetzung sowie Geschlecht und Haushaltszusammensetzung	P	PG 2,3,4 vs. PG 1 (Ref.)	P	PG 3, 4 vs. PG 1, 2 (Ref.)	P	PG 4 vs. PG 1, 2, 3 (Ref.)	P
N	48.827							
R²	0,0468							
Geschlecht								
Männlich	1,07 (0,96–1,18)	0,210						
Ref: weiblich	1							
Alter (in Dekaden)			1,19 (1,14–1,25)	<0,001	1,13 (1,08–1,20)	<0,001	1,14 (1,06–1,23)	<0,001
Haushaltszusammensetzung/Unterstützung								
Alleinlebend ohne Hilfe (Ref)			1		1		1	
Alleinlebend mit Hilfe			1,00 (0,65–1,55)	0,995	1,24 (0,79–1,94)	0,353	1,47 (0,85–2,52)	0,168
Zu Hause mit weiterer Person zusammenlebend			5,43 (3,64–8,10)	<0,001	7,97 (5,28–12,02)	<0,001	14,38 (8,72–23,96)	<0,001

Tab. 6.1 (Fortsetzung)		Interaktion Alter und Haushaltszusammensetzung sowie Geschlecht und Haushaltszusammensetzung	P	PG 2,3,4 vs. PG 1 (Ref.)	P	PG 3, 4 vs. PG 1, 2 (Ref.)	p	PG 4 vs. PG 1, 2, 3 (Ref.)	p
	Interaktion von Alter * Haushaltszusammensetzung/Unterstützung								
	Alter * Alleinlebend ohne Hilfe (Ref)	1							
	Alter * Alleinlebend mit Hilfe	1,02 (0,97–1,08)	0,466						
	Alter * Zu Hause mit weiterer Person zusammenlebend	0,88 (0,84–0,93)	<0,001						
	Interaktion von Geschlecht * Haushaltszusammensetzung/Unterstützung								
	Männlich * Alleinlebend ohne Hilfe (Ref)	1							
	Männlich * Alleinlebend mit Hilfe	1,00 (0,89–1,13)	0,985						
	Männlich * Zu Hause mit weiterer Person zusammenlebend	1,16 (1,04–1,30)	0,008						
Pflege-Report 2021									

einer Partnerschaft mit progredientem Verlauf einer Pflegebedürftigkeit variiert (Schneider et al. 2020).

6.4 Implikationen für die Entwicklung der pflegerischen Praxis

Insgesamt zeigen sowohl die demografischen Entwicklungen (Altern der Babyboomer-Kohorten und weiter steigende Lebenserwartung) als auch der fortbestehende Mangel an pflegerischer Versorgungskapazität, dass es dringend eine Kehrtwende für den derzeit stetig steigenden Bedarf an Pflege und Unterstützung geben muss. Eine solche Kehrtwende kann nur durch die konsequente Umsetzung gesundheitsförderlicher und präventiver sowie rehabilitativer Maßnahmen erreicht werden. Diese Maßnahmen müssen im mittleren Erwachsenenalter beginnen, um Selbständigkeitsressourcen zu stärken, die das Pflegerisiko möglichst lange niedrig halten, und gleichzeitig auf die Rehabilitation von Personen zielen, bei denen ein Pflegebedarf unmittelbar bevorsteht bzw. schon eingetreten ist, um auch für diese Personen wieder mehr Selbständigkeit zu erreichen.

Insbesondere der Einfluss sozialer Kontexte auf den Erhalt von Selbständigkeit muss viel stärker beachtet werden. Unterstützungspotenziale in engen sozialen Beziehungen haben – so zeigen auch unsere Daten – einen deutlichen Einfluss darauf, zu welchem Zeitpunkt Unterstützungsbedürftige in welchen Pflegegrad eingestuft werden. Der damit verbundene Befund, wonach besonders hohe Unterstützungspotenziale enger sozialer Beziehungen den Eintritt in einen Pflegegrad für die Betroffenen verzögern, verweist auf zwei bedeutende praktische Aspekte: Zum einen müssten stark belastete An- und Zugehörige möglichst frühzeitig durch flankierende Hilfen bereits im

Vorfeld von Pflegeversicherungsleistungen im Sinne eines präventiven Vorgehens konsequent unterstützt werden, beispielsweise durch technischen Support oder Anpassungen des Wohnumfeldes.

Zum anderen müssen sich präventive Bemühungen insbesondere auf die vulnerable Gruppe der Alleinlebenden richten, die über ein niedriges oder gar kein familiales Unterstützungspotenzial verfügt. Ziel muss es sein, durch eine umfassende Förderung und Stärkung sozialer Ressourcen auch diese Gruppe in die Lage zu versetzen, drohende Abhängigkeit von Pflegeleistungen so weit wie möglich hinauszuzögern. Hierzu zählen beispielsweise Wohnformen mit Haushaltszusammensetzungen, die sich durch ein hohes Maß an Verbindlichkeit, Reziprozität und Solidarität auszeichnen. Zu nennen ist hier besonders die zunehmende Förderung von frei gewählten inter- und intragenerationalen Wohn- und Lebensorten, deren protektives Potenzial im Sinne eines möglichst langen Erhalts von Selbständigkeit als vollkommen äquivalent zu engen familialen Beziehungen betrachtet werden kann.

Es liegen bereits eine Reihe von Forschungsergebnissen vor, die mögliche Ansatzpunkte für Prävention und Rehabilitation von Pflegebedürftigkeit aufzeigen und sowohl Wirkmechanismen als auch Erfolge belegen können. Diese unterstreichen nicht zuletzt, dass Pflegebedürftigkeit kein schicksalhafter, sondern ein vielfach präventiv zu beeinflussender Zustand ist (Rott et al. 2020).

Insgesamt fehlt es aber an einem umfänglichen und evidenten Konzept zur Erklärung des Eintretens von Pflegebedarf. Hier ist auf eine verstärkte Forschungsförderung zu setzen. Insbesondere psychische und soziale Faktoren, Faktoren der ökologischen Umwelt und ihre Bedeutung für den Erhalt der Selbständigkeit bis in hohe Lebensjahre hinein müssen stärker in den Fokus der wissenschaftlichen Analyse gelangen, weisen doch erste Ergebnisse auf die hohe Praxisrelevanz solcher Befunde hin.

Literatur

- Bao J, Chua KC, Prina M, Prince M (2019) Multimorbidity and care dependence in older adults: a longitudinal analysis of findings from the 10/66 study. *Bmc Public Health* 19:585
- Beekmann M, van den Bussche H, Glaeske G, Hoffmann F (2012) Geriatrietypische Morbiditätsmuster und Pflegebedürftigkeit bei Patienten mit Demenz. *Psychiatr Prax* 39(5):222–227
- Borchert L, Rothgang H (2008) Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg) *Soziale Ungleichheit und Pflege*. VS, Wiesbaden, S 215–237
- Hajek A, Bretschneider C, Ernst A et al (2017) Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. *Gesundheitswesen* 79(2):73–79
- Hajek A, König HH (2016) Longitudinal predictors of functional impairment in older adults in Europe – evidence from the survey of health, ageing and retirement in Europe. *PLoS ONE* 11(1):e146967. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146967>
- Körper-Stiftung (2018) *Die Babyboomer gehen in Rente. Was das für die Kommune bedeutet*. Erstellt vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung
- Lund R, Nilsson CJ, Avlund K (2010) Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women. *Age Ageing* 39(3):319–326. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq020>
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Rott C, Wiloth S, Kramer B et al (2020) *Prävention statt Pflege*. G+G digital 06/2020
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012) *Wettbewerb an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012*
- Schneider A, Blüher S, Grittner U et al (2020) Is there an association between social determinants and care dependency risk? A multi-state model analysis of a longitudinal study. *Res Nurs Health* 43(3):230–240
- Schnitzer S (2020) *Die Bedeutung sozialer Determinanten für die Gesundheitsversorgung*. Habilitationsschrift. Charité, Berlin
- Schnitzer S, Blüher S, Teti A et al (2020) Risk profiles for care dependency: cross-sectional findings of a population-based cohort study in Germany. *J Aging Health* 32(5–6):352–360
- Schnitzer S, vd Knesebeck O, Kohler M, Peschke D, Kuhlmeier A, Schenk L (2015) How does age affect the care dependency risk in the first year after stroke? A study based on claims data from a German health insurance fund. *BMC Geriatr* 15:135. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0130-0>
- StataCorp (2017) *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC
- Statistisches Bundesamt (2009) *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorberechnung*. DeStatis, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2017) *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. DeStatis, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2020a) *Durchschnittliche weitere Lebenserwartung in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppen laut der Sterbetafel 2017/2019*. DeStatis, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2020b) *Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland im Zeitraum von 2007 bis 2050*. DeStatis, Wiesbaden
- Unger R, Giersiepen K, Windzio M (2015) *Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf*. *Koelner Z Soziol Sozialpsychol* 67(1):193–215
- Van den Bussche H, Heinen I, Koller D et al (2014) *Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit: Eine Untersuchung auf der Basis von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung*. *Z Gerontol Geriat* 47(5):403–409
- Wiedenmann K (2017) *Gesundheitssituation pflegebedürftiger Senioren und Seniorinnen in Privathaushalten*. Dissertation. Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg
- Williams R (2005) *Gologit2: A Program for Generalized Logistic Regression/Partial Proportional Odds Models for Ordinal Variables*. <http://www.nd.edu/~rwilliam/stata/gologit2.pdf>. Zugegriffen: 12. Mai 2005

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Familienbezogene Bedarflagen in Pflegesituationen

Katharina Graffmann-Weschke, Marina Otte und Anne Kempchen

Inhaltsverzeichnis

- 7.1 Herausforderung – 104**
 - 7.1.1 Lebensphasen in Familien und die unterschiedlichen Ursachen der Pflegebedürftigkeit – 104
 - 7.1.2 Externe Einflussfaktoren auf familiäre Pflegesituationen – 106
 - 7.1.3 Fülle der Entlastungsmöglichkeiten/Unterstützungsangebote – 107
 - 7.1.4 Wie kann Case Management bei Beratungsbedarfen helfen? – 107

- 7.2 Die Kunst der Bedarfserfassung – 108**
 - 7.2.1 Biographiesensible Pflegeberatung – 109
 - 7.2.2 Pflegeberatung für Kinder und Jugendliche – 111
 - 7.2.3 Methoden der Beratung: ProblemLösen in der Pflegeberatung (PLiP) – 112
 - 7.2.4 Netzwerkarbeit – 113

- 7.3 Zusammenfassung – 113**

- Literatur – 115**

■ Zusammenfassung

Durch das Case Management als Bestandteil der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI kann auf familienbezogene Bedarfslagen in besonderer Weise eingegangen werden. Die Betrachtung der individuellen Situationen, Herausforderungen und Bedarfe der einzelnen Familienmitglieder in der Pflegesituation erfolgt dabei über die Bewertung der beteiligten Generationen. Die Beeinflussung des Pflegealltags durch die Lebenssituation, die Ursachen der Pflegebedürftigkeit sowie weitere Faktoren werden dazu ebenso betrachtet wie die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Mitglieder der pflegenden Familie. Beispielhaft werden sensibilisierende Weiterbildungen für die Pflegeberatung vorgestellt und die Bedeutung von Netzwerken für individuelle Bedarfe in der familialen Pflegesituation veranschaulicht.

Case management as a component of care counselling in accordance with § 7a Book XI of the Social Code allows family-related needs to be addressed in a special way. The consideration of the individual situations, challenges and needs of the individual family members in the care situation is based on the evaluation of the generations involved. The article considers the influence of the life situation, the causes of the need for care and other factors on everyday care as well as the effects of the corona pandemic on the members of the family providing care. The authors present examples of awareness increasing further training for care counsellors and illustrate the importance of networks to meet the individual needs in the family care situation.

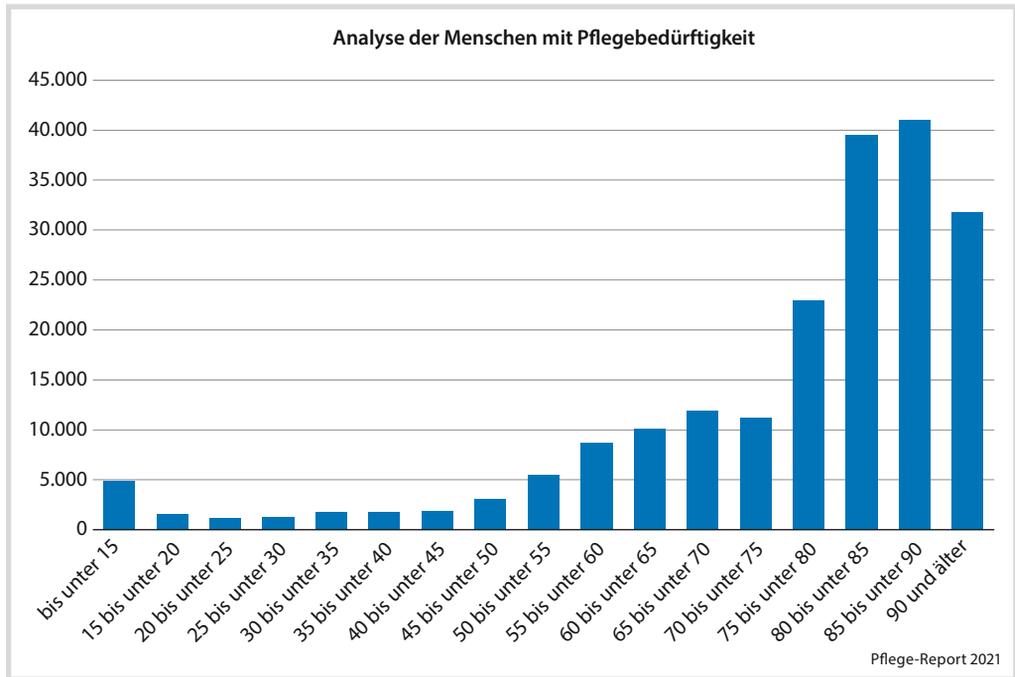
7.1 Herausforderung

7.1.1 Lebensphasen in Familien und die unterschiedlichen Ursachen der Pflegebedürftigkeit

Bei der Vorstellung eines komplexen Zahnradsystems wird deutlich, wie ein pflegebedürftiges Familienmitglied als einzelnes Rad durch Bewegungen und Veränderungen Einfluss auf die gesamte Familienstruktur ausüben kann. Diese Zusammenhänge, die enorme Komplexität und Bedeutung für alle Beteiligten haben, sollen aus den unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden.

In Familien gibt es die ältere Generation, die mit dem Thema Pflegebedürftigkeit direkt konfrontiert ist – ob als Menschen mit Pflegebedürftigkeit in einem Pflegeheim, als Menschen mit Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Versorgung oder als pflegende Angehörige. Die mittlere Generation hat hier die Aufgabe, sich um die ältere und die jüngere Generation zugleich zu kümmern. Ihre Rolle ist vielseitig, denn Zugehörige der mittleren Generation sind selbst Eltern, Kinder, pflegende Angehörige, Ehegatten, berufstätig und vieles mehr. Einige von ihnen erleben über ihre Berufstätigkeit die professionelle Pflege-Rolle. Die jüngste Generation, noch im Kindesalter, ist direkt oder indirekt mit dem Thema Pflege konfrontiert; sie erlebt und begleitet diese täglich mehr oder weniger aktiv. Ggf. sind sie Geschwisterkinder, die zu den 478.915 Kindern und Jugendlichen gehören, die im Alter von 10 bis 19 Jahren als pflegende Angehörige substanzielle pflegerische Aufgaben bei der Pflege und Versorgung in ihrer Familie übernehmen (Metzing 2018, S. 8). Die Mehrheit der Menschen mit Pflegebedürftigkeit ist allerdings älter, wie die aktuelle Auswertung der AOK Nordost veranschaulicht (■ Abb. 7.1)

Werden die einzelnen Familienmitglieder in ihren **Lebenssituationen** betrachtet, wird das Spektrum der Unterstützungsbedarfe ent-



■ **Abb. 7.1** Analyse der Menschen mit Pflegebedürftigkeit (Pflegekasse bei der AOK Nordost, Stichtag 31.12.2019)

sprechend der Lebenswelt, in der sie sich befinden, sichtbar, z. B. für die Kinder in der Schule, für die Eltern am Arbeitsplatz, für die Großeltern in der eigenen Wohnung.

Bedarfe entstehen auch durch die **Ursachen der Pflegebedürftigkeit**. Zu den häufigsten Ursachen zählen chronische Erkrankungen, Akutereignisse mit bleibenden Einschränkungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, demenzielle Erkrankungen, altersbedingte physische Einschränkungen oder Behinderungen (Hasseler und Görres 2010, S. 17). Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern sind so vielfältig (z. B. chronisch und schwerkranke Kinder, lebensverkürzend erkrankte oder behinderte Kinder) (Klie und Bruker 2016, S. 7), dass sie zu besonders heterogenen Unterstützungsbedarfen führen.

Andere Bedarfe von Familien entstehen durch **weitere Faktoren** der individuellen Lebenssituation (z. B. verheiratet, alleinlebend, diverse Lebensentwürfe), die Wohnsituation (z. B. Mehrfamilienhaus in einem Ballungs-

gebiet, Wohngemeinschaft, Einfamilienhaus) und Wohnorte (z. B. in einem Dorf oder in einer Stadt, in der Nähe oder weiter entfernt), biografische Hintergründe (z. B. Migrations-, Gewalt- oder auch Kriegserfahrungen), die Unterstützung durch Dritte (z. B. im Mehrgenerationenwohnen) und der Grad der sozialen Einbindung (z. B. in einem Freundeskreis, in einer Kirchengemeinde, durch Ehrenamt, Hobby oder Vereine).

Die **konkrete pflegerische Bedarfseinschätzung** erfolgt nach Antragstellung bei einer Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst mit der Prüfung, ob die Voraussetzung einer Pflegebedürftigkeit vorliegt (§ 18 SGB XI). Dabei steht die Selbstständigkeit in verschiedenen Lebensbereichen im Fokus. Die Ursache für eine Bedarfslage wird im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14 SGB XI) seit 2017 in den Lebensbereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung

und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen, Belastungen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte erfasst (für Erläuterungen hierzu siehe u. a. AOK-Bundesverband 2018). Deren Einschränkungen bestimmen die Festlegung zum aktuellen Bedarf an Unterstützung und die Zuordnung zum entsprechenden Pflegegrad.

7.1.2 Externe Einflussfaktoren auf familiäre Pflegesituationen

Auch **außerfamiliale Faktoren** wirken auf Familien, die zu zusätzlichen Belastungen, aber auch Entlastungen führen können. So werden die einzelnen Personen auch durch den medizinischen Fortschritt und die steigende Lebenserwartung beeinflusst. Damit im Zusammenhang stehen die steigende Zahl der Menschen mit Pflegebedürftigkeit und der möglicherweise längere Pflegebedarf; der Fachkräftemangel und regional zunehmend schwierigere Versorgungssituationen. Auch die zahlreichen Einflüsse und Veränderungen durch die Digitalisierung bringen Vor- und Nachteile für pflegende Familien mit sich (z. B. Informationsvermittlung, Sicherheit durch technische Assistenz, Videosprechstunden, digitales Lernen, Homeoffice). Digitale Gesundheitskompetenz hat dabei einen entscheidenden Einfluss auf das Finden, Bewerten und Umsetzen von Informationen (vgl. Graffmann-Weschke und Steinmann 2019, S. 28). Die Dynamik der Veränderungen und Möglichkeiten bis hin zu einem „Digitalisierungsschub“ (Rothgang und Wolf-Ostermann 2020, S. 37) haben insbesondere durch die Corona-Pandemie deutlich zugenommen. Die Kontaktbeschränkungen haben für völlig neue soziale und mediale Zusammenhänge gesorgt, „weil die Lebenswelten der Menschen in ungeahntem Ausmaß auf Medien verwiesen wurden“ (Barberi et al. 2020, S. 1).

Durch die Corona-Pandemie wird die gesamte Gesellschaft in ihrem Alltag existentiell

beeinflusst. Für Menschen mit Pflegebedürftigkeit führt sie z. B. auch zu einem erhöhten Mortalitätsrisiko (Rothgang und Wolf-Ostermann 2020, S. 8). Das in der Pflege berufstätige Familienmitglied wird täglich einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Die Arbeitssituationen in Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Pflege werden beeinflusst aufgrund von „zunehmenden Versorgungsaufwänden (u. a. durch Hygieneanforderungen) und gleichzeitigem Personalausfall, der auf eine auch zuvor schon prekäre Personalsituation trifft (...)“ (Rothgang und Wolf-Ostermann 2020, S. 10).

Die Bedeutung von pflegenden Angehörigen wird durch die Corona-Pandemie noch mal viel sichtbarer, denn in ihren Rollen sichern sie weiterhin die Versorgung von Familienangehörigen, ob alt, jung, krank oder pflegebedürftig. In Familien, in denen die Unterstützung der pflegebedürftigen Angehörigen in der eigenen Wohnung durch Arrangements mit Betreuungskräften erfolgte, die nicht mehr nach Deutschland einreisen konnten, mussten gemeinsam mit den Vermittlungsagenturen Lösungen für die Ganztagesbetreuung gefunden werden (vgl. Habel und Tschenker 2020). Menschen mit Pflegebedürftigkeit und ihre Angehörigen standen vor der Wahl, in welchem Umfang die Pflege weiter informell oder formell erbracht werden soll. Schon vor der Corona-Pandemie haben „ein Viertel der Hauptpflegepersonen insgesamt (...) und fast die Hälfte derjenigen, die zu Beginn der Pflege erwerbstätig waren (...), ihre Erwerbstätigkeit reduziert oder sogar aufgegeben“ (Rothgang und Müller 2019, S. 116). Und die Sorgen um die Familie, die Arbeitsplätze, Isolation und finanzielle Probleme belasten die Familien in der Corona-Pandemie deutlich mehr (vgl. Lorenz-Dant 2020). Teilweise wird die Entscheidung zur Übernahme von mehr Pflegeaufgaben auch zum Schutz der Familie getroffen (Rothgang und Wolf-Ostermann 2020, S. 31). Durch den Verlust der Erwerbstätigkeit und ggf. Kurzarbeit während der Corona-Pandemie gibt es möglicherweise auch mehr Zeit, weiteren Pflegebedarf

zu erkennen oder auch Pflege zu übernehmen.

7.1.3 Fülle der Entlastungsmöglichkeiten/Unterstützungsangebote

Die vielen möglichen Leistungsansprüche und Beratungsmöglichkeiten, die in mehreren Pflegereformen von 2008 bis 2018¹ eingeführt wurden, sind komplex, sodass die Inanspruchnahme ohne eine hochprofessionelle und zielorientierte Unterstützung fraglich erscheint. Ziel von professioneller Pflegeberatung muss es daher sein, die passenden Leistungen zu finden, zu kombinieren und aus den vielfältigen Versorgungsstrukturen das individuelle Angebot zusammenzustellen. Die meisten pflegenden Familien kennen zwar die zusätzlichen Unterstützungsangebote der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Mehrheit nutzt sie jedoch nicht (Schwinger et al. 2016, S. 199).

Familien in der Pflegesituation benötigen für Entscheidungssituationen immer wieder mehr oder weniger lange und in die Tiefe gehende Informationen und Beratungen. Das ganze Spektrum von einfachen „Informationen und Auskünften“, über „Beratung“ bis hin zum umfangreichen „Case Management“ ermöglicht der seit 2009 bestehende Rechtsanspruch nach § 7a SGB XI auf Pflegeberatung für Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung bereits erhalten oder beantragt haben und erkennbar Hilfe, Beratung oder Unterstützung benötigen. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird über die Pflegekassen oder in den Pflegestützpunkten nach § 7c SGB XI bereitgestellt. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) von 2008 wurde der Anspruch

auf eine umfassende individuelle Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements eingeführt, das durch das Case Management in der Pflegeberatung (der Qualifizierung und praktischen Umsetzungsmöglichkeit) fest etabliert wurde. Zur Erfüllung dieser Aufgabe wird gemeinsam mit der betroffenen Person und der Pflegeberaterin bzw. dem Pflegeberater ein sogenannter „Versorgungsplan“ erarbeitet, der eine aktuelle Bedarfsermittlung, die Maßnahmenplanung, Zielvereinbarung und Zielerreichung ermöglicht.

7.1.4 Wie kann Case Management bei Beratungsbedarfen helfen?

In den Pflegestützpunkten in Berlin wird das Case Management für die sogenannte „komplexe Beratung“ angewandt. „Die komplexe Beratung richtet sich an Ratsuchende mit umfassenden Problemlagen, mit geringem oder fehlendem Selbsthilfepotential und/oder mehreren Beteiligten. (...) In der komplexen Beratung findet die Methode des Case Management nach der aktuellen Definition des DGCC² (...) Anwendung“ (Pflegestützpunkte Berlin 2012). 2019 erhielten 39.000 Ratsuchende „Informationen und Auskünfte“, rund 31.000 Ratsuchenden wurde eine „Beratung“ ermöglicht und rund 1.000 Ratsuchende nahmen eine „komplexe Beratung“ in Anspruch. 2019 fanden dazu 4.496 Hausbesuche statt. Die am häufigsten Kontakt aufnehmenden Personen im Case Management sind mit 42 % Partner und Angehörige (vgl. Träger der Berliner Pflegestützpunkte 2021). Dies wird als Nachweis darauf bewertet, dass der Bedarf an den Beratungen sich nicht allein auf die Menschen mit Pflegebedürftigkeit, sondern ebenso auf deren Familie bezieht. Mit Inkrafttreten der Richtlinie über die einheitliche Durchführung der Pflegeberatung im Jahr 2018 erfolgt die Pflege-

1 Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG)), Inkrafttreten am 28.05.2008; Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I), Inkrafttreten am 01.01.2015; Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II), Inkrafttreten am 01.01.2016; Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III), Inkrafttreten am 01.01.2017.

2 Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management.

beratung auf Wunsch der anspruchsberechtigten Person auch gegenüber Angehörigen und weiteren Personen (vgl. GKV-Spitzenverband 2018a), was bis dahin nur in den Pflegestützpunkten vorgesehen war.

Die Bedarfe von Familien zeigen, dass die Herausforderung einer guten und zielführenden Unterstützung eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassungen der unterschiedlichen Beratungsansätze in der Pflegeberatung erforderlich machen. Die Pflegesituation in der Corona-Pandemie lässt erkennen, wie schnell Anpassungen an neue Bedarfe, Herausforderungen und Probleme notwendig sind. Mit den sich ändernden multifaktoriellen Rahmenbedingungen in den Wellen der Infektionszahlen durch das Virus SARS-CoV-2 muss in der Gesellschaft mit immer wieder neuen aktuellen Situationen umgegangen werden. Familien müssen intern und extern für eine stabile Pflegesituation flexibel und mit relativer Normalität reagieren können.

Während der ersten Welle der Corona-Pandemie ab März 2020 wurde die komplette Pflegeberatung der 74 Pflegestützpunkte in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern auf eine telefonische Beratung umgestellt. Die Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern erlebten in den ersten drei Quartalen 2020 rund 3.000 telefonische Kontakte mehr als in den ersten drei Quartalen 2019 (Pflegestützpunkte Mecklenburg-Vorpommern 2020). Es wurde sehr deutlich, dass im Notfall auch telefonische Beratungen zur Unterstützung eingefordert werden. Vor allem durch die Nähe und Zusammenarbeit in den Krisenstäben der Träger der Pflegestützpunkte (Pflegekassen, Krankenkassen, Kommunen, Senat in Berlin und Ministerien in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) konnten aktuelle gesetzliche Anpassungen zur Entlastung von Familien während der Corona-Pandemie, wie die Flexibilisierung bei Familienpflegezeit und Pflegezeit oder mehr Geld für Pflegehilfsmittel zur Unterstützung der häuslichen Pflege, zeitnah und direkt kommuniziert und in die Familien transportiert werden. Durch die en-

ge und stetige Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden der Pflegestützpunkte und den Trägern wurden die Nachfragen in den Pflegestützpunkten Seismograf für die Bedarfe und Versorgungslücken und nutzenbringend für die Einschätzung der sozialen Situation in der jeweiligen Region.

7.2 Die Kunst der Bedarfserfassung

Die Begriffe der „Pflegeberatung“ und auch des „Case Managements“ sind nicht geschützt. So gibt es in Deutschland kein einheitliches wissenschaftliches Verständnis und auch das Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung als Vorgabe für die „Leistungserbringung“ der Pflegeberatung nutzt den Begriff im Rahmen der Pflege heterogen, nicht nur im § 7a SGB XI, sondern z. B. auch im Zusammenhang mit dem § 37 „Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen“. Hier ist in Absatz 3 geregelt: „Pflegebedürftige, die Pflegegeld (...) beziehen, haben (...) eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit (...) abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.“

Zur Umsetzung der Pflegeberatung für Pflege- und Krankenkassen nach § 7a SGB XI gelten durch die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern seit 2008 (**Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes**) aber eindeutige und bindende Qualifizierungsvorgaben von 400 Unterrichtseinheiten (Sozialrecht, Pflege und Case Management), aufbauend auf eine Grundqualifizierung im Bereich der Sozial- und Heilpädagogik, Alten-, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege oder langjähriger Beratungserfahrung (vgl. GKV-Spitzenverband 2008).

Seit 2018 gibt es zudem konkrete Hilfestellungen für den gesetzlichen Auftrag durch die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (**Pflegeberatungs-Richtlinien**). Diese Richtlinien geben einheitliche Maßstäbe und Grundsätze für die Pflegeberatung vor, insbesondere für das Verfahren und die Inhalte der Pflegeberatung als Beratungsprozess (vgl. GKV-Spitzenverband 2018a).

Sowohl durch die Pflegeberatungs-Richtlinien wie auch durch die GKV-Empfehlungen wird berücksichtigt, dass nach § 7a SGB XI qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in ihrer Grundqualifizierung zum Case Management befähigt sind.

In der Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI von Februar 2020 wird auf die Qualifikationen der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und deren umfassende Weiterbildungsmöglichkeit in den Bereichen Pflegefachwissen, Fallmanagement und Recht eingegangen (Wolff et al. 2020, S. 16). Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in den Pflegekassen oder Pflegestützpunkten sind am häufigsten Sozialversicherungsfachangestellte (Wolff et al. 2020, S. 50), denen schwerpunktmäßig Case Management zugeordnet ist (Wolff et al. 2020, S. 66). In der Evaluation werden weitere breite Möglichkeiten der Weiterbildungen für Pflegeberaterinnen und Pflegeberater beschrieben. Diese Vielfalt, ermöglicht durch fehlende starre rechtliche Vorgaben zu Weiterbildungsmöglichkeiten, lässt eine flexible Gestaltung des Qualifikationsrahmens für die Pflegeberatung zu. Damit kann auf Bedarfe und Bedürfnisse der Familien individuell und regionsspezifisch eingegangen werden. Die ausführenden Pflegeberaterinnen und Pflegeberater können als Lotse des Systems bezeichnet werden, der hilft, die passende zielführende Unterstützung zu finden und deren Zugang zu erlangen.

7.2.1 Biographiesensible Pflegeberatung

Durch die Aktualisierung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes 2018 haben Pflegeberaterinnen und Pflegeberater (vgl. GKV-Spitzenverband 2018a) regelmäßig an themenspezifischen Weiterbildungen, die der Kompetenzerweiterung dienen, teilzunehmen. Um den vielen besonderen Unterstützungsbedarfen in der Beratung Rechnung zu tragen, werden deshalb zunehmend Weiterbildungen zu speziellen Themen bereitgestellt (z. B. zur Kultursensiblen Pflegeberatung/Vielfalt, Suchtsensiblen Pflegeberatung, zur Zielgruppe der Familien mit pflegebedürftigen Kindern) und Methoden zur Beratung weiterentwickelt (z. B. ProblemLösen in der Pflegeberatung (PLiP)), die an dieser Stelle beispielhaft und in ihrem bedarfsorientierten Aufbau vorgestellt werden sollen.

Allen hier beschriebenen Weiterbildungen ist gemeinsam, dass jede einzelne zur weiteren Professionalisierung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater beiträgt. Sie sollen nicht zur Übernahme noch weiterer Beratungsaufgaben als zusätzliche Aufgaben beitragen, sondern durch Sensibilisierung den Blick und das Verständnis auf ausgewählte Bedarfe ausweiten, die Ansprache zu besonderen Themen individuell ausgerichtet professionalisieren und dann, wenn tiefer gehende Beratung notwendig ist, zu weiteren speziellen Beratungsstellen (z. B. der Suchtberatung) lotsen, um ggf. gemeinsam tätig zu werden.

■ Kultursensible Pflegeberatung und Vielfalt

Weiterbildungen zur Kultursensiblen Pflegeberatung mit Zusatzmodulen zu Menschen mit Demenz und bei Menschen am Lebensende sowie zur Vielfalt in der Pflege ermöglichen die Auseinandersetzung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater mit den unterschiedlichsten notwendigen Perspektiven. Für sie bedeutet die Beschäftigung mit Kultursensibilität, „sich mit der eigenen Kultur und Kul-

turidentität auseinanderzusetzen, eigene Werte und Normen zu reflektieren und zu lernen, persönliche Sichtweisen und Annahmen differenziert zu hinterfragen. Eine kultursensible Pflegeberatung ist eine biographiesensible Beratung, wobei alle Biographien individuell verschieden sind. Ziel ist es, den vielfältigen Lebensentwürfen, denen man in der Beratung begegnet, gerecht zu werden. Personen mit einem Migrationshintergrund sind keine homogene Gruppe, es ist daher weder möglich noch nötig, eine Expertise jeder Kultur zu erwerben.“ (Schmidt-Pabst und Graffmann-Weschke 2019, S. 1)

7 Für Familien mit Migrationserfahrung ist neben der Hürde in der Verständigung in unterschiedlichen Sprachen das gegenseitige kulturelle Verständnis für eine Pflegesituation unerlässlich. Als Hürde vor den Zugängen zu Hilfesystemen steht der Zugang zur Pflegeberatung. Das Projekt der Interkulturellen BrückenbauerInnen in der Pflege (IBIP) ermöglicht hier seit Jahren in enger Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten in Berlin niedrigschwellige Ansprache und Begleitung (vgl. GKV-Spitzenverband 2018b). Sprach- und Kulturmittlerinnen und Kulturmittler begleiten dabei Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegestützpunkte wie auch den Medizinischen Dienst bei der Pflegebegutachtung und vermitteln durch ihre Kenntnisse zwischen Beratungsstrukturen, Pflegeeinrichtungen und Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Migrationshintergrund und deren Angehörigen. Auch beim entsprechenden Case Management spielt es eine große Rolle, Angebote und Dienstleister sprach- und kultursensibel zu vermitteln, wie das folgende Beispiel zeigen soll: Eine Tochter wandte sich mit der Bitte um Hilfe für ihre pflegebedürftige Mutter an eine Brückenbauerin, die den Kontakt zu dem Pflegestützpunkt im Bezirk herstellte. Die Mutter selbst, erkrankt mit einer lebensverkürzenden onkologischen Diagnose, lehnt bisher professionelle Hilfe ab. Die Mutter ist als junge Frau aus der Türkei nach Deutschland gezogen. Sie hat ihr Leben stets auf ihre vier Kinder ausgerichtet. Ihr kulturell geprägtes Bild von Familie bedeutet, dass sie

die Versorgung ausschließlich durch die Familie erwartet. Die häusliche Versorgung und Begleitung allein durch die Familie ist aber nur begrenzt möglich. Durch die Brückenbauerin wurde ein kultursensibles Case Management möglich, sodass bei der Planung von Maßnahmen und Zielen die biographiespezifischen Bedarfe berücksichtigt werden konnten. Durch die Vernetzung der Pflegeberaterin des Pflegestützpunktes und der Brückenbauerin konnten Dienstleister entsprechend ihrer Sprachkompetenz ausgewählt werden, mit denen die Mutter einverstanden ist. Ein palliativ behandelnder Onkologe, ein türkischer Pflegedienst und ein interkultureller Hospiz- und Palliativdienst versorgen die Mutter und gehen kultur- und sprachsensibel auf ihre Wünsche und Bedarfe ein. In Situationen, in denen es für deutsche Fachbegriffe keine passende wörtliche Übersetzung gibt, lassen sich in der Muttersprache Zusammenhänge erklären und so können Gespräche und die Versorgung bedarfsgerecht und in Übereinstimmung aller Beteiligten ermöglicht werden.

Biographiesensible Beratungs- und Versorgungsbedarfe für die Pflegesituation der älter werdenden Generation entstehen z. B. durch Migration, aber auch durch die Vielfalt von Lebensentwürfen, wie sie vor allem in Großstädten wie Berlin häufiger gelebt werden. So ergeben sich in den Pflegestützpunkten auch Bedarfe, die sich z. B. auf spezifische Fragen zu Sexualität und Geschlecht im Alter und bei Pflegebedürftigkeit beziehen, wie beispielsweise nach weltoffenen, toleranten Pflegeeinrichtungen oder Sexualtherapeuten. Eine entsprechende Weiterbildung zum Thema Vielfalt und LSBTI³ wurde deshalb durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung der Stadt Berlin, die Fachstelle für pflegende Angehörige, dem Sprecher*innenrat der Berliner Pflegestützpunkte, die Schwulenberatung Berlin und RuT – Rat

3 „LSBTI* ... ist die Abkürzung für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans* und Inter*. Lesben, Schwule und Bisexuelle fallen in das Spektrum sexueller Vielfalt. Trans* und Inter* in das Spektrum geschlechtliche Vielfalt.“ (Schwulenberatung Berlin 2020, S. 6).

und Tat: Offene Initiative Lesbischer Frauen e. V. in Berlin-Neukölln für alle Mitarbeitenden der Berliner Pflegestützpunkte entwickelt und durchgeführt.

■ Suchtsensible Pflegeberatung

Die Weiterbildung zur Suchtsensiblen Pflegeberatung war 2017 eins der ersten deutschlandweiten Angebote speziell für Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Kranken-/Pflegekassen und Pflegestützpunkte, welche die Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH durch eine Multiplikatorenschulung für Fachstellen der Suchtprävention aller Bundesländer und der Schweiz ermöglicht hat. Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Bedeutung von Sucht im Alter bestärkten dabei die Bedarfe aus der Beratung, auch schambesetzte Tabuthemen professioneller ansprechen zu können und einer „stärkeren Orientierung an individuellen Beratungsinhalten“ (Jüngling et al. 2020, S. 3) für die Pflegeberatung den Weg zu bereiten.

Aufbauend auf die 400-stündige Qualifizierung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist das Thema Sucht ein besonderes Beispiel dafür, welche Facetten sich in Weiterbildungen für Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ergeben. In einer Arbeitssituation einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters z. B. in einem Pflegestützpunkt kann das Thema beispielsweise einen Menschen mit Pflegebedürftigkeit betreffen (z. B. durch die Einnahme von regelmäßig 20 Medikamenten täglich), Familienangehörige in einer Überlastungssituation (z. B. zu Schlafmitteln bei Schlafstörungen), professionelle Pflegefachpersonen des ambulanten Pflegedienstes oder in einer Pflegeeinrichtung (z. B. zum Umgang mit der Bereitstellung von Alkohol, das Bier oder der Wein am Abend), im eigenen Familienumfeld (z. B. der drogenabhängige Neffe) und im Arbeitskontext (z. B. die Kollegin mit regelmäßigem Alkoholgeruch). Um daraus einen Handlungsbedarf zu erkennen, eine professionelle Ansprache zu ermöglichen und Lösungen herbeizuführen, hat die Weiterbildung den Anspruch, auch die eigene Einstellung zum Konsum von z. B. Alkohol oder Medikamenten zu überdenken.

Zudem ist Wissen im Kontext von Sucht im Alter und in der Pflege zu erlangen, zu dem beispielsweise gehört, dass der Alkoholkonsum von Menschen im Alter sinkt (Weyer et al. 2006) und Polypharmazie im Alter zunimmt (ABDA 2020). Aufbauend auf die Erkenntnisse von Abhängigkeitsentwicklungen im Alter werden die Chancen der motivierenden Kurzintervention für die Pflegeberatung geübt, um Lösungen für die Betroffenen ggf. gemeinsam mit den entsprechenden Suchtberatungsstellen in den Bundesländern anzubahnen.

7.2.2 Pflegeberatung für Kinder und Jugendliche

Es gibt Kinder mit eigenem anerkannten Pflegebedarf und Geschwister, die in ihrer Familie eine Pflegesituation, z. B. von Bruder oder Schwester oder Großeltern, begleiten. Eine Pflegeberatung muss dann auch Kompetenzen zu den besonders heterogenen Beratungsbedarfen von Familien mit pflegebedürftigen Kindern haben und sensibilisiert sein für Kinder und Jugendliche mit Pflegebeteiligung.

Die Unterschiede in der Beratung bei Themen der jüngeren Generation gegenüber den Maßnahmen zu erwachsenen Menschen mit Pflegebedürftigkeit beziehen sich dabei u. a. auf die Lebenssituation, die Auswirkungen auf andere Familienmitglieder und die Anforderungen an ein Netzwerk. Bei pflegebedürftigen Erwachsenen beinhalten die Gespräche der Pflegeberatung die Sorge, Begleitung und Unterstützung für eine Lebensphase, die viele Jahre dauern kann, in der Regel im Bedarf fortschreitet und mit dem Tod endet. In dieser Zeit geht es darum, Lebensqualität in der letzten Lebensphase zu ermöglichen. Bei Familien mit hilfe- und pflegebedürftigen Kindern besteht Beratungsbedarf aufgrund der Notwendigkeit, viele weitere Akteure einzubeziehen, um eine weiterreichende Versorgung mit einer gewissen Normalität für alle Familienangehörigen zu ermöglichen, z. B. auch durch den Besuch eines Kindergartens und von Schulen.

Familien mit pflegebedürftigen Kindern sind finanziell, körperlich und psychisch stark belastet. Wenn die Ursachen des Pflegebedarfs in einer Erkrankung liegen, werden lediglich 50 % der Eltern zeitnah über die Erkrankung ihres Kindes und die Konsequenzen informiert. Unterstützung in Hinblick auf die psychischen Belastungen erhalten nur ein Viertel aller betroffenen Familien und auch auf allgemeine Hilfen und Hilfsangebote wird häufig nicht hingewiesen. Für diese Situation wünschen sich die Familien einen verlässlichen und kundigen Lotsen und eine einzige Anlaufstelle für ihre Beratungsbedarfe. Durch den hohen Betreuungsbedarf nehmen die Eltern auch berufliche Einschränkungen in Kauf, die zu finanziellen Einbußen führen können. (vgl. Kofahl und Lüdecke 2014, S. 10 ff.)

In der Situation der Pflege von Kindern hat die Organisation von informellen Informationen durch Zusammenschlüsse im Rahmen von Selbsthilfegruppen eine besondere Bedeutung. Damit wird zum Teil aufgefangen, dass die Familien sich durch ein fehlendes Schnittstellenmanagement in ihrer Situation allein gelassen fühlen (vgl. Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015, S. 27 ff.).

Die Berücksichtigung der besonderen Bedarfe der Familien, in denen Kinder und Jugendliche aus den unterschiedlichsten Gründen gepflegt werden, erfolgt in einer einwöchigen Qualifizierung für Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Sie wurde aufbauend auf dem Niveau des Case Managements der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC) entwickelt und berücksichtigt Erfahrungen zu den „frühen Hilfen“, den „Kinderbeauftragten“ der Berliner Pflegestützpunkte und der Selbsthilfe. Auch die Bedarfe von „jungen Pflegenden“, der Kinder und Jugendlichen, die beispielsweise als Geschwisterkinder in die Pflegesituation mit einbezogen sind, werden darin berücksichtigt. In Ergänzung zur Sensibilisierung auf Unterstützungs- und Beratungsbedarfe werden dabei Verantwortlichkeiten in Netzwerken aufgezeigt und zum Aufbau eines tragfähigen Netzes ermutigt, das die Themenkomplexe der Bildung (Kita, Schule),

Jugendhilfe und psychologischen Betreuung beinhaltet. Ein besonderer Fokus liegt auch auf der Partizipation der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen und auf dem Übergang in die Erwachsenenversorgung, die Transition, wozu weitere Akteure in die Vernetzung einbezogen werden (vgl. Zoller und Graffmann-Weschke 2020).

7.2.3 Methoden der Beratung: ProblemLösen in der Pflegeberatung (PLiP)

Die Methoden, die im Rahmen des Case Managements der Pflegeberatung angewendet werden, entwickeln sich ständig weiter. Gerade in Bezug auf Familien und die Tatsache, dass im Rahmen des Case Managements in der Regel unterschiedliche Angehörige eingebunden sind, soll als Beispiel das Assessment ProblemLösen in der Pflegeberatung vorgestellt werden. Dieses wurde im Rahmen zweier vom GKV-Spitzenverband nach § 8 Abs. 3 SGB XI geförderter Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sowie weiterer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderter Studien entwickelt (GKV Spitzenverband 2018c). PLiP unterstützt pflegende Angehörige dabei, mit den Herausforderungen bei der Pflege des pflegebedürftigen Angehörigen umzugehen. Auch die Pflegeberatungs-Richtlinie erwähnt diese Assessmentmethode bei der Beratung von pflegenden Angehörigen.

Bei dieser Methode stehen die pflegenden Angehörigen in Bezug auf die Bedarfe des Menschen mit Pflegebedürftigkeit im Mittelpunkt. Sie betrachten mit den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern u. a. anhand eines Kartensets ihre Probleme und Ressourcen und entscheiden, ob und was sie in der aktuellen Pflegesituation ändern wollen. Mit dieser Methode werden die Angehörigen besonders dabei unterstützt, eigene Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Dadurch können insbesondere belastende Situationen für die Angehöri-

gen identifiziert, minimiert oder sogar behoben werden. In den dabei geführten Gesprächen kommen vor allem auch präventive, die körperliche oder psychische Gesundheit stärkende Maßnahmen zur Anwendung. Zur Durchführung dieser Methode ist eine entsprechende Weiterbildung notwendig, in der ein besonderes Augenmerk auf die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater selbst einschließlich deren Supervision gelegt wird (vgl. Pfeiffer et al. 2017).

7.2.4 Netzwerkarbeit

Die Voraussetzung für ein Case Management in der Pflegeberatung beruht auf der Kenntnis und dem Kontakt zu regionalen Angeboten der Prävention, Unterstützung und Entlastung für die Pflege und darüber hinaus. Insbesondere bei den Pflegestützpunkten, die als regionale neutrale Beratungsstellen auch den gesetzlichen Auftrag zur Netzwerkarbeit nach § 7c SGB XI haben, wird die Bedeutung einer Zusammenarbeit aller Beteiligten vor Ort sichtbar. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können dadurch einen passenden Versorgungs-Mix anbieten, der z. B. auch über kostenpflichtige Leistungen der Pflegeversicherung hinausgeht. Beispielsweise können so eine Tagespflege für Menschen mit Demenz, eine Nachbarschaftshilfe für das Einkaufen, die Spaziergangsgruppe der Kirchengemeinde und die Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige des Landkreises kombiniert werden.

Der in einer Pflegeberatung erstellte Hilfe- bzw. Versorgungsplan legt vereinbarte Maßnahmen und Ziele fest. Die Ziele werden darauf aufbauend durch die Zusammenarbeit im Netzwerk erreicht. Jeder individuelle Fall erfordert unterschiedliche und vielfältige Netzwerkpartner. Zusätzlich zu den gängigen Partnern wie Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken, ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeheimen, Anbietern in der Essensversorgung, Tagespflegen, spezialisier-

ten Beratungspartnern (z. B. die Alzheimer Gesellschaften) muss in manchen Fällen das Netzwerk erweitert werden.

Für die Unterstützung von Familien mit pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen könnten z. B. spezialisierte Kinderpflegedienste, regionale Jugendämter, der Sozialpädiatrische Dienst sowie die Zusammenarbeit mit Schulberatern und -psychologen notwendig sein.

Bei Familien mit Gewaltproblematiken in der Pflegesituation ist die Einbindung und Zusammenarbeit mit spezialisierter Beratung wie z. B. den Beratungsstellen „Pflege in Not“, die in einzelnen Bundesländern vertreten sind, für alle Beteiligten, die Betroffenen wie auch die Beraterinnen und Berater hilfreich.

Bei dieser Aufzählung wird bereits deutlich, dass Netzwerkarbeit auf die Region, in welcher der Fall auftritt, fokussiert. Dazu nutzen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im Alltag z. B. Netzwerkkarten, die individuell angepasst werden (■ Abb. 7.2).

In der Zusammenarbeit der Partner ist die Intensität fallabhängig. In den meisten Situationen bleibt es bei einer einfachen Kommunikation, z. B. der Vermittlung zu einer Sprechstunde der Alzheimer Gesellschaft. Andere Situationen erfordern eine aktivere Moderation der Situation. Dabei können sich auch regelmäßige Fallkonferenzen zwischen allen Beteiligten entwickeln, in denen die Situation gemeinsam beraten wird.

7.3 Zusammenfassung

Durch das Case Management als Bestandteil der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI kann auf familienbezogene Bedarfslagen in besonderer Weise eingegangen werden. Die Betrachtung der Situationen, Herausforderungen und Bedarfe der einzelnen Familienmitglieder in der Pflegesituation erfolgt dabei über die Bedarfe der unterschiedlichen beteiligten Generationen. Die Beeinflussung des Pflegealltags durch die Lebenssituation, die Ursachen der Pflege-

Beispiel: Netzwerkkarte Pflegestützpunkt	
Pflege/Versorger	Behandler
Pflegende Angehörige, Nachbarn, Freunde Pflegedienst/häusliche Krankenpflege Niedrigschwellige Betreuungsangebote Tagespflegeeinrichtungen Spezialisierter ambulante Palliativpflegedienst (SAPV Pflegedienst) Nachbarschaftshilfe Kurzzeitpflege/Stationäre Pflegeeinrichtungen Fahrbarer Mittagstisch Sanitätshäuser Haushaltsnahe Dienstleister Mobilitätshilfedienste	Ärztinnen und Ärzte/ SAPV-/ Palliativärztinnen und Palliativärzte Psychologinnen und Psychologen/Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Krankenhaus-Sozialdienste Gedächtnissprechstunde Psychiatrische Institutsambulanzen Therapeuten-Physiotherapeuten, Ergotherapeuten/Logopäden Medizinische Fußpflege
Kostenträger/Entscheider	Beratung/Kontakt
Krankenversicherung/Pflegeversicherung Bezirksamt/Landkreis Gesundheitsamt Jugendamt Amtsgericht/Betreuungsbehörde	Betreuungsverein-Beratung/Weiterbildung ehrenamtlicher Betreuer Spezialisierte Beratungsstellen-Demenz Pflege in Not Krisendienst Sozialpsychiatrischer Dienst Selbsthilfe Kieztreff/Nachbarschaftshaus

Pflege-Report 2021

■ **Abb. 7.2** Netzwerkkarte für den Pflegestützpunkt (Pflegeberatung der AOK Nordost)

bedürftigkeit sowie weiterer Faktoren werden dazu ebenso einbezogen wie die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Mitglieder der pflegenden Familie.

Um die vielfältigen gesetzlichen Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten wie auch regionale Angebote, z. B. aus der Selbsthilfe, der Familie adäquat und passgenau näherzubringen, erhalten die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Krankenkassen, Pflegekassen und Pflegestützpunkte eine 400-stündige Qualifizierung und nach den Vorgaben der Pflegeberatungs-Richtlinie seit 2018 auch bedarfsgerechte Weiterbildungen.

Diese tragen dazu bei, dass das multiprofessionelle Talent – Pflegeberatung mit Case

Management – zunehmend sensibilisiert, geschärft in den eigenen Einstellungen und professioneller wird. Anhand von Beispielen werden die Kompetenzentwicklung der Beraterinnen und Berater für biographiesensible Beratungen, die besonderen Anforderungen für die Beratung zu pflegebedürftigen Kindern und die Beratungsmethode ProblemLösen in der Pflegeberatung (PLiP) erläutert. Den jeweiligen Fall mit seiner Bedarfslage sowie seinen unterschiedlichen Herausforderungen zu analysieren, die richtigen Ziele und Maßnahmen zu definieren und mit Hilfe von Netzwerken zu begleiten erfordert Qualifikation, Erfahrung und Engagement. Die Kunst der Bedarfserfassung will gelernt und geübt sein.

Literatur

- ABDA (Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker) (Hrsg) (2020) ABDA-Faktenblatt-Polymedikation
- AOK-Bundesverband (2018) Pflege neu verhandeln. Das umfassendere Verständnis von Pflegebedürftigkeit im Pflegealltag leben. AOK-Bundesverband, Berlin
- Barberi A, Grünberger N, Schmölz A (2020) Editorial 2/2020 Nähe(n) und Distanz(en) in Zeiten der COVID-19-Krise. Medienimpulse 58(2):1–20. <https://doi.org/10.21243/mi-02-20-32>
- Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015) Maßnahmenplan pflegende Angehörige. Weiterentwicklung des Berliner Unterstützungssystems. Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin
- GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2008in) Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der jeweiligen aktualisierten Fassung
- GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2018a) Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 07. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien)
- GKV-Spitzenverband (2018b) Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Abgeschlossene Modellvorhaben. IBIP – Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege
- Spitzenverband GKV (2018c) Problemlösen in der Pflegeberatung – ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 14
- Graffmann-Weschke K, Steinmann (2019) Digitale Gesundheitskompetenz: Eine Bedarfsermittlung bei Versicherten der AOK Nordost. In: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (Hrsg) 2. Internationales Symposium, Gesundheitskompetenz – Forschung, Praxis, Politik, 2./3. Mai 2019, Abstractband. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften & Fakultät für Erziehungswissenschaft, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, Bielefeld, S 28–29
- Habel S, Tschenker T (2020) Stay At Work. Zur Situation der Live-In-Pflege in der Corona-Krise. Soziale Sicherh 6:215–219
- Hasseler M, Görres S (2010) Was Pflegebedürftige wirklich brauchen ... Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Schlütersche, Hannover
- Jüngling K, Schmidt A, Graffmann-Weschke K (2020) Suchtsensible Pflegeberatung. Suchtgefährdung erkennen und professionell intervenieren, 2. Aufl. Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, Berlin
- Klie T, Bruker C (2016) Versorgungskoordination bei Familien mit schwer und lebensverkürzend erkrankten Kindern – Expertise. Institut für angewandte Sozialforschung an der Ev. Hochschule Freiburg, Freiburg
- Kofahl C, Lüdecke D (2014) Familie im Fokus – Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. AOK Bundesverband, Berlin
- Lorenz-Dant K (2020) International examples of measures to support unpaid carers during the COVID-19 pandemic. International Long Term Care Policy Network (Itcovid.org)
- Metzing S (2018) Abschlussbericht zum Projekt „Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige“. Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft, Witten
- Pfeiffer K, Hautzinger M, Patak M et al (2017) Problem-solving in caregiver-counselling (PLiP Study): study protocol of a cluster randomized pragmatic trial. BMC Geriatr 17(64)
- Pflegestützpunkte Berlin – AG Qualität der Pflegestützpunkte Berlin (2012) Modul komplexe Beratung zu den Qualitätsstandards. Beratung nach § 7c SGB XI einschließlich soziale Beratung und Pflegeberatung § 7a SGB XI in den Pflegestützpunkten Berlin. Unveröffentlichte Quelle
- Pflegestützpunkte Mecklenburg-Vorpommern (2020) Pflegeberatung zum Stichtag 1. Okt. 2020 in den Pflegestützpunkten Mecklenburg-Vorpommern. Unveröffentlichte Quelle
- Rothgang H, Müller R (2019) Barmer-Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. zweiband.media, Berlin
- Rothgang H, Wolf-Ostermann K (2020) Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im erwerbstätigen Alter
- Schmidt-Pabst E, Graffmann-Weschke K (2019) Kultursensibel Pflegeberatung für Sozial- und Pflegeberaterinnen und -berater der Kranken-/Pflegekassen und Pflegestützpunkte. Berlin. Unveröffentlichte Quelle
- Schwinger A, Tsiasioti C, Klauber J (2016) Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege Report 2016. Schattauer, Stuttgart, S 189–216
- Schwulenberatung Berlin gGmbH (2020) Weil ich so bin, wie ich bin. Vielfalt in der Pflege. Ein Praxis-Leitfaden für stationäre und ambulante Dienste. Schwulenberatung Berlin gGmbH, Berlin
- Träger der Berliner Pflegestützpunkte (2021) Statistik der Berliner Pflegestützpunkte für das Jahr 2019. Unveröffentlichte Quelle

- Weyer S, Schäufele M, Hendlmeier I (2006) Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenpflegeheimen. Repräsentative Ergebnisse aus der Stadt Mannheim. *Z Gerontopsychologie -psychiatrie* 19(4):229–235
- Wolff JK, Pflug C, Rellecke J, Rieckhoff S, Dehl T, Nolting H-D (2020) Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI. IGES Institut im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Berlin
- Zoller E, Graffmann-Weschke K (2020) Curriculum Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche für Pflegeberaterinnen und -berater der Kranken-/Pflegekassen und Pflegestützpunkte. Berlin. <https://pflegeakademie.aok.de/uploads/news/documents/Curriculum-Pflegeberatung-Kinder.pdf>. (Zugegriffen: 22. März 2021)

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Neue Wohnformen für Pflegebedürftige – Mehrwert oder bloß Mehraufwand?

Ursula Kremer-Preiß, Jakob Maetzel und Gwendolyn Huschik

Inhaltsverzeichnis

- 8.1 Neue Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige – Innovationen zwischen Heim und Häuslichkeit – 119**
 - 8.1.1 Wozu werden neue Wohn- und Versorgungsformen gebraucht? – 119
 - 8.1.2 Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer an neue Wohnformen – 120
 - 8.1.3 Was ist das Neue an neuen Wohn- und Versorgungsformen? – 120

- 8.2 Neue Wohn- und Versorgungsformen in der Praxis – 121**
 - 8.2.1 Spektrum der Konzepte – 121
 - 8.2.2 Leistungsangebot, Personal und Bewohnerschaft – 122
 - 8.2.3 Kosten und Finanzierung – 123

- 8.3 Neue Wohn- und Versorgungsformen aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer – 124**

- 8.4 Herausforderungen bei der Umsetzung meistern – 124**
 - 8.4.1 Nutzerorientierung wahren – 125
 - 8.4.2 Versorgungssicherheit gewährleisten – 125

8.5 Einige Rahmenbedingungen zur Verbreitung neuer Wohnformen – 126

8.5.1 Koordination und Kooperation – 126

8.5.2 Leistungsrechtliche Regelungen – 127

8.6 Bilanz: Mehrwert oder nur Mehraufwand? – 128

■ Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren hat sich ein breites Spektrum an „neuen“ – vor allem ambulanten – Wohn- und Versorgungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige entwickelt. Dieser Ausbau wurde durch Pflege- und Heimgesetzgebung sowie entsprechende Förderangebote gezielt gefördert. Kontrovers wird mittlerweile in der Fachwelt diskutiert, ob diese sogenannten „neuen Wohn- und Versorgungsformen“ nur einen Mehraufwand gegenüber anderen Wohn- und Versorgungskonzepten bedeuten, etwa weil sie mehr Kosten und einen höheren Organisationsaufwand in der Umsetzung bedingen, oder ob sie tatsächlich einen Mehrwert generieren, indem sie den Bewohnerinnen und Bewohnern entsprechend mehr Lebensqualität bieten.

Im Rahmen des vom GKV-Spitzenverband 2012 initiierten Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI wurden erstmals umfassend die vielfältigen Erfahrungen, die bei der Umsetzung und Verbreitung solcher neuen Wohn- und Versorgungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige gewonnen wurden, wissenschaftlich untersucht. Von Januar 2015 bis März 2018 wurden im Rahmen des Modellprogramms 53 ausgewählte Projekte unterschiedlicher Wohnformen vom GKV-Spitzenverband gefördert bzw. in die Evaluation einbezogen. Die Evaluation wurde vom Kuratorium Deutsche Altershilfe und der Prognos AG durchgeführt. Ausgewählte Ergebnisse hierzu werden in diesem Artikel vorgestellt.

In recent years, a broad spectrum of „new“ – mainly outpatient – housing and care options for people in need of care has developed. This expansion has been specifically promoted by care and nursing home legislation as well as corresponding funding programmes. Among experts, however, there is a controversial discussion as to whether these so-called „new forms of housing and care“ are only an additional expense compared to other housing and care concepts as they might require more costs and a higher organisational effort in their im-

plementation. On the other hand, they might actually generate benefit by offering the residents a higher quality of life.

Within the framework of the model programme for the further development of new forms of living according to § 45f Book XI of the Social Code initiated by the GKV-Spitzenverband in 2012, the diverse experiences gained in the implementation and dissemination of such new living and care options for people in need of long-term care were scientifically analysed for the first time in a comprehensive manner. From January 2015 to March 2018, 53 selected projects of different forms of living were funded by the GKV-Spitzenverband or included in the evaluation within the framework of the model programme. The evaluation was conducted by the Kuratorium Deutsche Altershilfe and Prognos AG. Selected results are presented in this article.

8.1 Neue Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige – Innovationen zwischen Heim und Häuslichkeit

8.1.1 Wozu werden neue Wohn- und Versorgungsformen gebraucht?

Der Bedarf an auf die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen zugeschnittenen Wohn- und Versorgungsangeboten wächst nicht nur seit vielen Jahren, er verändert sich auch kontinuierlich. Viele Einflussfaktoren machen sich hier bemerkbar: Veränderungen in den sozialen Netzwerk-Beziehungen einschließlich der Familien, bei den Wohnpräferenzen, den fachlichen Standards und den personellen und finanziellen Ressourcen für die Versorgung. Um ein bedarfsdeckendes und diesen vielfältigen Bedürfnissen gerecht werdendes Angebot bereitzustellen, müssen bestehende Wohn- und

Versorgungsformen weiter- oder neue Wohn- und Versorgungsformen entwickelt werden.

Nicht immer lassen sich Wohn- und Versorgungsangebote, die den Bedürfnissen von Menschen entsprechen, unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen oder mit verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen umsetzen. Teilweise ist auch nicht offensichtlich, ob bestimmte Wohnformen wirklich die Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer erfüllen. Genau hier setzt das Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI an. Es zielt darauf, wissenschaftlich gestützte Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen als Modelle guter Praxis zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren.

Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Prognos AG war die Beantwortung der Fragen, ob und in welchem Ausmaß die erprobten Wohnformen die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner erfüllen, allgemeine Qualitätsanforderungen umsetzen und sowohl für die Bewohnerinnen und Bewohner als auch für die Leistungsanbieter und Leistungsträger wirtschaftlich tragfähig sind. Untersucht wurden das Leistungsprofil, die Finanzierung, die Personalausstattung sowie die genutzten Organisations- und Kooperationsmodelle. Zudem wurde aufgezeigt, an welchen Stellen die erprobten Wohnformen veränderter Rahmenbedingungen bedürfen, um nachhaltig zu sein und eine größere Verbreitung zu finden.

8.1.2 Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer an neue Wohnformen

Um zu eruieren, ob solche neuen Wohnformen auch tatsächlich einen Mehrwert für die Bewohnerschaft generieren, wurden durch die wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms die Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer an die neuen Wohnformen erfasst und anschließend mit den tatsächlichen Erfahrun-

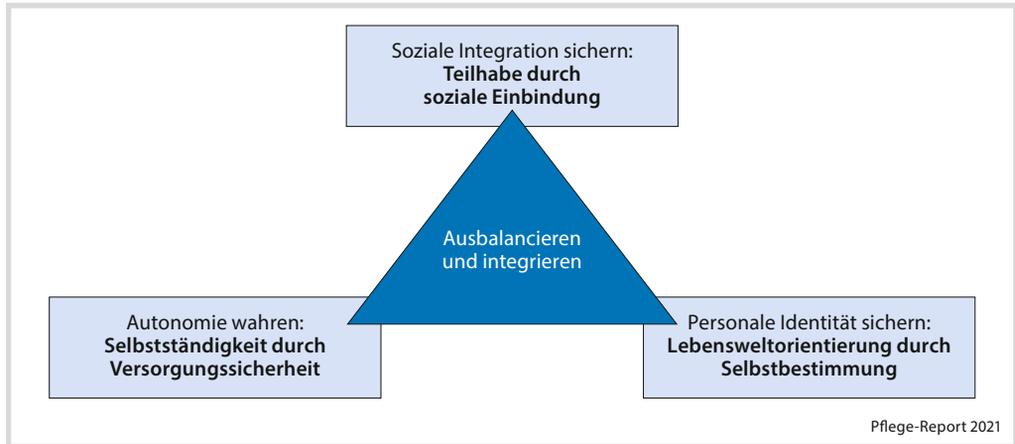
gen bei der Umsetzung verglichen. Zusammenfassend lassen sich drei große Erwartungsfelder ausmachen:

- **Wahrung der Autonomie:** Auch bei Pflegebedarf sollte man möglichst selbstständig wohnen und leben können, indem man bei Beeinträchtigung der Selbstständigkeit am Bedarf orientierte, qualifizierte Unterstützung und umfassende Versorgungssicherheit erhält.
- **Sicherung der personalen Identität:** Auch bei Pflegebedarf sollte man seine individuellen Wünsche umsetzen und persönliche Gewohnheiten wahren können, indem man selbst bestimmen kann, wie man wohnen und versorgt werden möchte.
- **Gewährleistung der sozialen Integration:** Auch bei Pflegebedarf sollte man möglichst am gesellschaftlichen Leben teilhaben können, indem man sozial eingebunden bleibt.

8.1.3 Was ist das Neue an neuen Wohn- und Versorgungsformen?

Die Besonderheit – das eigentlich Neue – solcher Wohnformen liegt darin, diesen Nutzerbedürfnissen ganzheitlich gerecht zu werden. Nicht nur Sicherheit, sondern gleichzeitig auch Freiheit soll gewährt werden. Sogenannte neue Wohnformen sind nicht „neu“ im zeitlichen Sinne – viele Konzepte gibt es schon über 30 Jahre –, sie sind „neu“, weil sie von gewohnten Schemata abweichende Regelungen entwickeln. Vor allem suchen sie nach neuen Lösungen für die Herausforderungen klassischer Wohnsettings:

- **Klassische häusliche Wohnsettings** bieten in der Regel ein hohes Maß an individueller Lebensweltorientierung und Selbstbestimmung. Es bleibt eine Herausforderung, eine selbstständige Lebensführung zu gewährleisten, da sie nicht immer die erforderliche bzw. gewünschte Versorgungssicherheit bieten.



■ **Abb. 8.1** Balance zwischen Selbstständigkeit, Teilhabe und Lebensweltorientierung

— Klassische stationäre Wohnsettings bieten in der Regel ein hohes Maß an Versorgungssicherheit. Die Sicherung der Selbstbestimmung und die Wahrung individueller Lebensgewohnheiten sind in diesem Bereich hingegen herausfordernd.

Die neuen Wohnformen bewegen sich zwischen „Heim und Häuslichkeit“ und versuchen, vor allem die schwer zu vereinbarenden Wünsche nach Autonomie, individueller Lebensweise und Teilhabe mit dem Bedürfnis nach Versorgungssicherheit in Ausgleich zu bringen und individuell auszubalancieren (■ Abb. 8.1). Darin liegt ihre Innovation.

Um dieses Ziel zu realisieren, widmen sie der Berücksichtigung der Nutzerbedürfnisse besondere Aufmerksamkeit und binden viele Akteure in die Umsetzung ein. Nicht mehr nur ein Träger allein trägt die Verantwortung für die Umsetzung. Unterstützungsleistungen werden im Hilfemix und in geteilter Verantwortung erbracht. Die Selbstverantwortung der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen wird gezielt gestärkt. Dafür kommt dem Case- und Care-Management meist eine besondere Bedeutung zu. Die Aufgaben des Betreuungspersonals im Personalmix werden aufgewertet. Es übernimmt koordinierende Tätigkeiten, die das verantwortliche Einbringen

der unterschiedlichen Akteure sichern, aufeinander abstimmen und transparent machen. Bei aller Unterschiedlichkeit solcher neuen Wohn- und Versorgungsformen sind dies die gemeinsamen Kernelemente.

8.2 Neue Wohn- und Versorgungsformen in der Praxis

8.2.1 Spektrum der Konzepte

Das sich in den vergangenen 30 Jahren entwickelte Spektrum an neuen Wohnformen reicht von selbstorganisierten gemeinschaftlichen Wohnformen/Mehrgenerationen-Wohnprojekten sowie Clusterwohnmodellen über Betreutes-/Service-Wohnen, ambulante Pflegewohn- und Hausgemeinschaften und ambulante Einrichtungen bis hin zu integrierten Konzepten wie Verbundmodellen und Quartierskonzepten. Auch diese klassischen neuen Wohnformen haben sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt, wie das Modellprogramm deutlich gemacht hat:

— Neue Wohnformen, die klassische häusliche Wohnsettings weiterentwickeln: Ein Teil der Projekte versucht in der bestehen-

den Häuslichkeit Leistungen anzubinden, um damit mehr Versorgungssicherheit und soziale Teilhabemöglichkeiten zu Hause zu gewährleisten. Sie führen Wohnungsanpassungen durch, eröffnen Begegnungsräume vor Ort oder Stadtteiltreffpunkte im Wohnumfeld und aktivieren Ehrenamtliche und die Nachbarschaft. Ziel ist es, das professionelle ambulante Hilfeangebot zu ergänzen – vor allem im Bereich der Alltagshilfen oder niederschweligen Betreuungsleistungen. Auch versuchen sie, über technische Unterstützungsleistungen die Wohnkontinuität in der vertrauten Häuslichkeit zu erhalten und integrieren eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung in bestehende Wohnangebote oder ins Quartier, um mehr Versorgungssicherheit im sozialen Nahraum herzustellen.

- Neue Wohnformen, die klassische alternative Wohnsettings weiterentwickeln: Weiterentwickelt werden auch alternative Wohnformen, in die die Pflegebedürftigen aus ihrer angestammten Häuslichkeit umgezogen sind, weil diese einen gewissen Service vor Ort bieten (Betreutes Wohnen) oder weil sie als gemeinschaftliche Wohnformen (selbstorganisierte gemeinschaftliche Wohnformen) vielfältigen sozialen Austausch und Teilhabe bei einem hohen Maß an Selbstbestimmung und individueller Lebensgestaltung gewähren. Hier versucht man, Lücken in der Versorgung zu schließen, indem zusätzliche Leistungsbausteine (wie Tagespflege oder tagesstrukturierende Angebote beim Betreuten Wohnen) oder andere alternative Wohnformen mit umfassenderer Versorgungssicherheit (wie ambulante Pflegewohngemeinschaften) integriert werden.
- Neue Wohnformen, die klassische (stationäre) Vollversorgungssettings weiterentwickeln: Projekte, die eher aus der Vollversorgung kommen – klassische stationäre Wohnsettings oder auch neue Wohnformen mit hoher Versorgungssicherheit wie ambulante Pflegewohngemeinschaften – legen den Fokus ihrer Weiterentwicklung auf

die Stärkung einer individuellen Lebensweise und Selbstbestimmung. Sie wenden neue rechtliche Möglichkeiten für Bewohner*innen – wie z. B. Gesellschaften bürgerlichen Rechts – an, um tatsächliche Selbstbestimmung zu stärken. Sie erproben neue – auch technische – Instrumente, um die Nutzerbedürfnisse noch besser zu erfassen. Sie versuchen, die Mitarbeitenden dafür zu sensibilisieren und zu qualifizieren, dass sie die Pflegebedürftigen mit ihrer ganzen Lebenswelt in den Blick nehmen. Sie eröffnen – weg von standardisierten Gesamtpaketen und Tagespauschalen – mehr Wahlmöglichkeiten bei der Leistungsabnahme und die Zusammenstellung individueller Leistungspakete. Sie beziehen Angehörige und Ehrenamtliche systematisch in die Leistungserbringung ein, um noch bedarfsgerechtere Wohnangebote zu generieren. Teilweise lösen sie die einrichtungsbezogenen Wohnformen auf und wandeln die Wohnangebote in frei mietbare Wohnungen um, die mit umfassenden, frei wählbaren Pflegeleistungen und Tagesbetreuungsmöglichkeiten kombiniert werden können (wie ambulantisierete Einrichtungen).

8.2.2 Leistungsangebot, Personal und Bewohnerschaft

Entsprechend ihrer zuvor beschriebenen Zielsetzungen halten die untersuchten Wohnangebote ein breites Leistungsspektrum bereit. Es ist dadurch gekennzeichnet, dass neun von zehn Wohnangeboten eine Versorgung über Nacht sicherstellen. Zugleich machen drei Viertel von ihnen Unterstützungsangebote für das Alltagsleben – etwa hauswirtschaftliche Versorgung, Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen oder Begleitung bei Behörden-gängen und Arztbesuchen. Ebenso sind in drei Viertel aller Fälle Angebote zur Freizeitgestaltung enthalten. Insgesamt ist es geeignet, sowohl die Versorgungssicherheit zu gewähr-

leisten als auch die Teilhabe durch soziale Einbindung zu fördern.

Die geförderten Wohnangebote haben aufgrund ihrer Konzeptionen sehr unterschiedliche Personalausstattungen, die in diesem Artikel nicht vorgestellt werden können. In einer Gesamtbetrachtung aller Wohnangebote jedoch bilden Pflegekräfte die größte Gruppe des eingesetzten Personals, gefolgt von Betreuungskräften und – in deutlich geringerem Umfang – von hauswirtschaftlichen Kräften. Die Einbindung von ehrenamtlichen Kräften ist bei drei Viertel aller Wohnangebote vorgesehen, häufig in einem relevanten Umfang. Die starke Einbindung von Betreuungskräften bzw. Alltagsbegleiterinnen und -begleitern bildet eine Besonderheit gegenüber klassischen Wohnsettings.

Die große Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnangebote ist pflegebedürftig und weist dabei vorwiegend einen höheren Pflegegrad auf. In den meisten Wohnangeboten leben zumindest einige Bewohnerinnen und Bewohner, die eine 24-Stunden-Präsenz benötigen. Menschen mit Demenzerkrankungen sind ebenfalls in den meisten Fällen vertreten, oft in erheblichem Umfang. Zusammenfassend bedeutet das, dass die erreichten Zielgruppen einen eher hohen Unterstützungsbedarf haben.

8.2.3 Kosten und Finanzierung

Zur Beantwortung der Fragen, mit welchen Kosten die untersuchten Modellprojekte verbunden sind und wie diese Kosten finanziert werden, wurden durch die wissenschaftliche Begleitung entsprechende Daten bei den Projektbeteiligten erhoben und anschließend mit denjenigen klassischer Wohnsettings verglichen. Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse stützen sich im Wesentlichen auf ambulante Wohnformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften, die eine umfassende Versorgungssicherheit bieten. Die Ergebnisse machen deutlich:

- Den Projektträgern gelingt es mehrheitlich, ein ausgeglichenes oder positives betriebswirtschaftliches Ergebnis zu erzielen. Risiken für die Wirtschaftlichkeit stellen unter anderem Unterauslastungen aufgrund von Krankenhausaufenthalten von Bewohnerinnen und Bewohnern oder Verzögerungen bei der Neuvermietung von frei gewordenen Zimmern dar.
- Mit Gesamterlösen (Leistungen von Pflege- und Krankenkassen sowie Sozialhilfeträgern, private Zuzahlungen sowie sonstige Erlöse wie Eigen- oder Fördermittel) von durchschnittlich 3.622 € im Monat sind die untersuchten Projekte um knapp 20 bzw. 60 % teurer als klassische stationäre bzw. ambulante Wohnsettings mit vergleichbarer Pflegebedürftigkeitsstruktur der Nutzerinnen und Nutzer. Eine Erklärung hierfür liefert der überdurchschnittlich hohe Personaleinsatz. Im Vergleich zu den klassischen Wohnsettings sind in den betrachteten Projekten verhältnismäßig mehr Betreuungs- und Hilfskräfte für die Bewohnerinnen und Bewohner tätig. Dies zeigt die Betreuungsrelation, die in den untersuchten Projekten im Durchschnitt bei 1,2 Pflegebedürftigen je Vollzeitäquivalent und damit um 20 bzw. 59 % niedriger als in klassischen stationären bzw. ambulanten Wohnsettings liegt.
- Die Finanzierung der im Vergleich zu klassischen Wohnsettings höheren Kosten erfolgt vor allem über die Sozialleistungs- und Sozialhilfeträger und nicht über höhere Eigenbeiträge der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Mehrkosten gegenüber dem klassischen stationären Setting werden im Wesentlichen über Leistungen der häuslichen Krankenpflege (60 %), höhere Leistungen der Hilfe zur Pflege (23 %) sowie sonstige Erlöse wie Fördermittel oder Eigenmittel der Träger (16 %) finanziert.

Die Modellprojekte sind auch für Menschen mit geringeren Einkommen finanzierbar, sofern sich die Sozialhilfeträger an der Finanzie-

zung beteiligen. Dies zeigt sich daran, dass gut ein Drittel der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner der untersuchten Modellprojekte Leistungen der Sozialhilfe bezieht.

8.3 Neue Wohn- und Versorgungsformen aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer

Entsprechen diese neuen Wohnformen den Nutzerbedürfnissen, werden sie damit dem eigenen Anspruch gerecht, möglichst umfassend die Nutzererwartungen zu erfüllen? Im Rahmen des Modellprogramms wurden dazu die Bewohnerschaft und ihre Angehörigen mündlich und schriftlich befragt. Die Ergebnisse machen deutlich:

- Die Bewohnerinnen und Bewohner schätzen die hohe Versorgungssicherheit, die sie in den neuen Wohnformen erhalten. Über 80 % schätzen es, dass ein Ansprechpartner und Rund-um-die-Uhr-Hilfe verfügbar sind. Über 90 % sind mit der barrierearmen Gestaltung des Wohnangebotes für den Erhalt ihrer Selbstständigkeit zufrieden.
- Die Pflegebedürftigen äußern auch eine große Zufriedenheit darüber, dass die Leistungsangebote an ihre individuellen Bedarfe und Lebensgewohnheiten angepasst sind. Über 97 % der Bewohnerinnen und Bewohner schätzen die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten beim Wohnraumangebot und die Sicherung der Privatsphäre. 93 % sind zufrieden, dass sie ihre Gewohnheiten beim Aufstehen und Zubettgehen beibehalten können, und rund 80 % schätzen die Selbstbestimmungsmöglichkeiten durch die freie Auswahl bei der Leistungsgestaltung.
- Ebenso äußern sie sich positiv über die soziale Einbindung in ihren Wohnangeboten. Viele sind in die neuen Wohnformen gezogen, um ihre Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe zu verbessern. 74 % der dort Lebenden sind zufrieden mit den Be-

gegnungs- und Freizeitangeboten und 61 % schätzen die Kontakthilfen.

Auch die Angehörigen äußern sich vielfach positiv. Vor allem fühlen sie sich durch die neuen Wohnangebote in ihrer Sorge um den pflegebedürftigen Angehörigen entlastet. Alle in der Untersuchung befragten Angehörigen gaben an, dass sich für sie Entlastungen in der Pflege und Betreuung und in der Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit ergeben haben. Weiterhin sind 88 % mit der Wahlfreiheit bei der Angebotsgestaltung zufrieden. Viele schätzen die Möglichkeiten, sich auch weiter verantwortlich einbringen zu können.

Alle Nutzererwartungen können jedoch nicht erfüllt werden. Dies gilt unter anderem für die Erwartungen hinsichtlich der Versorgungskontinuität: Mehr als jeder zehnte Befragte in der Bewohnerbefragung (16 %) befürchtet, bei schwerer Pflege noch einmal in eine andere Wohnform umziehen zu müssen, die eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sicherstellt. Diese können nicht alle Projekte gewährleisten. Auch den bestehenden Selbstbestimmungsmöglichkeiten sind Grenzen gesetzt. So wünschen sich die Bewohnerinnen und Bewohner mehrheitlich, noch mehr Einfluss auf die Auswahl von Mitbewohnerinnen und -bewohnern und des Personals zu haben. Schließlich gibt es auch Beschränkungen bei der sozialen Einbindung. Knapp die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner wünscht sich noch mehr Kontakt zu Angehörigen, Freundinnen und Freunden, Nachbarinnen und Nachbarn und den Mitwohnenden. Viele Umgezogene bedauern, dass sie ihre alten sozialen Kontakte beim Umzug ins neue Wohnangebot verloren haben (nur ein Viertel wohnt in seinem vertrauten Quartier).

8.4 Herausforderungen bei der Umsetzung meistern

Die Umsetzung neuer Wohnformen ist mit vielfältigen Herausforderungen verbunden, für die die Modellprojekte interessante Lösungen

gefunden haben. Im Folgenden werden die Herausforderungen bei der „Wahrung der Nutzerorientierung“ sowie bei der „Gewährleistung der Versorgungssicherheit“ beispielhaft dargestellt und Wege aufgezeigt, wie diese in der Praxis bewältigt werden können.

8.4.1 Nutzerorientierung wahren

Voraussetzung für die Berücksichtigung der Gewohnheiten, Fähigkeiten und Bedürfnisse der Wohnerschaft ist, dass diese bekannt sind. Hierauf legen die meisten neuen Wohnformen einen besonderen Schwerpunkt. Drei Viertel der untersuchten Projekte führen eine strukturierte Abfrage zur Erfassung der Nutzerbedürfnisse durch. Als Instrumente konzentrieren sie sich meist auf persönliche Einzelgespräche mit den Nutzerinnen und Nutzern oder deren Angehörigen. Rund ein Viertel der Projekte führen auch regelmäßig schriftliche Abfragen durch, etwa drei Viertel von diesen sogar mindestens alle zwölf Wochen. Auch wurden in den Modellprojekten neue beteiligungsorientierte Methoden erprobt. So wurden z. B. sogenannte Planungszellen durchgeführt, um die Bedürfnisse der Wohnerschaft im Hinblick auf die Gestaltung von Langzeitpflegeangeboten systematisch zu erfassen. Weiterhin wurden im Rahmen eines Bürgergutachtens Eckpunkte zur bedarfsgerechten Gestaltung stationärer Pflege festgehalten.

Die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Wohnerschaft im Alltag stellt eine kontinuierliche Herausforderung dar. In noch eher trägerorientierten Wohnformen müssen sich die Mitarbeitenden teilweise erst an die kontinuierliche Nutzerorientierung gewöhnen. Es bedarf einer Art „Enthospitalisierung/Deinstitutionalisierung der Mitarbeitenden“. Dafür wird die Nutzerorientierung konzeptionell in Leitbildern und Betreuungskonzepten der neuen Wohnformen festgeschrieben. Durch Sensibilisierung und Qualifizierung der Mitarbeitenden und anderer Verantwortlicher versuchen die Projekte diese verän-

derte Haltung umzusetzen. Systematische Verfahren zur Bearbeitung von Beschwerden sind ein weiteres Instrument, eine Anpassung der Leistungen auf die Bedarfe der überwiegend pflegebedürftigen Wohnerschaft zu sichern. In rund einem Drittel der untersuchten neuen Wohnangebote haben die Initiatoren ein systematisches Beschwerdemanagement implementiert.

Zur Wahrung der Nutzerorientierung gehört auch, eine individuelle Leistungszusammenstellung zu gewährleisten. Nicht pauschale Leistungspakete sind zu schnüren, sondern Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten sind zu schaffen, sodass sich die Nutzerinnen und Nutzer ihr jeweiliges Leistungspaket nach ihren Wünschen und Gewohnheiten zusammenstellen können. Zur individuellen Leistungsgestaltung gehört auch, andere Leistungserbringer bewusst einzubinden. Fast alle untersuchten Wohnangebote stellen vertragsrechtlich die Wahlfreiheit für alle Leistungen außer allgemeinen Betreuungsleistungen sicher. Auch wenn die tatsächliche Realisierbarkeit der Mitbestimmung und Wahlfreiheit in der Praxis nicht immer einfach ist und von allen Beteiligten Lernprozesse erfordert, sieht die Mehrheit der Mitarbeitenden der Modellprojekte in der individuellen Konstruierbarkeit des Wohn- und Versorgungsangebots eines der größten Potenziale der neuen Wohnformen.

8.4.2 Versorgungssicherheit gewährleisten

Angesichts des hohen Hilfe- und Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner und des ausgeprägten Bedürfnisses, nicht noch einmal umziehen zu müssen, kommt der Gewährleistung von Versorgungssicherheit und -kontinuität besondere Bedeutung zu. Um dies sicherzustellen, bieten die meisten Modellprojekte pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen und auch eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung an. Letztere stellt jedoch eine besondere Herausforderung für die Projekte dar. Vor al-

lem, weil aufgrund der kleinteiligen Struktur der Projekte eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung betriebswirtschaftlich schwer umzusetzen ist.

Die hohe Versorgungssicherheit kann vielfach nur gewährleistet werden, weil Unterstützungsleistungen von vielen Beteiligten in geteilter Verantwortung erbracht werden. In den Modellprojekten, die Angaben zu ihren Kooperationsbeziehungen an den jeweiligen Standorten gemacht haben, kooperieren durchschnittlich 28 Akteure mit sehr unterschiedlichen Erfahrungshintergründen und Funktionslogiken. Eine Herausforderung bei der Umsetzung neuer Wohnformen ist es, das synergetische Zusammenwirken all dieser unterschiedlichen Akteure zu gewährleisten. Durch einen regelmäßigen Austausch der Kooperationspartner wird dies in der Praxis gesichert: In den untersuchten Projekten des Modellprogramms erfolgt ein wöchentlicher Austausch mit Angehörigen bei rund der Hälfte der Projekte, mit Ehrenamtlichen bei einem Viertel und mit professionellen Kooperationspartnern bei einem Fünftel. Aus der Leistungserbringung in geteilter Verantwortung ergeben sich in der Praxis vielfach Schnittstellenprobleme. Viele Projekte haben hier in der Prozesssteuerung neue Ansätze zur Gewährleistung des Informationsflusses (z. B. Übergabetagebücher) und damit Lösungen von Schnittstellenproblemen erprobt.

Eine besondere Herausforderung für neue Wohnformen ist, die Mitwirkung/Selbstverantwortung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen/gesetzlichen Vertreter, aber auch Ehrenamtlicher zu sichern. Typisch für neue Wohnformen ist es, dass die Betroffenen in die Verantwortung eingebunden bleiben. Sie können zwar Teile ihrer Verantwortung übertragen, aber ein Rest an Verantwortlichkeit muss bleiben. Die stärkere Selbstverantwortung der Betroffenen ist genau das, was sie von klassischen Heimeinrichtungen unterscheidet. In Gesprächen mit den Initiatorinnen und Initiatoren der untersuchten Modellprojekte wurde vielfach betont, dass den Betroffenen nicht immer klar ist, dass sie verantwortlich ein-

gebunden bleiben und dass es auch für sie nicht immer einfach ist, ihre Verantwortung zu tragen. Auch ist die in den neuen Wohnformen geforderte Verantwortungsübernahme für viele Angehörige noch ungewohnt und wird von einigen als Belastung erlebt. Ein Drittel der Angehörigen fühlt sich durch die vielfältigen gemeinsamen Abstimmungsprozesse zusätzlich belastet. Etwa ein Viertel beklagt, nicht immer alle Prozesse bei der Vielzahl der verantwortlichen Akteure überschauen zu können.

Um die Selbstverantwortung der Betroffenen zu stärken und die synergetische Zusammenarbeit zu meistern, haben eine Reihe von Projekten spezielle Gremien eingerichtet und zusätzlich Kräfte für die Koordination – Präsenzkkräfte/Betreuungskräfte, Quartiersmanagerinnen und -manager, Case-Managerinnen und Care-Manager – eingestellt.

8.5 Einige Rahmenbedingungen zur Verbreitung neuer Wohnformen

Die Anpassung von verschiedenen Rahmenbedingungen kann entscheidend dazu beitragen, dass erfolgreich erprobte neue Wohnformen eine größere Verbreitung finden und ihre positiven Effekte auf die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen entfalten können. Einige solcher Anpassungen von Rahmenbedingungen werden in den folgenden Abschnitten vorgestellt.

8.5.1 Koordination und Kooperation

In neuen Wohnmodellen wirkt eine Vielzahl von Akteuren zusammen – Nutzerinnen und Nutzer, ihre Angehörigen, Ehrenamtliche, Wohnungsanbieter und professionelle soziale Dienstleister, einschließlich der ambulanten Pflegedienste. Die Akteure haben vielfach

Gremien gebildet, um dieses Zusammenwirken zu ermöglichen. Um eine gute Kooperation zu gewährleisten, sind koordinierende Kräfte erforderlich. Dafür bedarf es entsprechender personeller Ressourcen, die bei einem Transfer solcher neuen Wohnformen zu berücksichtigen sind.

Eine besondere Bedeutung kommt zivilgesellschaftlichen Akteuren in den Kooperationsverbänden neuer Wohnformen zu. Die Umsetzung neuer Wohnformen gelingt vielfach nur in enger Zusammenarbeit und mit Einbindung von ehrenamtlichen Kräften und Angehörigen. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Ehrenamtlichen war für einige Projekte eine besondere Herausforderung: Ehrenamtliche und Angehörige müssen für die Mitarbeit in solchen neuen Wohnformen gewonnen und zur verantwortlichen Übernahme von Leistungen befähigt werden. Darüber hinaus sind Strukturen zu schaffen, die bei der Einbindung zivilgesellschaftlicher Potenziale eine verlässliche Leistungserbringung für Pflegebedürftige gewährleisten. Dabei handelt es sich beispielsweise um Unterstützungs- und Qualifizierungsangebote für Angehörige oder Ehrenamtliche. Eine Anerkennungskultur für ehrenamtlich Engagierte ist ebenfalls zu praktizieren.

Die koordinierenden Tätigkeiten umfassen auch Kooperation mit dem umgebenden Sozialraum. Zur Sicherung der Zusammenarbeit werden verbindliche Kooperationszusagen als wichtig erachtet. Teilweise wird hier die Kommune in der Verantwortung gesehen, Rahmenbedingungen vorzugeben und die Berücksichtigung benachteiligter Personengruppen sicherzustellen.

8.5.2 Leistungsrechtliche Regelungen

Von den aktuell bestehenden Leistungsbausteinen im Sozialleistungsrecht sind die Umsetzung der pflegerischen Unterstützungsleistungen und die Alltagsorganisation in neu-

en Wohnformen weitgehend finanzierbar. Es fehlt jedoch an einem Leistungsbaustein, der die Finanzierung der übergeordneten koordinierenden Leistungen ermöglicht. Für Leistungen, durch die Nutzerinnen und Nutzer befähigt werden, selbstverantwortlich die neuen Wohnformen mitzugestalten, durch die das Zusammenwirken der vielfältigen Akteure gesichert und die Aktivierung und Begleitung zivilgesellschaftlicher Akteure ermöglicht wird, gibt es aktuell keine Regelfinanzierung. Zwar ist für solche koordinierenden Leistungen für Pflegewohngemeinschaften der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI vorgesehen, aber diese Leistungen werden häufig für individuelle Betreuungsleistungen genutzt und stehen anderen neuen Wohnformen wie z. B. Quartiersansätzen nur in Ausnahmefällen zu.

Eine weitere leistungsrechtliche Herausforderung für den Transfer neuer Wohnformen bildet die Finanzierung von Planungs- und Vorlaufkosten. Neue Wohnformen betreten vielfach leistungs- und ordnungsrechtliches Neuland. Im Vorfeld der Umsetzung bedarf es vielfältiger Aushandlungsprozesse mit den bestehenden Regelungsbehörden. Kleinteilige Wohnformen sind zu Beginn oft nicht voll ausgelastet und haben daher Finanzierungslücken. Die nach § 45e SGB XI vorgesehene Anschubfinanzierung zur baulichen Anpassung von Pflegewohngemeinschaften könnte zur Finanzierung der Vorlaufkosten insbesondere kleinerer Initiativen genutzt werden. Das würde die Etablierung von Angeboten vor allem auch im ländlichen Raum erleichtern.

Die unterschiedliche Bewilligungspraxis für leistungsrechtliche Ansprüche ist ein weiteres Hindernis für die Umsetzung. Dies betrifft nicht nur unterschiedliche Vorgehensweisen bei einzelnen Kassen z. B. bei der Bewilligung des Wohngruppenzuschlags nach § 38a SGB XI. Es fehlen Abstimmungen zwischen den Leistungsträgern – also zwischen Kranken-/Pflegekassen und Sozialhilfeträgern, um die Finanzierung solcher Wohnformen zu erleichtern. Ebenso ist die Gewährungspraxis für einzelne sozialhilferechtliche Leistungsbausteine teilweise von Land zu Land oder

Kommune zu Kommune unterschiedlich. Die bisherigen, nicht immer erfolgreichen Vorgehensweisen zur Vereinheitlichung der Bewilligungspraxis sollten auf den Prüfstand gestellt werden.

Die flexible Leistungsausgestaltung, die von den Leistungserbringern erwartet wird, sollte auch im Leistungsrecht ihre Entsprechung finden, beispielsweise in Form flexibel einsetzbarer Budgets. Unabhängig von der jeweiligen Wohnform und deren leistungsrechtlichen Zuordnung (ambulant/stationär) sollten Pflegebedürftige ihre individuell notwendigen Leistungen flexibel zusammenstellen und gleiche Leistungen erhalten können. Dies könnte eine Vielfalt von Wohn-/Versorgungskonzepten ermöglichen und damit den Transfer neuer Wohnmodelle fördern.

8.6 Bilanz: Mehrwert oder nur Mehraufwand?

Angesichts der Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung kann das Modellprogramm einen Beitrag leisten, einige Fragen in der kontroversen Fachdiskussion „Sind neue Wohnformen nur Mehraufwand oder erbringen sie einen Mehrwert?“ zu beantworten:

- Einige Kritiker sehen in neuen Wohn- und Versorgungsformen eher ein attraktives Finanzierungsmodell für Initiatoren mit Mehraufwand für die Leistungsträger. Manche neuen Wohnformen kombinierten Elemente der ambulanten und teilstationären Pflege mit Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und erzielten Leistungssummen, die höher als die in der vollstationären Pflege seien. Die Ergebnisse des GKV-Modellprogramms zeigen allerdings, dass die höheren Kosten aktuell meist nicht zulasten der Nutzerinnen und Nutzer ge-

hen. Die angesichts steigender Eigenanteile in klassischen Langzeitpflegesettings vielfach geforderte Neuorganisation der Finanzierung der stationären Pflege – u. a. in Form eines Sockel-Spitze-Tauschs – und auch die Pflegereformdiskussionen zur Beschränkten Abrechnung von Tagespflegeleistungen können jedoch zur erheblichen Benachteiligung solcher neuen Wohnformen führen.

- Den höheren Kosten steht nach Meinung einiger Kritiker auch kein tatsächlicher qualitativer Mehrwert gegenüber. Neue Wohnformen böten – wenn überhaupt – nicht mehr Leistungen als klassische stationäre Settings und erreichten teilweise sogar schlechtere gesundheitsbezogene Versorgungsergebnisse. Gefordert wird die Aufhebung der ordnungsrechtlichen Sonderstellung und die Einrichtung eines Pflege-TÜV für die neuen Wohn- und Pflegeformen. Betrachtet man jedoch die nationale oder internationale Forschung, ergibt sich kein eindeutiges Bild zu den gesundheitsbezogenen Versorgungsergebnissen neuer Wohnformen im Vergleich zur traditionellen Heimversorgung. Es lassen sich jedoch vielfach positive Effekte in umfassenden Konstrukten wie Lebensqualität nachweisen. Dafür hat auch das Modellprogramm zahlreiche weitere Belege liefern können. Die befragte Bewohnerschaft neuer Wohnangebote äußerte z. B. eine große Zufriedenheit darüber, dass die Leistungsangebote an ihre individuellen Bedarfe und Lebensgewohnheiten angepasst werden, sie Einfluss auf die Leistungsgestaltung nehmen können und eine hohe Versorgungssicherheit haben. Ebenso konnte ein Mehrwert auf Seiten der Angehörigen (z. B. Entlastungseffekte) und der Mitarbeitenden (z. B. höhere Zufriedenheit) nachgewiesen werden.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Stand und Perspektive der Kurzzeitpflege

Janina Kutzner und Miriam Räker

Inhaltsverzeichnis

- 9.1 Hintergrund – 132
- 9.2 Funktion und Bedeutung der Kurzzeitpflege – 133
- 9.3 Angebot und Inanspruchnahme
der Kurzzeitpflege – 135
- 9.4 Handlungsfelder zur Stärkung der Kurzzeitpflege – 137
- 9.5 Fazit – 142
- Literatur – 143

■ Zusammenfassung

Die Kurzzeitpflege (KZP) und ihre Funktion standen bislang nur unzureichend im Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen. Der Beitrag betrachtet die gesetzlich zugeschriebene Bedeutung der KZP und hinterfragt, inwieweit diese Versorgungsform einer sowohl präventiven als auch rehabilitativen Funktion gerecht wird respektive gerecht werden kann. Dazu wird vor dem Hintergrund des bestehenden sozialrechtlichen Rahmens der Fokus auf die quantitative Verfügbarkeit von KZP-Plätzen sowie auf die qualitative und inhaltliche Ausrichtung von Angeboten der KZP gerichtet. Wenngleich es an wissenschaftlicher Evidenz fehlt, lässt die Betrachtung der verschiedenen Organisationsformen der KZP vermuten, dass solitäre KZP-Einrichtungen der wichtigen Weichenstellerfunktion der KZP sowie einer präventiven und rehabilitativen Funktion am ehesten gerecht werden können. Demgegenüber stehen jedoch vielfach betriebswirtschaftliche und strukturelle Herausforderungen. Besonders mit Blick auf einen geriatrisch rehabilitativen Ansatz im Rahmen der KZP sind sozialrechtliche Hürden und in der Folge Versorgungsdefizite anzunehmen. Die Notwendigkeit für weitergehende Reformbemühungen wird bei der Darstellung von Möglichkeiten und Potenzialen zur Stärkung und Weiterentwicklung der KZP deutlich.

Short-term care (STC) and its function have so far been insufficiently the focus of scientific research. The article analyses the significance attributed to short-term care by law and questions the extent to which this form of care fulfils or can fulfill a preventive as well as a rehabilitative function. Against the background of the existing social legal framework, the authors focus the quantitative availability of STC places as well as the qualitative and content-related orientation of STC. Although there is a lack of scientific evidence, an examination of the various organisational forms of STC suggests that solitary STC facilities are best able to fulfil the important function of setting the course and at the same time provide pre-

vention and rehabilitation. However, they are often faced with economic and structural challenges. Particularly with regard to a geriatric rehabilitative approach within the framework of STC, there might be some socio-legal obstacles and resulting deficits. The presentation of possibilities and potentials for strengthening and further developing STC reveals that more far-reaching reform efforts are called for.

9.1 Hintergrund

Die Anforderungen an die Kurzzeitpflege (KZP) nach § 42 Sozialgesetzbuch (SGB) XI sind groß. Grundsätzliches Ziel der KZP ist es, den Verbleib in der Häuslichkeit im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung sowie bei Krisensituationen des häuslichen Versorgungsettings weiter zu ermöglichen. Der Kurzzeitpflege wird insofern eine präventive und letztlich auch rehabilitative Funktion zugeordnet. Die Möglichkeit der vorübergehenden Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person in einer Einrichtung der KZP kann dazu beitragen, pflegende Angehörige zu entlasten und häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren. Stationäre Langzeitpflege kann und soll durch den Einsatz von KZP hinausgezögert oder sogar verhindert werden (Deutscher Bundestag 2019; Deckenbach et al. 2013). Das liegt sowohl im Interesse der Pflegebedürftigen im Sinne ihres Wunsches nach Verbleib in der eigenen Häuslichkeit (Rothgang et al. 2012) als auch im Interesse der Beitragszahler, da Kosten vermieden bzw. reduziert werden können. Die KZP orientiert sich in der Folge an dem Prinzip der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI; § 13 SGB XI). Trotz unterschiedlicher Reformbemühungen in den vergangenen Jahren und einer dadurch geschaffenen Aufmerksamkeit für die Thematik scheint die KZP ihrer Funktion und auch ihren Möglichkeiten nicht ausreichend gerecht zu werden, was sich u. a. in zu niedrigen Rückführungsquoten von Patientinnen und Patienten nach

einem Krankenhausaufenthalt in die eigene Häuslichkeit widerspiegelt (u. a. Becker et al. 2020). Dieser Umstand ist vor dem Hintergrund des enormen Potenzials, den die KZP bietet, sowie eines möglichen Wandels der Klientel mit komplexen Versorgungsbedarfen besonders bedeutsam. Der Beitrag wendet sich vor diesem Hintergrund der Frage zu, inwiefern das bestehende Leistungs- und Sozialrecht dem Anspruch einer präventiven und rehabilitativen Versorgung in der KZP entgegensteht. Ebenso wird der Frage nach einer ausreichenden quantitativen Verfügbarkeit von – vorrangig – solitären KZP-Plätzen nachgegangen. Hierzu wird im ersten Schritt die derzeitige sozialrechtliche Ausgestaltung aufgezeigt, anschließend werden Problemfelder sowie Handlungsoptionen zur Stärkung und Weiterentwicklung der KZP diskutiert. Ziel des Beitrags ist es, Problembereiche ebenso wie Möglichkeiten und Potenziale der KZP aufzuzeigen und somit die inhaltliche Diskussion um Aspekte der strukturellen Ausgestaltung zu erweitern.

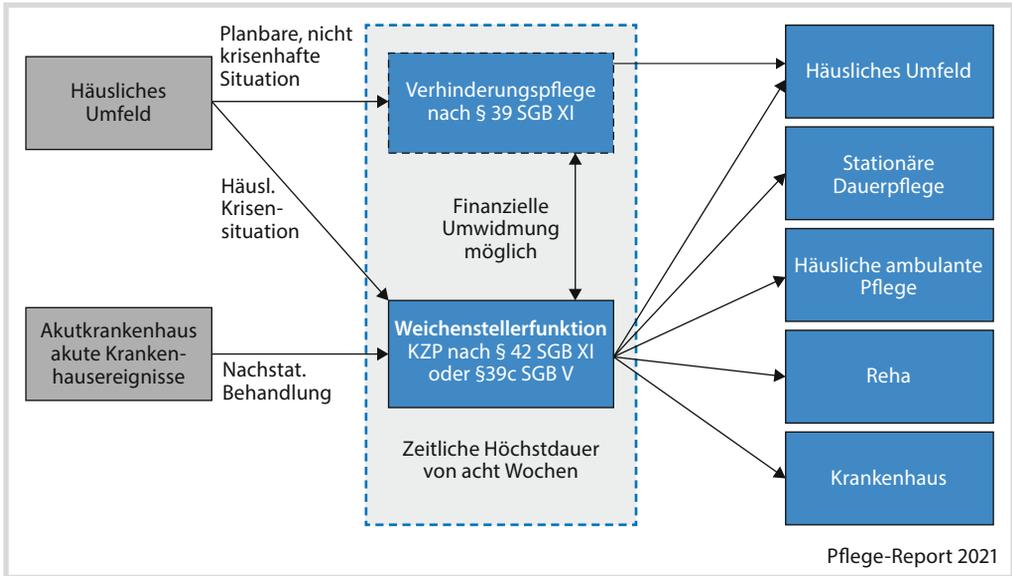
9.2 Funktion und Bedeutung der Kurzzeitpflege

Bereits seit den Siebzigerjahren existiert die KZP als reine Urlaubspflege. Erstmals sozialrechtlich verankert wurde das Versorgungsangebot 1989 mit Einführung der Schwerpflegebedürftigkeit nach § 56 SGB V, Kostenträger waren die gesetzlichen Krankenkassen. Mit der Einführung der SPV 1995 wurde die Kurzzeitpflege in § 42 SGB XI geregelt. Hiervon abzugrenzen ist die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Seit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes (PSG) I zum 1. Januar 2015 können diese beiden Leistungsarten gegeneinander angerechnet werden: 50 % der Mittel aus der KZP können in die Verhinderungspflege und 100 % des Anspruchs auf Verhinderungspflege in die KZP (§ 42 SGB XI) übertragen werden. Zudem haben seit 2016 mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)

auch Personen ohne Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI sowie Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 nach § 39c SGB V einen Anspruch auf KZP.

Anspruch auf KZP besteht, wenn aufgrund von akuten Krankheitsereignissen vorübergehend Hilfe in einem Ausmaß benötigt wird, dass häusliche Krankenpflege nicht ausreicht. Zumeist ist dies nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung der Fall. Der KZP wird in dieser Funktion folglich eine wichtige „Weichenstellerfunktion“ zuteil (siehe  Abb. 9.1), da sie an der Schnittstelle individueller Pflegeverläufe zwischen Akutaufenthalt oder akuter Versorgungssituation und dem weiteren Versorgungsweg angesiedelt ist (Becker et al. 2020). Gleichzeitig hat die KZP ähnlich wie die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI die Funktion, kurzzeitigen stationären Ersatz der häuslichen Pflege bei Verhinderung oder zur Entlastung der pflegenden Angehörigen zu sichern. Die Verhinderungspflege unterscheidet sich von der KZP insofern, als dass sie ausschließlich zu Hause erbracht wird und bei Bedarf nur stundenweise in Anspruch genommen werden kann.

Während die Verhinderungspflege in der Regel planbar und ausschließlich eine Ersatzpflege ist, geht die KZP in ihrer Funktion insbesondere im Fall von Krankenhausübergangspflege deutlich darüber hinaus. Innerhalb einer relativ kurzen Zeitspanne wird eine hohe pflegerische Versorgungsqualität und zugleich eine Klärung der weiteren Versorgung im Sinne eines systematischen Überleitungsmanagements (ÜLM) gefordert (Deckenbach und Pflug 2019). Ferner ist bekannt, dass bei der Klientel, die in der KZP versorgt wird, ein hoher Bedarf, aber auch ein hohes Potenzial für Rehabilitation und therapeutische Aktivierung vorliegt (u. a. Janßen 2018; Rothgang et al. 2014). Zu dem Umfang, in dem potenziell gebotene Rehabilitationsmaßnahmen unterbleiben, liegen jedoch keine ausreichenden Studien vor (Rothgang et al. 2014; Lübke 2015 zit. n. Ehmen et al. 2019). Der Anspruch an



■ **Abb. 9.1** Versorgungspfade und Weichenstellerfunktion der Kurzzeitpflege. (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Braeseke et al. 2017)

KZP geht in der Folge vielfach über die Grund- und Behandlungspflege nach SGB XI hinaus und macht damit die Abgrenzung zur Verhinderungspflege deutlich. Gerade die Übergangsphase nach akutstationärer Behandlung ist durch einen erhöhten Bedarf an aktivierender Pflege und rehabilitativen Therapien, insbesondere Physio-Ergotherapie, gekennzeichnet (Deckenbach et al. 2013). Allerdings wird im Rahmen der KZP aber nur eine pflegerische Versorgung finanziert, also keine Rehabilitationsmaßnahmen (Becker et al. 2020). Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612 € im Kalenderjahr. Dies entspricht dem Betrag, der auch bei der Verhinderungspflege gewährt wird. Entsprechend spiegeln sich der explizit präventive und rehabilitative Anspruch und die daraus für die pflegerische Versorgung resultierenden Anforderungen sowie die spezifischen Bedarfe der KZP-Klientel insbesondere mit Blick auf Personalqualifikation und -ausstattung im aktuellen Regulierungsrahmen, auch in den Landes-

rahmenverträgen (bspw. Rahmenvertrag KZP Baden-Württemberg), nicht angemessen wieder. Pflegeleistungen gehen nicht über die aktivierende Pflege nach § 43b SGB XI hinaus, Zusatzleistungen sind im Rahmen von § 88 SGB XI möglich, müssen von den Pflegebedürftigen aber selbst getragen werden.

Bei der Versorgung von Pflegebedürftigen in der postakuten Phase, also an den Übergängen zu anderen Sektoren und/oder Versorgungsbereichen, sind multiprofessionelle Ansätze von Bedeutung, doch gerade hier existieren hohe (vergütungsrechtliche) Barrieren (Deckenbach et al. 2013; Deckenbach und Pflug 2019). Die Trennung der Leistungsbereiche nach SGB V und SGB XI sowie die damit einhergehende Finanzierungssystematik respektive -zuständigkeit (Behandlungs- und Grundpflege) verschärfen das Problem. In der Gesamtschau ist folglich das Fehlen eines allgemeinen und geriatrischen rehabilitativen Ansatzes in der sozialrechtlichen Verankerung der KZP zu konstatieren.

Dies steht im Kontrast zu Studien, die auf einen hohen Bedarf an Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Personen in KZP

hinweisen (u. a. Janßen 2018; Rothgang et al. 2014). 2018 wurde erstmals eine empirische Analyse des Bedarfs an Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Bewohnenden und Kurzzeitpflegegästen in Einrichtungen der stationären Pflege durchgeführt (Janßen 2018). Bei 22,7 % der Langzeit-Bewohnenden und bei 32,6 % der Kurzzeitpflegegäste konnte ein solcher Bedarf festgestellt werden (ebd.). Bei ca. 30 % der geriatrischen Patientinnen und Patienten, die aus Akutkliniken in die KZP entlassen werden, lagen zum Zeitpunkt der Aufnahme Rehabilitationsbedarfe mit Verbesserungspotenzial vor, trotz nicht gegebener Rehabilitationsfähigkeit im Sinne einer Indikation zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V (ebd.).

Nach einer Untersuchung von Rothgang et al. erfolgt mit fast 60 % der Großteil der KZP-Aufnahmen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Im weiteren Versorgungsverlauf werden 42 % dieser Patientinnen und Patienten in die vollstationäre Dauerpflege übergeleitet (Rothgang et al. 2015). Mit Blick auf die geringe Rückführung von Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt in die Häuslichkeit von weniger als 40 % (ebd.) stellt sich zunehmend die Frage, inwiefern das Rehabilitationspotenzial der einzelnen Teilgruppen, die KZP in Anspruch nehmen, ausreichend aktiviert wird und eine bedarfsgerechte Versorgung vorliegt. Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ findet in der Folge im Kontext der KZP bislang nur unzureichend Anwendung. Zu vermuten ist, dass nur bei einer Minderheit der Betroffenen funktionelle Einschränkungen stabilisiert oder verbessert werden und das häusliche Settings nicht ausreichend auf die Versorgung der pflegebedürftigen Personen gestärkt und vorbereitet wird, damit eine Rückkehr ins häusliche Umfeld möglich ist. Die eigentliche Funktion der KZP wird dadurch nicht erfüllt (Becker et al. 2020).

9.3 Angebot und Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege

Das derzeitige Angebot an KZP kann in zwei grundlegende Organisationsformen – solitäre und eingestreute KZP – unterteilt werden. Aufgrund der jeweiligen Landespflegegesetze der Bundesländer, welche die Angebotsstruktur von KZP-Einrichtungen regeln, unterscheiden sich die Angebotsformen in den einzelnen Ländern zum Teil erheblich. In Nordrhein-Westfalen können beispielsweise in vollstationären Pflegeeinrichtungen Betten für KZP als sogenannte „eingestreute Kurzzeitpflege“ oder als eigene Abteilung innerhalb des Hauses – separate Kurzzeitpflegeplätze – freigehalten werden. Eingestreute KZP meint Plätze in einer vollstationären Dauerpflegeeinrichtung, die kurzfristig, flexibel für KZP genutzt werden können. In der Mehrzahl der Bundesländer ist das Angebot eingestreuter KZP möglich. Dagegen werden KZP-Plätze in Berlin und Sachsen fast ausschließlich in sogenannten „solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen“ angeboten. In Hamburg und Schleswig-Holstein gibt es wiederum ausschließlich eingestreute bzw. separate KZP-Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Braeseke et al. 2017). Trotz der bestehenden Unterschiede in einzelnen Bundesländern werden KZP-Plätze bundesweit überwiegend als flexibel nutzbare, eingestreute KZP in stationären Pflegeeinrichtungen angeboten.

Die Verantwortung für die Pflegebedarfsplanung liegt im Aufgabenbereich der Länder (§ 9 SGB XI), welche die Verantwortung oftmals mittels entsprechender Landespflegegesetze an die Kommunen weitergeben. Eine flächendeckende Pflegebedarfsplanung liegt in den einzelnen Ländern bislang nicht vor, auch fehlt es an einheitlichen Kriterien (Hackmann

et al. 2014).¹ Eine unzureichende Pflegebedarfsplanung der Länder und Kommunen führt dazu, dass die vor Ort benötigten Kapazitäten nur schwer abzuschätzen sind, dies gilt auch für die KZP (Vonau o.J.; Braeseke et al. 2017). Für die Bedarfsplanung im Bereich der KZP ergibt sich zudem eine besondere Schwierigkeit, da sich eine Bestandsaufnahme von KZP-Plätzen aufgrund der verschiedenen Organisationsformen nach solitärer, separater und eingestreuter KZP schwierig gestaltet (Braeseke et al. 2017) und eine Festlegung von Bedarfsrichtwerten erschwert. Überdies werden in (amtlichen) Erhebungen, wie bspw. der Pflegestatistik, nur die KZP-Plätze in solitären oder separaten KZP-Einrichtungen erfasst (ebd.). Dies kann als ein Grund dafür angesehen werden, dass viele Bundesländer keine verbindlichen Richtwerte für KZP-Plätze aufweisen (Hartmann 2002). Für die KZP lassen sich daher nur schwer verlässliche Aussagen zum tatsächlich vorhandenen Angebot an KZP-Plätzen treffen. Ungeachtet der schwachen Datenbasis zeigt die Pflegestatistik, dass sich die Anzahl der solitären und separaten KZP-Einrichtungen in den letzten zehn Jahren fast halbiert hat (von 279 auf 148 KZP-Einrichtungen) (Statistisches Bundesamt 2021). Hingegen hat die Inanspruchnahme an allen KZP-Plätzen insgesamt im selben Zeitraum um gut 72 % zugenommen. Die Studie des IGES-Instituts zur Situation der KZP in NRW kam zu dem Schluss, dass in nur 15 von insgesamt 54 Kreisen und kreisfreien Städten ein ausreichendes Angebot an KZP-Plätzen zur Verfügung stand. Der vorhandene Bedarf an KZP-Plätzen hätte der Studie zufolge nur durch einen Mix aus solitären bzw. separaten und eingestreuten KZP-Plätzen gedeckt werden können (Braeseke et al. 2017).

Die Ursachen für regional defizitäre KZP-Angebote sind vielfältig. Neben unattraktiven

Finanzierungsmodellen und dem Fachkräftemangel in der Pflege stellt sich der Betrieb von solitären KZP-Einrichtungen nach der Untersuchung Braeseke et al. (2017) als wirtschaftlich schwierig dar (Deckenbach und Pflug 2019; siehe auch Brettschneider 2019). Die Differenzierung zwischen solitärer, separater und eingestreuter KZP ist vergütungsrechtlich und betriebswirtschaftlich relevant. Die Aufwendungen für solitäre KZP-Einrichtungen werden höher vergütet als für eingestrene oder separate KZP-Plätze, die Investitionskosten bei solitären KZP-Einrichtungen fallen deutlich geringer aus (Braeseke et al. 2017). Bei eingestreuten KZP-Plätzen können drohende Verluste durch z. B. stark schwankende Auslastungszahlen durch flexible Nutzung reduziert werden. Nicht genutzte Plätze solitärer KZP-Einrichtungen können nicht anderweitig genutzt werden und sind demnach kostspielig, auch können bestehende Fixkosten nicht reduziert werden. Flexibel eingestrene KZP-Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen bergen wiederum das Risiko, dass diese im Bedarfsfall bereits mit vollstationären Bewohnenden belegt sind (ebd.). Eingestrene KZP-Plätze sind für stationäre Pflegeeinrichtungen ebenfalls wenig wirtschaftlich, können jedoch als „strategisches Akquiseinstrument“ genutzt werden, wenngleich die gleichzeitig hohe Nachfrage nach Dauerpflege dies unattraktiv macht (Heinzen et al. 2020).

Zwischen 2015 und 2019 betrug das Wachstum an Leistungsempfängern und -empfängerinnen von KZP (■ Tab. 9.1) 9 %. Demgegenüber hat sich die Anzahl an Leistungsempfängern und -empfängerinnen der SPV im ambulanten Sektor im gleichen Zeitraum um 29 % erhöht. Die Entwicklung der Anzahl an pflegebedürftigen Leistungsempfänger und -empfängerinnen spiegelt sich in der Folge nicht in der Anzahl der Inanspruchnahme an KZP wider. Die Entwicklung der Inanspruchnahme der KZP bleibt demnach hinter den Erwartungen zurück, trotz unterschiedlicher reformpolitischer Maßnahmen wie dem PSG I und dem Versorgungsstrukturgesetz. Verglichen mit den vorangegangenen vier Jah-

1 In NRW und Rheinland-Pfalz wurde bspw. die Zuständigkeit für die Pflegebedarfsplanung an die Kommunen übertragen (Hackmann et al. 2014). Dort sind in den jeweiligen Landespflegegesetzen detaillierte und verpflichtende Vorgaben zur Ausgestaltung der kommunalen Pflegestrukturplanungen festgehalten.

Tab. 9.1 Entwicklung der Inanspruchnahme von KZP 2010 bis 2019. (Datenquelle: Amtliche Statistik PG 1 und PG 2 2010 bis 2021 (BMG 2021))

Jahr	Leistungsempfänger KZP im Jahresdurchschnitt	Leistungsempfänger ambulant insgesamt am 31.12. des Jahres ^a
2010	17.255	1.577.844
2011	17.692	1.602.070
2012	18.427	1.667.108
2013	19.749	1.739.337
2014	20.595	1.818.052
2015	23.853	1.907.095
2016	24.632	1.974.197
2017	25.974	2.359.035
2018	26.639	2.561.991
2019	26.299	2.698.092

^a Ab 2017 ohne Pflegegrad 1
Pflege-Report 2021

ren 2011 bis 2015 betrug die Wachstumsrate der Inanspruchnahme an KZP zumindest 26 %, während gleichzeitig die Zahl der Leistungsempfänger und -empfängerinnen insgesamt um 16 % und damit deutlich geringer anstieg.

9.4 Handlungsfelder zur Stärkung der Kurzzeitpflege

KZP muss entsprechend § 42 SGB XI einen hochkomplexen Versorgungsauftrag mit fachlich und organisatorisch anspruchsvollen Aufgaben gerecht werden, die sich nicht zuletzt u. a. in der Weichenstellerfunktion widerspiegeln (Deckenbach und Pflug 2019). Um dem sozialrechtlich verankerten Versorgungsauftrag gerecht werden zu können, muss KZP – abgesehen davon, dass eine Ausweitung des quantitativen Angebots an KZP-Plätzen notwendig ist – inhaltlich neu gedacht und gestärkt werden (Vonau o.J.).

■ ■ Quantitative Ausweitung

Zur Stärkung der KZP bedarf es grundsätzlich einer Ausweitung des quantitativen Angebots an KZP-Plätzen. Erfahrungen aus der Praxis und aus versorgungswissenschaftlicher Perspektive weisen darauf hin, dass feste solitäre KZP-Plätze im Gegensatz zu flexiblen eingestreuten Plätzen für eine nachhaltige, qualitätsorientierte Versorgung von Bedeutung sind. Bei eingestreuten KZP-Plätzen in stationären Einrichtungen besteht die Gefahr, dass diese im Zuge steigender Nachfrage nach vollstationärer Dauerpflege immer weniger zur Verfügung stehen (Deckenbach und Pflug 2019). Für stationäre Pflegeeinrichtungen ist es hingegen aufgrund der derzeitigen Refinanzierungsbedingungen oftmals wenig lukrativ, ein entsprechendes Angebot an „fixen“ Kurzzeitpflegeplätzen vorzuhalten (Brettschneider 2019). Es besteht die Gefahr, dass eingestreute Betten im Pflegealltag untergehen, mit der Folge, dass der oftmals komplexe und heterogene Versorgungsbedarf unzureichend beachtet wird (Deckenbach und Pflug 2019).

■ ■ Finanzierung und Vergütung

Um das quantitative Angebot an KZP-Plätzen, insbesondere an solitären Plätzen, nachhaltig auszubauen, sind vorrangig finanzielle Anreize und eine wirtschaftlich tragfähige Finanzierung der Einrichtungen notwendig (Braeseke et al. 2017; Deckenbach und Pflug 2019). Dies beinhaltet u. a. veränderte Refinanzierungsregelungen, um Verluste durch Auslastungsschwankungen zu reduzieren (Braeseke et al. 2017). Auch eine zielgerichtete Förderung, etwa in Form der Investitionskostenförderung durch die Länder – dies ist bislang erst in acht Bundesländern der Fall –, muss geschaffen werden. Ebenso sind höhere Pflegesätze für die oftmals sehr aufwendige Kurzzeitpflege notwendig (Braeseke et al. 2017; Deckenbach und Pflug 2019). Hieran anknüpfend müssen andere Vergütungsmöglichkeiten geschaffen werden, z. B. in Form von höheren Leistungspauschalen, die grundsätzlich den Einbezug interdisziplinärer und vor allem integrierter Versorgung berücksichtigen, aber auch den Organisationsaufwand, der mit der KZP verbunden ist (ebd.).

■ ■ Pflegerische Bedarfsplanung und die Rolle der Kommunen

Grundlage eines zielgerechten KZP-Angebots, sowohl qualitativ als auch quantitativ, ist eine funktionierende Pflegebedarfsplanung, verbunden mit einer inhaltlichen Anpassung und Erweiterung des Versorgungsauftrages der KZP im Sozialrecht. Durch die in der aktuellen Form bestehende Pflegestrukturplanung der Länder und Kommunen sind die vor Ort benötigten Kapazitäten nur schwer kalkulierbar, nicht nur im Hinblick auf quantitative Aspekte, wie die reine Betten- respektive Platzzahl, sondern auch mit Blick auf die Frage nach bedarfsgerechten Versorgungsansätzen (SVR 2014). Daneben stellt sich die Frage nach der Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten der Akteure vor Ort, die die Planung, Steuerung und Koordinierung der pflegerischen Versorgungsstrukturen verantworten. Die Stärkung der Rolle der Kommunen, wie sie in der pflegerischen Versorgung seit vielen Jahren gefordert

wird (Blom und Görres 2012; Naegle 2010; CDU/CSU/SPD 2013), könnte auch für die Weiterentwicklung der KZP von zentraler Bedeutung sein. Durch eine Stärkung kommunaler Verantwortlichkeit und Handlungsfähigkeit könnte passgenauer auf regionalspezifische Bedarfe reagiert und die Versorgungsgestaltung vor Ort entsprechend angepasst werden. Damit der bereits heute vorhandene Flickenteppich in der KZP dadurch nicht weiter verstärkt wird, braucht es klare Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der KZP. Ungeachtet der Problematik im Bereich der Pflegebedarfsplanung verfügen die Kommunen derzeit kaum über Regulierungs- und Steuerungsmöglichkeiten mit Blick auf das Angebot an pflegerischen Versorgungsstrukturen (Brettschneider 2019). In einigen Bundesländern können die Kommunen durch die Investitionsbedingungen einen begrenzten Einfluss z. B. auf stationäre Pflegeeinrichtungen nehmen, doch geht es dabei vorrangig um eine Eingrenzung des Angebots. Im Kontext der KZP wird hingegen ein Ausbau des Angebots angestrebt, da diese zur Entlastung pflegender Angehöriger und somit wiederum zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen kann (Brettschneider 2019).

■ ■ Ansätze zur quantitativen Ausweitung des Angebots an KZP-Plätzen

2018 wurde in NRW die sogenannte „Fix/Flex-Regelung“ für eingestreute KZP beschlossen. Mittels einer finanziellen Förderung sollen Anreize für Pflegeeinrichtungen geschaffen werden, einzelne eingestreute Kurzzeitpflegeplätze in solitäre (fixe) KZP-Plätze umzuwandeln (Tillmann und Sloane 2018). Neben solchen Konzepten, die darauf zielen, Anreize auf Seiten der Pflegeeinrichtungen zu schaffen, bestehen Bestrebungen, KZP in Krankenhäusern durch die Krankenhäuser selbst anzubieten (siehe ■ Tab. 9.2). Derzeit existiert z. B. in NRW ein Versorgungsvertrag zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Landschaftsverband Rheinland zur „Erprobung von Kurzzeitpflege im Krankenhaus“ als Modellprojekt nach § 72 SGB XI

(ebd.). Auch wurden während der COVID-Pandemie 2020 Reha-Kliniken für die KZP geöffnet (Deutscher Bundestag 2020).

Beide Konzepte zielen darauf, das Angebot an KZP-Plätzen quantitativ auszuweiten. Grundlage bilden im Wesentlichen wirtschaftliche Anreize für die Einrichtungen respektive Krankenhäuser. Aussagen darüber, ob die Anreize ausreichen, um das bestehende Angebot zu erweitern, sind bislang schwierig, da es aus unterschiedlichen Gründen an abschließenden Evaluationen mangelt. Des Weiteren bestehen strukturelle Hürden bei der Umsetzung der Konzepte, wie etwa die Konkurrenz zwischen KZP- und Dauerpflegeplätzen. Betriebswirtschaftlich ist es für Krankenhäuser nicht rentabel, wenn Patientinnen und Patienten Krankenhauskapazitäten blockieren, während auf freie KZP-Plätze gewartet wird, gleichzeitig sind Krankenhäuser seit 2015 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz nach § 39 Abs. 1a SGB V dazu verpflichtet ein Entlassmanagement durchzuführen, das auch die Gewährleistung der (pflegerischen) Anschlussversorgung beinhaltet. Entsprechend stellt sich die Nutzung von leerstehenden Krankenhausbetten als KZP-Plätze als sinnvoll dar. Gleichwohl bestehen auch hier strukturelle, organisatorische sowie förderrechtliche Hürden, die betriebswirtschaftliche Einschränkungen mit sich bringen, u. a. mit Blick auf Auslastungsquoten, Investitionskosten, die Verrechnung von Erlösen aus den Pflegekosten mit dem Pflegebudget des Krankenhauses sowie den Aspekt, dass die medizinische Versorgung in der Zuständigkeit der vertragsärztlichen Versorgung liegt.²

Versorgungsmanagement im Sinne der „Weichenstellerfunktion“ nach § 42 SGB XI respektive § 39c SGB V und weiterführend therapeutische, aktivierende Ansätze sind in beiden Ansätzen hingegen nicht im Spezifi-

schon vorgesehen und aufgrund der Einbettung in die bestehenden sozialrechtlichen Strukturen auch nur eingeschränkt möglich.

■ ■ Neue Versorgungsansätze

Versorgungsansätze, die über die aktuell bestehenden Versorgungsstrukturen hinausgehen, spiegeln sich u. a. im „Pflege-Plus“-Konzept des AOK-Bundesverbandes oder in der vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten „REKUP“-Studie wider (Grund et al. 2020).

Grundlage des Pflege-Plus-Konzeptes bildet die Versorgung durch ein spezialisiertes ambulant-geriatriisches Versorgungsteam, das in interdisziplinärer Zusammenarbeit eine stärkere Verknüpfung des ambulanten, teilstationären und vollstationären Sektors ermöglichen und durch eine aktivierend-therapeutische Pflege die Autonomie und die Partizipation der Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von ihren individuellen Ressourcen stärken soll (Ehmen et al. 2019). In der REKUP-Studie wird ein multidisziplinärer rehabilitativer Ansatz im Kurzzeitpflegeprozess – rehabilitative KZP – evaluiert. Geriatriische Patientinnen und Patienten erhalten direkt nach ihrem Krankenhausaufenthalt die rehabilitative KZP, mit dem Ziel, Rehabilitationsfähigkeit herzustellen sowie unerwünschte Ereignisse wie Komplikationen und Krankenseinweisungen oder die Überleitung in die vollstationäre Dauerpflege zu vermeiden. Beiden Ansätzen ist gemein, dass sie einer Reform der gesetzlichen Rahmenbedingungen bedürfen. Die finanziellen Aufwendungen z. B. für Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie zur Unterstützung der aktivierend-therapeutischen Pflege werden bislang nicht durch die Pflegekassen getragen, hier steht u. a. die Trennung zwischen SPV und GKV einer Finanzierung im Wege. Auch fehlt es an Vergütungsmöglichkeiten für koordinierte niedrigschwellige Angebote zur Stärkung, Wiedererlangung und zum Erhalt der Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten für den stationären Bereich, damit diese nicht durch die Pflegebedürftigen selbst getragen werden müssen. Die existierenden

2 Aufgrund der landesspezifischen Gesetzgebungen ist eine solche Nutzung nicht in jedem Bundesland möglich. Bislang war eine Nutzung auch nur dann möglich, wenn eigenständige Organisationen, die jedoch an ein Krankenhaus angegliedert sein konnten, gebildet wurden.

Tab. 9.2 Darstellung aktueller Modelle und Projekte zur Kurzzeitpflege							
Projekt/Modellvorhaben	Wann und wo	Beteiligter Rahmen	Ansatz und Zielsetzung	Bedeutung für die Versorgungspraxis	Vorteile für die Einrichtungen/die Akteure	Hürden in der Umsetzung	Evaluation/Stand der Umsetzung
Fix/Flex-Regelung	2019 Projektstart in NRW	Beschluss des Grundsatzsausschusses KZP und vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen in NRW	Erhöhung der Anzahl an dauerhaft verfügbaren KZP-Plätzen. Finanzielle Förderung für Einrichtungen, die eingestreuete KZP-Plätze in solitäre – fixe – KZP-Plätze umwandeln. Höhere Personalausstattung und geringere Auslastung bei der Pflegesatzkalkulation	Quantitative Ausweitung des Angebotes an solitären und eingestreuten KZP-Plätzen	Betriebswirtschaftliche Vorteile durch höhere Personalausstattung und pflegerischeres Auslastungsziel. Akquise-Instrument für Dauerpflege	Konkurrenz zu Dauerpflegeplätzen (geringerer administrativer und pflegerischer Aufwand)	Evaluation war für Ende 2020 angedacht. Eingeschränkte Aussagekraft aufgrund der COVID-19-Pandemie
Kurzzeitpflege in Krankenhäusern	Seit Anfang 2020 in NRW	Vertrag „zur Erprobung von KZP im Krankenhaus“ als Modellprojekt nach § 72 SGB XI zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Landschaftsverband Rheinland. Interessensbekundung von rund 80 Krankenhäusern in NRW und Planung in weiteren Ländern	Nutzung von freistehenden Krankenhausbetten für KZP-Patient*innen. Die pflegerischen Leistungen werden auf Grundlage des SGB XI bei den Pflegekassen nach Pflegesätzen abgerechnet	Quantitative Ausweitung des Angebotes an primär eingestreuten KZP-Plätzen	Gewährleistung der (pflegerischen) Anschlussversorgung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V. Nutzung von Leerstand und Abfluss von Patient*innen	Nicht in allen Bundesländern rechtlich möglich. Administrative Hürden und hoher organisatorischer Aufwand. Zuständigkeiten unklar (z. B. ärztliche Versorgung). In der Gesamtschau wenig wirtschaftlich	Eingeschränkte Aussagekraft aufgrund der COVID-19-Pandemie

<p>Tab. 9.2 (Fortsetzung)</p>							
<p>Pflege-Plus Konzept</p>	<p>Noch keine Umsetzung in der Praxis</p>	<p>AOK-Bundesverband</p>	<p>Rehabilitative, aktivierende Pflege durch spezialisiertes ambulanz-geriatrisches Versorgungsteam. Stärkere Verknüpfung aller Sektoren durch interdisziplinäre Zusammenarbeit, zur Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen</p>	<p>Qualitativer Versorgungssatz nach dem Grundsatz Reha vor Pflege (§ 31 SGB XI). Starker präventiver Charakter</p>	<p>Unterstützung der Einrichtungen und der Pflegenden im Rahmen der KZP und ihrer Weichenstellerfunktion</p>	<p>Administrative und rechtliche Barrieren. Fehlende Vergütungsmöglichkeiten (z. B. in Form zu geringer Leistungspauschalen) und Finanzierungszuständigkeiten (Trennung SGB V und SGB XI)</p>	<p>Bislang keine Evaluationsergebnisse, da noch nicht in der Umsetzung</p>
<p>REKUP-Studie</p>	<p>Ab 2020 mit drei Jahren Laufzeit</p>	<p>Studie Innovationsfond. AOK Baden-Württemberg. Universitätsklinikum Heidelberg, Universität Duisburg-Essen, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH. Mit drei Modellstandorten</p>	<p>Evaluation eines multidisziplinären rehabilitativen Ansatzes im KZP-Prozess. Herstellung von Reha-fähigkeit im Rahmen eines abgestuften Versorgungsangebots. (800 teilnehmende Patientinnen und Patienten)</p>	<p>Schaffung von Forschungskennnissen. Reha vor Pflege. Starker präventiver Charakter</p>	<p>Unterstützung der Einrichtungen und der Pflegenden im Rahmen der KZP und ihrer Weichenstellerfunktion</p>	<p>Im Rahmen der bestehenden sozialen und leistungsrechtlichen Strukturen nicht umsetzbar</p>	<p>Das Projekt läuft, Ergebnisse stehen noch aus</p>

(Pflege-)Pauschalen reichen für solche Versorgungs-konzepte derzeit nicht aus, auch eine Umwidmung von finanziellen Mitteln aus dem Bereich der Prävention (u. a. § 5 SGB XI) ist nach der aktuellen Gesetzeslage nicht möglich. Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (PrävG) hat die soziale Pflegeversicherung einen konkreten Präventionsauftrag erhalten, gesundheitsfördernde Angebote in stationären Pflegeeinrichtungen zu etablieren. Diese lassen sich jedoch vergütungstechnisch nicht mit kurativen, rehabilitativen oder anderen Versorgungsansätzen verknüpfen. Die bestehenden Ansätze zeigen ferner auf, dass der Bedarf an wissenschaftlich fundierten Kenntnissen über die Möglichkeiten von KZP als Versorgungsansatz mit unterschiedlichen Ausrichtungen und besonders mit dem Ziel der Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit groß ist.

9.5 Fazit

Die KZP trägt in ihrer Funktion deutliche präventive und rehabilitative Ansätze und weist eine besondere Stellung innerhalb der Strukturen der pflegerischen Versorgung auf. Die oftmals ausgeprägte Heterogenität der KZP-Patientinnen und -Patienten geht mit einem erhöhten Bedarf an Personal und an multiprofessioneller Zusammenarbeit einher. Hinzu kommt die kurze Verweildauer und die damit verbundenen häufigen Wechsel an KZP-Patientinnen und -Patienten, die sowohl mit pflegerisch und therapeutisch anspruchsvollen Aufgaben als auch mit geringer wirtschaftlicher Attraktivität für das Betreiben von KZP-Einrichtungen oder -Plätzen einhergehen. Während die Unterschiede zwischen KZP und Langzeitpflege aufgrund ihres spezifischen Versorgungsauftrages in der Praxis deutlich erkennbar sind, ist die Unterscheidung in den leistungsrechtlichen Grundlagen kaum wiederzufinden.

Trotz Defiziten in der Statistik erscheint der Bedarf an KZP-Plätzen unzureichend gedeckt. Verbindliche Standards der örtlichen Pflegebedarfsplanung sind notwendig,

um strukturelle Defizite in der pflegerischen Versorgung aufdecken und beheben zu können. Unter der Vorgabe, die Weichenstellerfunktion und damit das präventive Potenzial der KZP zu stärken, erscheinen Angebote an solitären KZP-Plätzen sinnvoller als eingestreute KZP-Plätze. Ob solitäre KZP-Einrichtungen auch einem aktivierenden respektive rehabilitativen Versorgungsansatz besser gerecht werden, erscheint zwar plausibel, bedarf aber weiterer Forschung. Demgegenüber steht die (Un)wirtschaftlichkeit solitärer KZP-Einrichtungen. Im Zuge der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung wird vor allem der Ausbau solitärer, dauerhaft verfügbarer KZP-Plätze diskutiert. Zentrale Voraussetzung dafür ist eine wirtschaftlich tragfähige Finanzierung der Einrichtung sowie qualifiziertes Fachpersonal (Deckenbach und Pflug 2019). Der unklare Versorgungsauftrag der KZP muss konkretisiert werden, mit Blick auf die Weichenstellerfunktion sowie mit klarer Abgrenzung zur Verhinderungs- und Dauerpflege. Dabei muss das gesetzlich verankerte Ziel, Pflegebedürftige in die Häuslichkeit zurückzuführen, im Sinne eines rehabilitativen Ansatzes stärker fokussiert werden.

Notwendig ist es daher, nicht nur den rein quantitativen Ausbau an KZP-Plätzen zu forcieren, sondern ebenso die qualitative und inhaltliche Entwicklung von KZP-Angeboten anzustreben. Es bedarf neuer Strukturen und Versorgungskonzepte, welche die spezifischen Bedarfe einzelner Gruppen von Patientinnen und Patienten und besonders den vielfach hohen Bedarf an Leistungen der medizinischen Rehabilitation im KZP-Kontext in den Blick nehmen.

Ob dies in naher Zukunft umgesetzt wird, bleibt abzuwarten, auch wenn bereits im Koalitionsvertrag 2018 eine Stärkung der KZP angekündigt und in einem aktuellen Papier des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) „Pflegeversicherung neu denken: Eckpunkte der Pflegereform 2021“ (BMG 2020; Stand 04.11.2020) aufgegriffen wurde. Die im Eckpunktepapier formulierten Forderungen gehen in die richtige Richtung, halten hingegen zu

sehr an bestehende Strukturen fest und gehen in Teilen nicht weit genug. Eine Flexibilisierung der Leistungen der SPV zur Entlastung der betroffenen Haushalte (im Sinne eines Entlastungsbudgets) ist grundsätzlich zu unterstützen. Gleichzeitig braucht es aber einen neuen, erweiterten Versorgungsansatz im Sinne einer KZP, die auch präventiven und rehabilitativen Bedarfen gerecht wird, damit der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht wird. Bisher fehlt es an einem klaren Versorgungsauftrag für die KZP, der auch einer klaren inhaltlichen Trennung zu anderen Versorgungsarten wie der Verhinderungspflege bedarf. Überdies sollte beachtet werden, dass die qualifizierte KZP in der Phase nach einem Krankenhausaufenthalt zwar hoch relevant ist, jedoch nicht auf diesen Versorgungsbereich reduziert werden sollte.

Literatur

- Becker C, Auer R, Rapp K, Grund S, Bauer JM (2020) Geriatriische Rehabilitation – Aktueller Stand und zukünftige Entwicklung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Springer, Berlin, S 135–148 <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7>
- Blom S, Görres S (2012) Die „neue“ Verantwortung der Kommunen – Herausforderungen für eine aktive politische Gestaltung zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen für ältere Menschen. *Informationsd Altersfr* 39(2):3–10
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020) Pflegeversicherung neu denken: Eckpunkte der Pflegereform 2021. 04.11.2020. <https://www.barmer.de/blob/271262/214a0bbbd4d9f04624b215a7559da9d9/data/eckpunkte-pflegereform-2021.pdf> (Erstellt: 1. März 2021). Zugegriffen: 5. März 2020
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021) Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3291>. Zugegriffen: 12. März 2020
- Braeseke G, Nauen K, Pflug C, Meyer-Rötz SH, Pisarek P (2017) Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW. IGES Institut, Berlin (Abschlussbericht für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen)
- Brettschneider A (2019) Die Rolle der Kommunen: Ziele, Handlungsfelder und Gestaltungsmöglichkeiten kommunaler Pflegepolitik. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2019. Springer, Berlin Heidelberg, S 219–239 https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_18
- CDU, CSU, SPD (2013) Deutschlands Zukunft gestalten: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode. CDU, CSU, SPD, Berlin
- Deckenbach B, Pflug C (2019) Modellerprobung „Überleitungsmanagement und Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege“. IGES Institut, Berlin (Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit)
- Deckenbach B, Stöppler C, Klein S (2013) Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Studienbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Deutscher Bundestag (2019) Kurzzeitpflege stärken und eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sicherstellen. Drucksache 19/16045
- Deutscher Bundestag (2020) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Nicole Westig, Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP Drucksache 19/22132. Drucksache 19/22847
- Ehmen Y, Schwinger A, Tsiasioti C (2019) Neue Finanzierung der geriatrischen Reha. Mehr Rehabilitation für Pflegebedürftige? In: Szepan N-M, Wagne F (Hrsg) Agenda Pflege 2021, Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs, S 175–194
- Grund S, Keilhauer A, Trumpheller A, Specht-Leible N, Bauer J (2020) REKUP Rehabilitative Kurzzeitpflege im stationären Umfeld. https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Veranstaltungen/200117_MoRe/2020_0117_Grund_REKUP_PPT_bf.pdf. Zugegriffen: 1. März 2021
- Hackmann T, Müller D, Steiner M, Tiessen J (2014) Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein Regionales Pflegebudget. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Hartmann E (2002) Teil I: Kurzzeitpflege und Regionalstruktur. In: Hartmann E, Heinemann-Knoch M (Hrsg) Kurzzeitpflege in der Region. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kohlhammer, Stuttgart
- Heinzen J, Dreckmann J, Lambertz L, Klemm B (2020) Kurzzeitpflege in Krankenhäusern – ein Erfolgsmodell? *Krankenhaus* 5:404–406
- Janßen H (2018) Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege Abschlussbericht, 10 September 2018
- Naegel G (2010) Kommunen im demografischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. *Z Gerontol Geriat* 43:98–102

- Rothgang H, Müller R, Unger R (2012) Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann, Bielefeld
- Rothgang H, Müller R, Unger R (2014) BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 29. BARMER GEK
- Rothgang H, Kalwitzki T, Müller R, Runte R, Unger R (2015) Barmer GEK Pflegereport 2015. Schwerpunktthema: Pflege zu Hause. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 36. BARMER GEK
- Statistisches Bundesamt (2021) Pflegestatistik – Pflegeheime (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Pflegeangebot, Träger, Kapazitätsgrößenklassen Gesundheitsberichterstattung des Bundes. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast%26;p_aid=94255203%26;p_sprache=D%26;p_help=0%26;p_indnr=397%26;p_indsp=%26;p_ityp=H%26;p_fid. Zugegriffen: 1. März 2021
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Versorgungsbereiche. SVR, Bonn, Berlin (Gutachten 2014)
- Tillmann R, Sloane K (2018) Wann sich die Umsetzung für Heime lohnt. CAREkonkret 21:6
- Vonau M Engpässe: Kurzzeitpflege neu denken. <https://www.aok.de/pk/nordwest/inhalt/kurzzeitpflege-neu-denken/>. Zugegriffen: 1. März 2021

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Wachstumsmarkt Pflege

Dörte Heger

Inhaltsverzeichnis

- 10.1 Einleitung – 146**
- 10.2 Langzeitpflege in Deutschland: Status quo – 147**
 - 10.2.1 Marktvolumen – 147
 - 10.2.2 Nachfrage nach professioneller Pflege – 148
 - 10.2.3 Angebote der professionellen Pflege – 148
- 10.3 Ausblick: Der Pflegemarkt als Wachstumsbranche – 150**
- 10.4 Herausforderungen und Chancen
in der Langzeitpflege – 153**
- 10.5 Fazit – 155**
 - Literatur – 155**

■ Zusammenfassung

Die Alterung der Gesellschaft lässt die Anzahl pflegebedürftiger Menschen weiter steigen. Gleichzeitig wird das Potenzial der Angehörigenpflege zurückgehen, sodass verstärkt auf professionelle Pflegeangebote zurückgegriffen werden muss. Der Pflegemarkt ist und bleibt somit ein Wachstumsmarkt. Die Herausforderung wird es sein, die nötigen personellen und finanziellen Ressourcen zu gewinnen, um das Angebot entsprechend auszuweiten. Die Unternehmen tun daher gut daran, sich für Arbeitskräfte und Kapitalgeber attraktiv aufzustellen. Damit Pflege bezahlbar bleibt, sollte die Politik Planungssicherheit gewährleisten und unternehmerisches Handeln fördern. Parallel können Maßnahmen, welche die Pflegebedürftigkeit verzögern und vermeiden, den Anstieg der Nachfrage nach Pflege abschwächen und die Lebensqualität älterer Menschen steigern.

10 As a result of the ageing of our society, the number of people in need of care continues to rise. At the same time, the potential of family care will decline, so that professional care options will become more prevalent. Hence, the care market will remain a growth market. The challenge for care providers lies in finding the necessary human and financial resources to expand their range of care services. Companies will need to position themselves as attractive to workers and investors. To ensure that care remains affordable, policy should ensure planning security and encourage entrepreneurial action. At the same time, measures that delay and prevent the need for care can reduce the increase in the demand for care and improve the quality of life of the elderly.

10.1 Einleitung

Die Zahl älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland nimmt dank steigender Lebenserwartung stetig zu. Mit zunehmendem Alter steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit, aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen Unterstützung zu benötigen und auf Pflege angewiesen zu sein. Auch wenn Angehörige durch sogenannte informelle Pflegeleistungen aktuell noch den größten Beitrag zur Pflege älterer Menschen leisten, gewinnt die professionelle Pflege immer mehr an Bedeutung. Professionelle Pflege erfolgt dabei oft in Ergänzung zu informeller Pflege, z. B. durch ambulante Dienste, oder aber an Stelle von informeller Pflege, z. B. in Pflegeheimen. Doch in Folge des demographischen Wandels steigt die Anzahl pflegebedürftiger Menschen schneller als die Anzahl verfügbarer pflegender Angehöriger. Anbieter professioneller Pflegeleistungen sehen sich daher einer wachsenden Nachfrage gegenüber. Um der steigenden Nachfrage ein entsprechend steigendes Angebot entgegenzusetzen, bedarf es in erheblichem Umfang zusätzlicher Pflegekräfte sowie zusätzlicher Investitionen in neue Heimplätze.

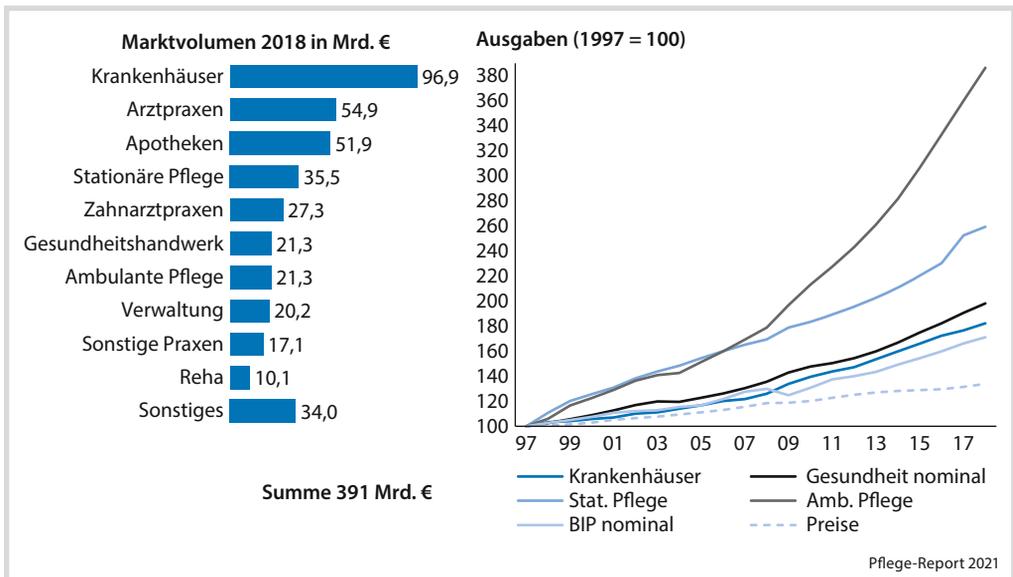
Dieser Beitrag beleuchtet zunächst die aktuelle Situation des deutschen Pflegemarktes hinsichtlich Marktvolumen, Nachfrage und Angebot (► Abschn. 10.2). Anhand einer Hochrechnung wird anschließend der Pflegebedarf bis zum Jahr 2040 aufgezeigt und mit dem derzeitigen Angebot verglichen (► Abschn. 10.3). Durch diese Gegenüberstellung werden die zukünftigen Kapital- und Personalbedarfe ersichtlich. Da es sich jedoch sowohl bei Personal als auch Kapital um knappe Ressourcen handelt, widmet sich ► Abschn. 10.4 detailliert diesen Herausforderungen und diskutiert Lösungsvorschläge, bevor in einem Fazit die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst werden (► Abschn. 10.5).

10.2 Langzeitpflege in Deutschland: Status quo

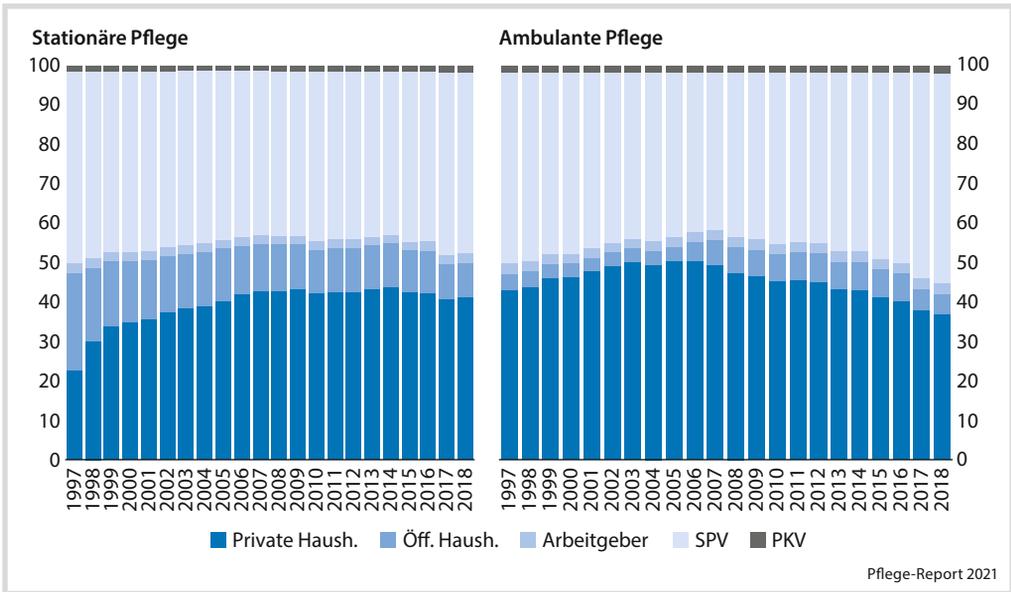
10.2.1 Marktvolumen

Der Pflegemarkt ist ein Wachstumsmarkt. Im Jahr 2018 betrug das Volumen des deutschen Gesundheitsmarktes rund 391 Mrd. € (■ Abb. 10.1). Damit stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 11,5 % im Vorjahr auf 11,6 %. Er befindet sich damit deutlich über dem Anteil vor der Finanzkrise 2008 (10,5 %). Auf den professionellen Pflegemarkt – die stationäre Pflege in Pflegeheimen sowie die ambulante Pflege durch Pflegedienste – entfielen rund 57 Mrd. €. Im Vergleich zum Vorjahr ein Zuwachs von 4,4 % oder 2,4 Mrd. €. Verglichen mit dem Bruttoinlandsprodukt, aber auch im Vergleich mit anderen Gesundheitsausgaben wuchs der Pflegemarkt damit überproportional stark.

Finanziert wurden die Ausgaben für die professionelle Pflege zu zirka der Hälfte durch die soziale Pflegeversicherung (SPV) (■ Abb. 10.2). In der stationären Pflege liegt der Anteil bei 46 %, in der ambulanten Pflege bei 53 %. Dabei wurden für diese Betrachtung die Beiträge der GKV und GUV nicht berücksichtigt. Der Anteil der SPV ist im Vergleich zum Vorjahr in der stationären Pflege leicht zurückgegangen, in der ambulanten Pflege dagegen leicht gestiegen. Private Haushalte finanzieren 41 % der stationären und 37 % der ambulanten Pflege. Damit ist der privat finanzierte Anteil in der stationären Pflege seit 2006 nahezu unverändert, wohingegen er in der ambulanten Pflege tendenziell leicht rückläufig ist. Steigende Lohn- und Investitionskosten werden jedoch zukünftig den Eigenanteil steigen lassen, sofern die Pflegesätze nicht in entsprechendem Maße angepasst werden.



■ **Abb. 10.1** Marktvolumen 2018 und Änderung über die Zeit (Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt 2020a, 2020c, 2020d)



■ **Abb. 10.2** Kostenträger der stationären und ambulanten Pflege (Anteile in %) (Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt 2020b)

10

10.2.2 Nachfrage nach professioneller Pflege

Im Jahr 2017 gab es laut Pflegestatistik 3,4 Mio. pflegebedürftige Menschen.¹ Davon wurden jeweils knapp ein Viertel (24 %) vollstationär und durch ambulante Dienste versorgt, etwas mehr als die Hälfte erhielt Pflegegeld. ■ Abb. 10.3 zeigt die Verteilung der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege. Insbesondere die Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs führte 2017 zu einem starken Anstieg der Pflegegeldempfänger. Damit liegt ihr Anteil leicht höher als 1999. Der Anteil ambulant betreuter Menschen nahm über die Zeit

ebenfalls zu, während der Anteil – nicht aber die Anzahl – stationär Versorger zurückging.

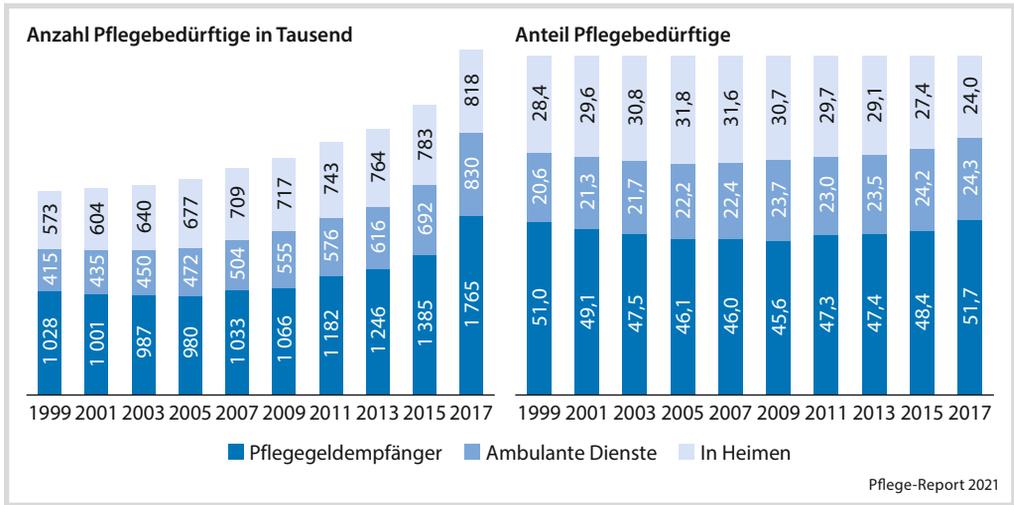
10.2.3 Angebote der professionellen Pflege

Mit wachsender Nachfrage nach Pflegeleistungen stieg auch das Angebot. Das professionelle Pflegeangebot umfasste im Jahr 2017 insgesamt 952.000 Plätze in 14.480 stationären Heimen und 14.050 ambulante Dienste (■ Abb. 10.4). Betrachtet man neu entstandene stationäre Plätze, hat sich das Angebotswachstum seit 2009 jedoch stetig verlangsamt.

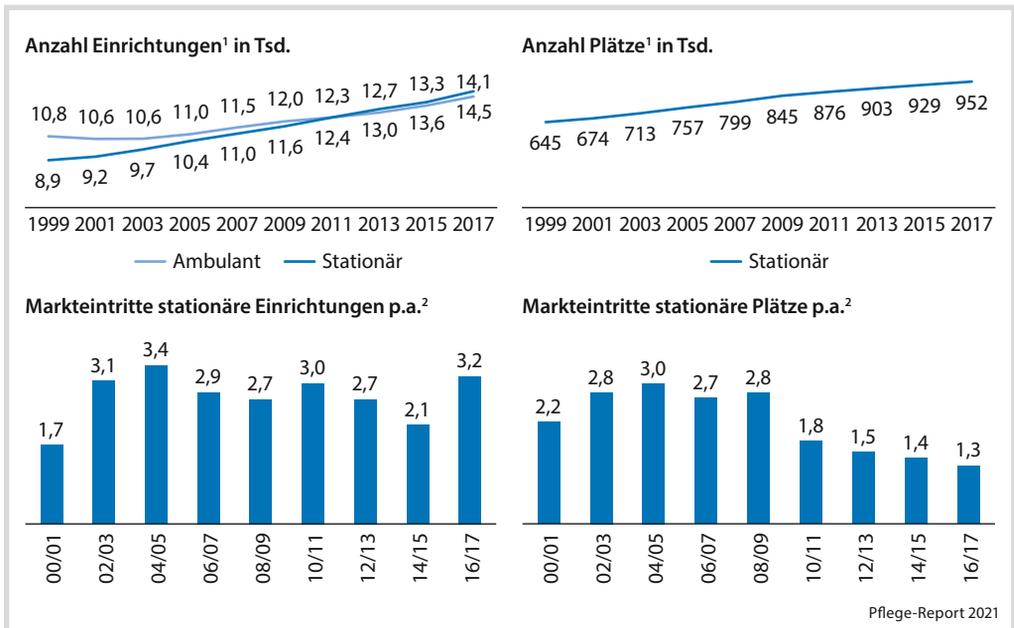
Das Angebot ist zwischen privaten, freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Anbietern aufgeteilt. Gemessen an der Anzahl betreuter Menschen machen öffentlich-rechtliche Anbieter nur 6 % des stationären und 2 % des ambulanten Angebots aus (■ Abb. 10.5). Im stationären Bereich werden die meisten Pflegebedürftigen (55 %) in freigemeinnützigen Heimen betreut, 39 % in privaten Heimen.

1 In der Pflegestatistik konnten geschätzt 100.000 Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 nicht erfasst werden, die keine Leistungen der ambulanten Pflegedienste oder Pflegeheime bzw. ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag erhalten (Statistisches Bundesamt 2019). Die Prognosen in ► Abschn. 10.3 sind um diese Zahl korrigiert.

10.2 · Langzeitpflege in Deutschland: Status quo



■ **Abb. 10.3** Verteilung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege in % (Quelle: RWI; Heger et al. 2019)
Anmerkung: Angaben zu Pflegebedürftigen in Heimen beziehen sich analog zur Pflegestatistik ab 2009 nur noch auf vollstationär Pflegebedürftige



■ **Abb. 10.4** Änderung der Zahl der Einrichtungen und Plätze in % (Quelle: Heger et al. 2019)
Anmerkung: ¹ Alle Heime ² Interpolation auf die einzelnen Jahre

Dagegen machen bei den ambulanten Diensten private Anbieter mit 52 % mittlerweile die Mehrheit aus.

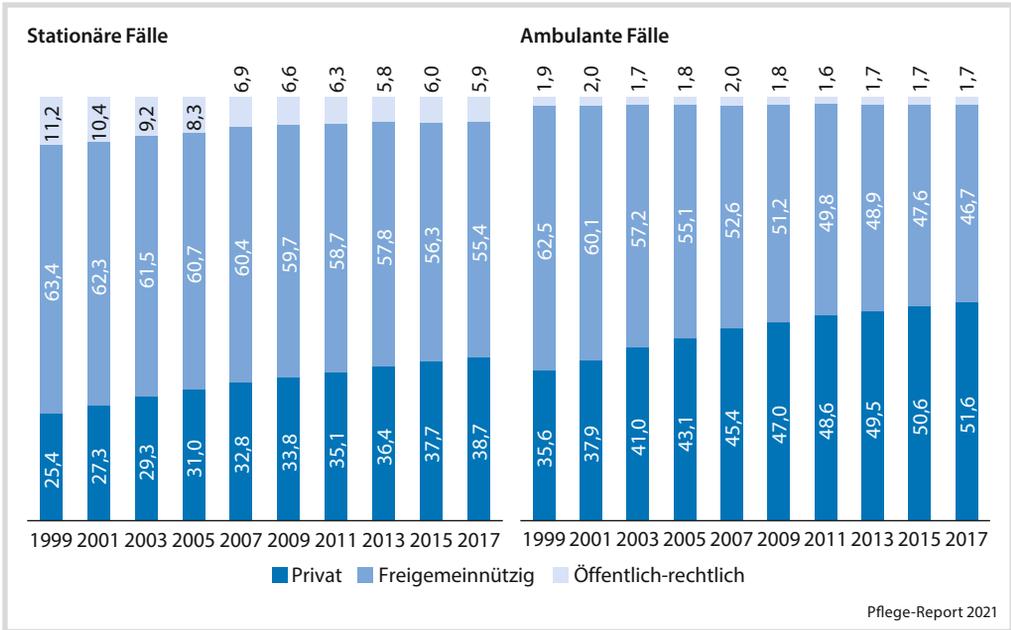


Abb. 10.5 Verteilung der Pflegebedürftigen nach Trägerschaft (Anteil in %) (Quelle: Heger et al. 2019)
 Anmerkung: Zahlen bis 2015 inkl. Pflegebedürftige der Stufe 0. Pflegebedürftige mit unbekannter Pflegestufe wurden bis 2015 Stufe II und ab 2017 Pflegegrad 3 zugeordnet

10

10.3 Ausblick: Der Pflegemarkt als Wachstumsbranche

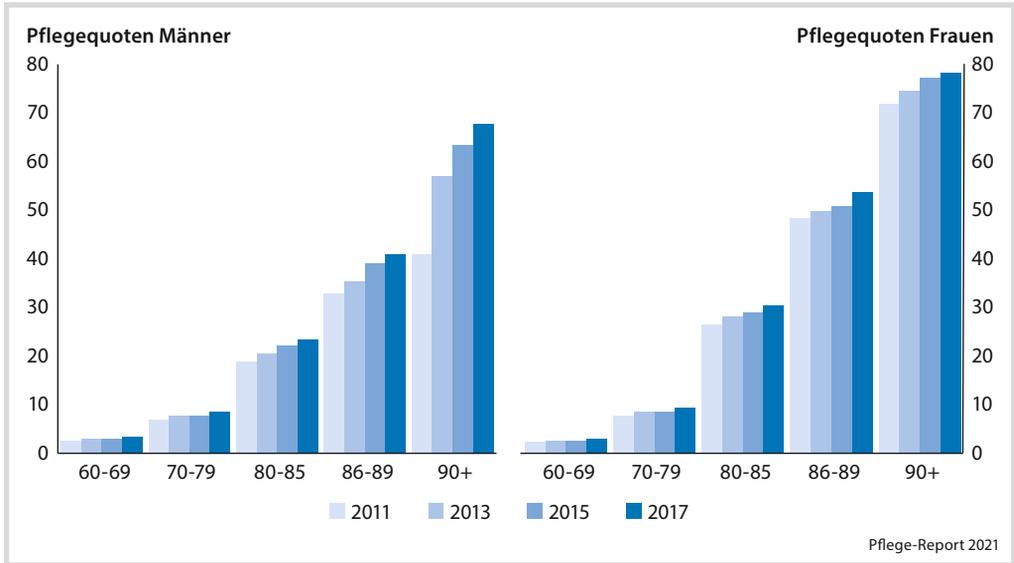
Die zunehmende Nachfrage nach Pflegeleistungen ist zum überwiegenden Teil durch die demographische Entwicklung bestimmt, da die Pflegewahrscheinlichkeit mit steigendem Alter stark zunimmt. So ist die Wahrscheinlichkeit auf Pflege angewiesen zu sein für unter 70-jährige noch relativ gering (Abb. 10.6). Zwischen 80 und 85 Jahren liegt die Pflegewahrscheinlichkeit schon bei 30 % für Frauen und 23 % für Männer. Über 90-jährige Frauen haben bereits eine 78-prozentige Wahrscheinlichkeit Pflege zu benötigen. Bei Männern liegt sie immerhin bei 68 %. Da gerade die Altersgruppen mit hohem Pflegebedarf in den kommenden Jahrzehnten stark zunehmen werden, dürfte sich diese Entwicklung auch in der Nachfrage nach Pflegeleistungen widerspiegeln. Der beobachtete Anstieg der Pflegequo-

ten innerhalb einer Altersgruppe über die Zeit bedeutet jedoch nicht zwangsläufig eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Vielmehr wurde der Kreis der Leistungsempfänger ausgeweitet, um insbesondere auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu erfassen. Am deutlichsten war dies mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Fall, weshalb ein Anstieg der Pflegequoten insbesondere bei den Hochaltrigen zu verzeichnen ist.

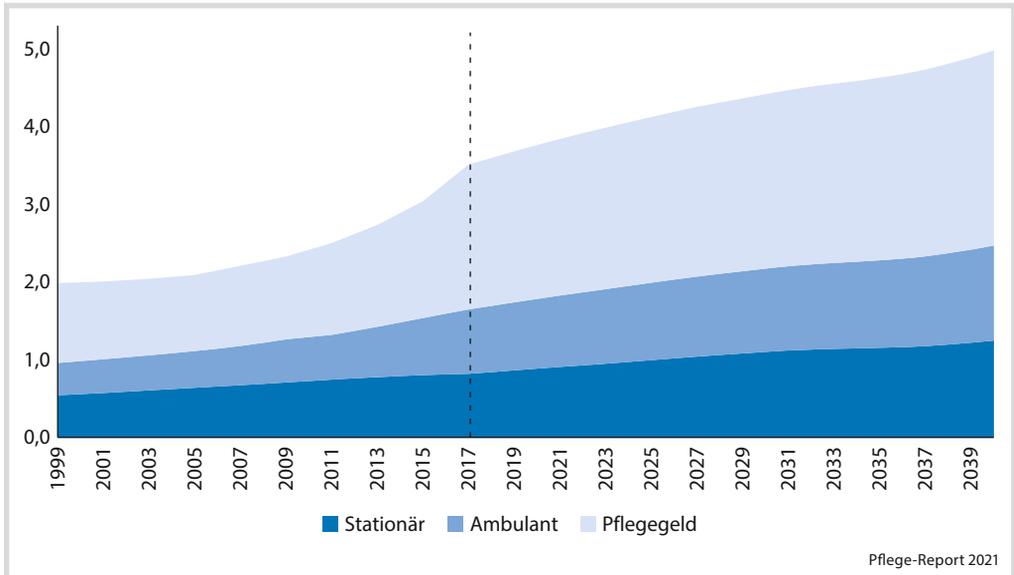
Eine Hochrechnung auf Basis der aktuellen Pflegequoten des Jahres 2017 und Bevölkerungsprognosen für Deutschland bis zum Jahr 2040 ergibt einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen um 42 % auf 4,98 Mio. (Abb. 10.7).² Die Zahl der in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen wächst am stärksten um 52 % auf 1,25 Mio., die Zahl

² Die Prognosen basieren auf dem Pflegeheim Rating Report 2020 (Heger et al. 2019).

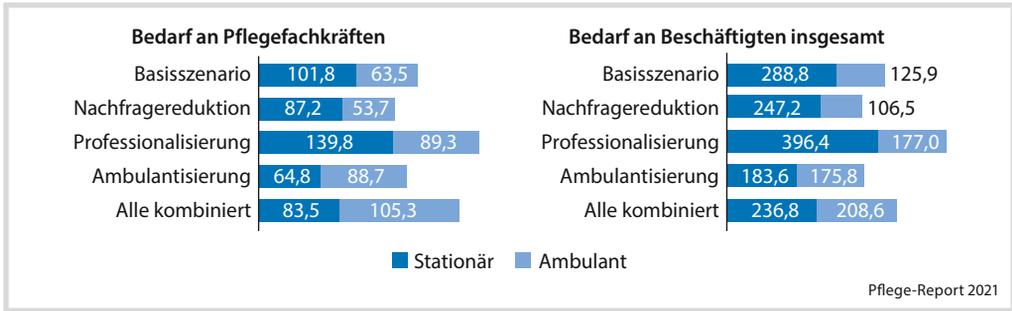
10.3 · Ausblick: Der Pflegemarkt als Wachstumsbranche



■ **Abb. 10.6** Pflegequoten insgesamt – stationär, ambulant und Pflegegeldempfänger (in %) (Quelle: Heger et al. 2019)
Anmerkung: 2013–2015 inkl. Pflegebedürftige der Stufe 0; ab 2017 Pflegebedürftigkeit nach neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff



■ **Abb. 10.7** Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegeart (in Mio.) (Quelle: RWI; FDZ der Länder 2009; 2011; 2017; 2019; FDZ Ruhr am RWI 2017)
Anmerkung: 2013–2015 inkl. Pflegebedürftige der Stufe 0; ab 2017 Pflegebedürftigkeit nach neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff. Zum Ausgleich nicht erfasster Leistungsempfänger nach Landesrecht werden 2017 100.000 Pflegegeldempfänger ergänzt



■ **Abb. 10.8** Bedarf an zusätzlichen Pflegefachkräften und Beschäftigten insgesamt (2017 bis 2040; in Tsd. Vollkräften). (Quelle: Heger et al. 2019)

Anmerkung: Pflegefachkräfte umfasst staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Heilerziehungspfleger/-in und Heilerzieher/-in, Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität

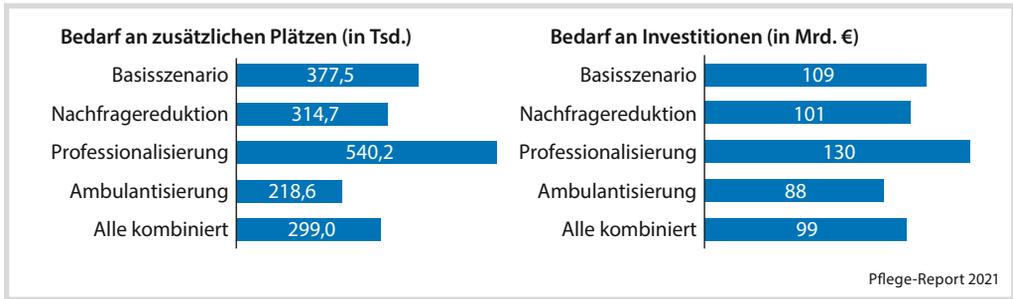
ambulant gepflegter Menschen um 47 % auf 1,22 Mio. Etwas geringer fällt der Anstieg der Zahl der Pflegegeldempfänger aus. Diese steigt um 35 % auf 2,51 Mio.

Die Prognosen spiegeln dabei allein den Effekt der Bevölkerungsentwicklung wider. Es ist jedoch denkbar, dass sich die Pflegewahrscheinlichkeit oder das Nachfrageverhalten der pflegebedürftigen Menschen über die Zeit verändert. So kann sich der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern, wodurch sich der Pflegeeintritt verzögert oder die Pflegedauer reduziert. Die Folge wäre eine Reduktion der Nachfrage nach Pflegeleistungen. Denkbar ist auch eine Verschiebung der Nachfrage hin zu mehr professioneller Pflege, weil zukünftig weniger Angehörige als potenzielle Pflegekräfte zur Verfügung stehen, sowie eine Verschiebung hin zu mehr ambulanter Pflege, da ein möglichst langer Verbleib in den eigenen vier Wänden oft dem Wunsch der pflegebedürftigen Menschen entspricht (PwC 2017). Eine vollständige Beschreibung dieser verschiedenen Szenarien (Basisszenario, Nachfragereduktion, Professionalisierung und Ambulantisierung) findet sich in Heger et al. (2019). Während eine zunehmende Professionalisierung oder Ambulantisierung zwar die Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart beeinflussen würde, hat nur eine Nachfragereduktion auch Einfluss auf die Ge-

samtzahl der Pflegebedürftigen. Würde sich die Nachfrage z. B. um 5 % reduzieren, läge die Zahl der Pflegebedürftigen 2040 nur mehr bei 4,73 Mio.

Je nachdem, ob es zu einer Nachfragereduktion, einer Professionalisierung oder einer Ambulantisierung kommt, oder ob alle Veränderungen gemeinsam auftreten, fällt der Zuwachs an Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegearten mehr oder weniger stark aus. So reichen die Prognosen für die Zahl der stationär Pflegebedürftigen von 1,09 Mio. bei zunehmender Ambulantisierung bis hin zu 1,41 Mio. bei steigender Professionalisierung. Der projizierte Zuwachs im ambulanten Bereich reicht von 1,16 Mio. bei einer Nachfragereduktion bis zu 1,48 Mio. im kombinierten Szenario. Die Anzahl der Pflegegeldempfänger variiert von 2,51 Mio. im kombinierten Szenario bis 2,08 Mio. in einem Basisszenario, wenn nur die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigt wird. Entsprechend wird auch mehr oder weniger zusätzliches Personal und Kapital benötigt. Aber auch im Falle einer Nachfragesenkung wird die Nachfrage nach Pflegeleistungen absolut gesehen weiterhin wachsen, wenn auch bei geringerer Wachstumsrate.

Ausgehend von 2017 zeigt **Abb. 10.8** den zu erwartenden zusätzlichen Personalbedarf bis 2040 bei gleichbleibendem Betreu-



■ **Abb. 10.9** Bedarf an Plätzen und Investitionen (2017 bis 2040) (Quelle: RWI; Heger et al. 2019)

Anmerkung: Investitionen umfassen Neu- und Reinvestitionen

ungsverhältnis. Demzufolge sind im Basisszenario gut 165.000 zusätzliche Pflegefachkräfte erforderlich. Insgesamt ergibt sich sogar ein Personalbedarf von knapp 415.000 Vollkräften.

Zusätzlich zum Personalbedarf werden weitere stationäre Plätze benötigt. Auch im Fall einer Nachfragereduktion ergibt sich ein Bedarf an zusätzlichen vollstationären Plätzen von knapp 315 Tsd. Plätzen (■ Abb. 10.9). Ohne Nachfragereduktion beläuft sich der Platzbedarf sogar auf 378.000 neue Plätze. Zur Finanzierung dieser Plätze sowie zur notwendigen Sanierung existierender Plätze, ergibt sich zwischen 2017 und 2040 dadurch ein Kapitalbedarf zwischen 88 Mrd. € im Falle einer zunehmenden Ambulantisierung und 130 Mrd. € im Falle einer zunehmenden Professionalisierung.

10.4 Herausforderungen und Chancen in der Langzeitpflege

Die Prognose des Pflegebedarfs hat die Notwendigkeit von zusätzlichem Pflegeangebot deutlich gezeigt. Gegen Ende der 20er Jahre schwächt sich der demographiebedingte Wachstumstrend zwar leicht ab, nimmt Ende der 30er Jahre jedoch wieder zu. Die steigende Nachfrage, die aus Anbietersicht zunächst positiv zu bewerten ist, birgt aber auch

Herausforderungen. So fällt es professionellen Pflegeanbietern immer schwerer, ausreichend qualifizierte Pflegekräfte am Markt zu finden. Zwar steigen die Löhne für Pflegekräfte aufgrund des Fachkräftemangels bereits schneller als in anderen Branchen. Doch die hohe Arbeitsbelastung, familienunfreundliche (Schicht-)Arbeitszeiten und geringe Aufstiegschancen reduzieren die Attraktivität des Pflegeberufs. Und auch der besser zahlende Krankenhaussektor ist auf der Suche nach Pflegekräften. Die generalistische Pflegeausbildung dürfte dieses Problem noch weiter verschärfen, statt es wie erhofft abzuschwächen. Hinzu kommt, dass sich die Pflegebranche – wie alle anderen Branchen auch – einer schrumpfenden Arbeitsbevölkerung gegenüber sieht. Die Pflegebranche konkurriert daher nicht nur mit dem Krankenhaussektor um neue Auszubildende, sondern mit allen Branchen. Eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs sowie die Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland helfen dabei, mehr Personal zu gewinnen. Diese Maßnahmen werden aber nicht ausreichen. Vielmehr muss es gelingen, den notwendigen Personaleinsatz zu reduzieren, ohne die Qualität der Pflege zu verringern. Ein differenzierterer und heimspezifischer Personalmix von Pflegefach- und Pflegehilfskräften entsprechend den anfallenden Tätigkeiten könnte zumindest den Bedarf an Pflegefachkräften dort, wo der größte Mangel herrscht, etwas lindern. Dazu muss sich der Qualifikationsmix jedoch an den Bedürfnissen der

versorgten Personen ausrichten und nicht an starren Fachkraftquoten. So zeigt z. B. die Soll-Wert-Berechnung für einen angemessenen Personalbedarf insbesondere einen Mehrbedarf an Assistenzkräften (Rothgang 2020). Aber auch technische und IT-basierte Lösungen können dazu beitragen, die Pflegekräfte zu entlasten. Damit aber ein Anreiz für innovative Lösungsansätze existiert, müssen Personalvorgaben flexibel genug sein, um solche Lösungen zu erlauben. Gleichzeitig muss die Refinanzierbarkeit sowohl der Anfangsinvestitionen als auch der laufenden Kosten gesichert sein, wobei auf Kosteneffizienz der Maßnahmen zu achten ist. Lediglich eine Bezahlung nach Tarif einzuführen, ohne die anderen Probleme anzugehen, führt zu einer Verteuerung der Pflege und wird das Fachkräfteproblem nicht lösen.

Die hohe Regulierungsdichte schränkt dabei nicht nur im Personalbereich den unternehmerischen Handlungsspielraum der Pflegeanbieter stark ein. Durch die nach Bundesland oft unterschiedlichen Regelungen zu Personal sowie bauliche Vorgaben wird auch die Gewinnung von privatem Kapital erschwert. Denn die mit der Regulierung verbundenen Kosten sowie fehlende Planungssicherheit bei sich ändernden Vorgaben schreckt Investoren ab. Privates Kapital fließt dann in andere Bereiche und Investitionen werden verhindert. Hinzu kommt, dass sich die meisten Bundesländer bisher nur geringfügig an der Finanzierung von Investitionskosten in Pflegeheimen beteiligen (KPMG 2020). Privates Kapital ist deshalb neben öffentlichem und freigemeinnützigem Kapital dringend nötig, um den hohen Investitionsbedarf zu bewältigen. Hohe Einbettzimmerquoten vergrößern den Investitionsbedarf weiter. Sind die notwendigen Umbauten nicht rentabel, könnten sogar noch weitere Plätze wegfallen. Steht der wachsenden Nachfrage nach Pflege aber kein ausreichendes Angebot gegenüber, können pflegebedürftige Menschen nicht das für sie passendste Angebot auswählen. Ein Wettbewerb um gute Pflege bei günstigen Preisen findet nicht statt und es bestünde ein Anreiz, nur ein Minimum an Pflegequa-

lität anzubieten. Eine Reduktion der Regulierung auf Vorgaben zu (Ergebnis-)Qualität wäre daher einer zu detaillierten Vorgabenliste vorzuziehen.

Höhere Löhne für Pflege(fach)kräfte sowie der hohe Investitionsbedarf werden die Pflege verteuern. Damit gute Pflege bezahlbar bleibt, darf das Ziel nicht nur sein, neues Personal und Kapital zu gewinnen. Vielmehr muss auch die Reduktion des Personal- und Kapitalbedarfs angestrebt werden. Idealerweise würde man dies durch die Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit erreichen. Dazu kann der medizinische Fortschritt beitragen, wenn Altersleiden geheilt oder gelindert werden können und Pflegebedürftigkeit damit erst später im Leben und für kürzere Zeit auftritt – eine sogenannte Kompression der Morbidität. Allerdings führt medizinischer Fortschritt nicht immer zu einer Kompression, sondern in Teilen sogar zu einer Expansion der Morbidität, wenn Krankheiten zwar behandelt, aber nicht geheilt werden können. Daher muss vermehrt in die Prävention – wie Reha vor sowie Reha bei Pflege – investiert werden. Dies wird immer wieder gefordert. Das zugrunde liegende Anreizproblem, dass eine Vermeidung von SPV-Leistungen auf Kosten von GKV-Leistungen aus Kassensicht nicht erstrebenswert ist, wurde jedoch noch nicht gelöst. Auch eine engere Abstimmung zwischen einzelnen Gesundheitsdienstleistern, wie es in Modellprojekten vermehrt erprobt wird (z. B. „Gesundes Kinzigtal“), kann die gesundheitliche Versorgung passgenauer machen, Wartezeiten auf die richtige medizinische, pflegerische oder rehabilitative Maßnahme verkürzen und daher die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen verbessern. Auch neue Versorgungsformen sollten dabei berücksichtigt werden, denn die Trennung zwischen ambulant und stationär verschwimmt insbesondere im Pflegebereich immer mehr.

Zum Erhalt eines möglichst selbstbestimmten Lebens sollte Prävention allerdings nicht erst bei drohender Pflegebedürftigkeit greifen. Es gilt auch zu prüfen, ob Anreize für einen gesunden Lebensstil sowie frühzei-

tige Rehabilitationsmaßnahmen in ausreichendem Maße durchgeführt werden. Zeichnen sich Einschränkungen ab, können technische Hilfsmittel die Mobilität unterstützen oder IT-Lösungen helfen den Alltag einer immer Technik- und IT-affineren älteren Bevölkerung zu organisieren.

10.5 Fazit

Durch die Alterung der Gesellschaft und den zunehmenden Trend hin zu mehr professioneller Pflege wird der Pflegemarkt weiterhin stark wachsen. Durch die steigende Nachfrage ergibt sich ein deutlicher Mehrbedarf an Personal und Kapital, wie die Prognosen aus ► Abschn. 10.3 gezeigt haben. Anbieter professioneller Pflegeleistungen können die Chancen des Wachstumsmarkts Pflege daher nur nutzen und der wachsenden Nachfrage mit einem entsprechend wachsenden Angebot begegnen, wenn sie ausreichend Pflegekräfte und Kapital gewinnen können. Ohne verbesserte Rahmenbedingungen wird dies nicht gelingen.

Um den notwendigen Kapitalbedarf zu decken, wird man sowohl privates als auch nicht-privates Kapital benötigen. Viele, sich häufig ändernde oder regional verschiedene Regulierungen schrecken jedoch insbesondere private Investoren leicht ab und können das Angebot reduzieren. Ein unzureichendes Angebot geht aber zu Lasten der Pflegebedürftigen. Von einem Wettbewerb um gute Qualität und Preise würden pflegebedürftige Menschen dagegen profitieren. So ist eine gezielte Festlegung der (Ergebnis-)Qualität der Pflege Einschränkungen der unternehmerischen Handlungsfreiheit vorzuziehen.

Eine bessere Bezahlung von Pflegekräften wird in der aktuellen Situation mit einer kleiner werdenden Arbeitsbevölkerung nicht ausreichen. Auch weiche Faktoren wie Karriereöglichkeiten, Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die hohe physische und psychische Belastung müssen sich verbessern. Der Personaleinsatz sollte zudem flexibler ge-

staltbar sein und technische Lösungen, die Arbeitsabläufe optimieren und den Personalbedarf reduzieren können, müssen bei der Pflegefinanzierung Berücksichtigung finden.

Nicht zuletzt sollten künftige Konzepte verstärkt die Reduktion der Nachfrage in den Fokus nehmen. Präventive Maßnahmen wie Reha vor und bei Pflege, die die Pflegebedürftigkeit verhindern oder zumindest verzögern können, sollten deutlich gesteigert werden. Gleiches gilt für die Förderung eines gesunden Lebensstils von Anfang an.

Literatur

- FDZ der Länder (2009) Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Nutzung von Mikrodaten der Pflegestatistiken 1999–2009, Projektnummer 1559-2010
- FDZ der Länder (2011) Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Nutzung von Mikrodaten der Pflegestatistiken 2009–2011, Projektnummer 2237-2013
- FDZ der Länder (2017) Nutzung von Mikrodaten der Pflegestatistiken 2013–2015, Projektnummer 3067-2015
- FDZ der Länder (2019) Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Nutzung von Mikrodaten der Pflegestatistiken 2015–2017, Projektnummer 3880-2019
- FDZ Ruhr am RWI (2017) Population Forecast. RWI-GEO-GRID. Version: 1. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. (Datensatz)
- Heger D, Augurzyk B, Kolodziej I, Krolow S, Wuckel C (2019) Pflegeheim Rating Report 2020: Zwischen Nachfragerwachstum und Kostendruck. medhochzwei, Heidelberg
- KPMG (KPMG Law Rechtsanwaltsgesellschaft mbH und die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft) (2020) Studie zur Umsetzung der Berichtspflicht der Länder zu Investitionskosten in Pflegeeinrichtungen
- PwC (PricewaterhouseCoopers GmbH WPG) (2017) Berichtsband „Bevölkerungsbefragung Pflege in Deutschland Dezember 2017“
- Rothgang H (2020) Abschlussbericht im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2019) Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2017. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2020a) Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Einrichtungen. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2020b) Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Ausgabenträger, Leistungsarten, Einrichtungen. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2020c) Verbraucherpreisindex (inkl. Veränderungsraten): Deutschland, Jahre. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2020d) VGR des Bundes – Bruttowertschöpfung, Bruttoinlandsprodukt. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Technik, Pflegeinnovation und Implementierungsbedingungen

Jürgen Zerth, Peter Jaensch und Sebastian Müller

Inhaltsverzeichnis

- 11.1 Pflege, Technik und Beziehungsarbeit:
eine Einführung – 158**
- 11.2 Technikauswahl und Implementierung:
ein Blick auf die (angewandte) Forschung – 159**
- 11.3 Impulse für eine Implementierungsinfrastruktur:
ein Diffusionsbild „Technik und Pflege“ – 162**
 - 11.3.1 Prädiktion der Technikauswahl und -implementierung – 162
 - 11.3.2 Prädiktion der Adoptionsneigung – Fallbeispiel
Dekubitusmanagement – 164
 - 11.3.3 Diskussion der Transferierbarkeit – 167
- 11.4 Zusammenfassung und Implikationen – 169**
- Literatur – 170**

■ Zusammenfassung

Pflegeinnovationen liegen in technischer Hinsicht in mannigfaltiger Weise vor, finden aber nur sehr unzureichend Umsetzung in die Pflegepraxis. Dabei greifen Pflegetechnologien in vielfältiger Hinsicht an den Sorgebeziehungen Pflege an. Die Auswahl und Implementierung von Pflegetechnologien verändert das soziotechnische System Pflege, d. h. es gilt der Blick sowohl auf die handelnden Akteure als auch auf die begleitenden Strukturen sowie die durch Technik veränderten Auf- und Ablaufprozesse zu nehmen. Erfolgreiche Implementierungen können vom Wissen der Akteure und der Einrichtungen über gelingende Adoptionsbedingungen profitieren. Gleichwohl gilt es festzuhalten, dass im Pflegebereich, insbesondere im organisierten Bereich, den verschiedenen Handlungsrollen zwischen Nutzern, Nutznießern und Nachfragern Rechnung getragen werden muss. Die Frage der Verbreitung von Technologien im Sinne einer Diffusion benötigt jedoch neben einer gelungenen Adoptierbarkeit in einem pflegerischen Setting belastbare Hinweise zur Transferierbarkeit in ähnliche Pflegekontexte. Hier systematisches Pflegewissen institutionell zu fördern, auch als Teil einer Reformulierung von Infrastrukturen, kann zur effektiveren und effizienteren Nutzung von Technologien für die und mit der Pflege führen.

(Digital) nursing technologies have been developed in a broad range in recent years. Some technologies may have a great potential to enhance care outcomes and the quality of life of persons in need of care as well as reducing the caregivers' burdens. However, some market entry barriers do not foster an overall diffusion of (digital) nursing technologies. In order to understand how those technologies work adequately, it could be helpful to address the socio-economic environments nursing technologies have to be connected with. Research on adoption criteria outline the necessity to take a look at the interrelation of technologies with given care-mixes and the complimentary factors of the given care-set-

tings. A successful implementation can benefit from scientific-based knowledge on appropriate adoption procedures. In order to develop workable strategies for the transferability of nursing technologies, it is necessary to create an infrastructure for controlled experiences in long-term care settings. As a result, a conceptual model of transferability for (digital) nursing technologies may be beneficial for different stakeholders in long-term care markets. That model needs to be integrated in some re-formulation of infrastructure regulation for long-term care and nursing in general.

11.1 Pflege, Technik und Beziehungsarbeit: eine Einführung

Mit Blick auf Pflege und pflegerische Prozesse, sei es im Akutversorgungskontext und insbesondere in der ambulanten wie stationären Langzeitpflege, sind die Herausforderungen sowohl auf der Akteursebene – Pflegeempfänger sowie Pflegenden – bezüglich der organisatorischen und institutionellen Weiterentwicklungen als auch hinsichtlich der Pflegequalität vielfältig. Als eine wesentliche Herausforderung für institutionalisierte Pflegesysteme insbesondere in Europa wird die – bei Annahme einer Fortschreibung der Pflegeprävalenz – wachsende Zahl der Pflegebedürftigen genannt (vgl. etwa Kraus et al. 2020, S. 24). Die Europäische Union schätzt etwa den Anstieg der Pflegebedürftigen von 20 Mio. im Jahr 2020 auf 30 Mio. im Jahr 2050 (EU 27) (vgl. European Commission 2018). Parallel wächst die Zahl der Pflegepersonen nur unterdurchschnittlich – sowohl in der Familienpflege (vgl. etwa Colombo et al. 2011) als auch im Kontext professioneller Pflegekräfte.

Gerade der Lösungsbeitrag von Technik nimmt hier eine besondere Rolle ein, und zwar in ganz verschiedenen Formen: Technische Systeme können Dokumentationsaufgaben erleichtern, bei der Planung der Pflege helfen und als Assistenzsysteme kraft- oder zeitrau-

bende Routinetätigkeiten entlastend übernehmen (vgl. Rösler et al. 2018; Hülsken-Giesler et al. 2017; Weiß et al. 2017). Mit Blick auf die so genannte Digitalisierung verändert sich diese Blickrichtung noch auf die erhofften besonderen Hebel, etwa effektivere Integration, Kontextualität, Echtzeitverfügbarkeit von Daten u. a.

Technik als Teil der Sorge- und Interaktionsarbeit Pflege setzt bei divergenten Bedarfslagen an und berücksichtigt somit sowohl professionelle Pflege, Familienpflege als auch Selbstpflege (vgl. hier Jendrzey und Schmidt 2017, S. 12–13; Rodriguez et al. 2014). Zur methodischen Abgrenzung der Bezugnahme von Technik am „Point of Care“ kann der Sorgeprozess Pflege als relationale Beziehung oder als Teamproduktion beschrieben werden, wobei der parallele (synchrone) Teil weiterhin als Primärprozess bezeichnet werden soll und vor- und nachbereitende Schritte, die mit dem Primärprozess verknüpft sind, als Sekundärprozess.

Mit Blick auf in der Literatur verwendete Ansatzpunkte von Informations- und Kommunikationstechnologien (vgl. hier Rösler et al. 2018) soll nun eine orientierende Systematisierung von Pflegetechnologien Verwendung finden (■ Tab. 11.1).

Ohne Einschränkung der Allgemeinheit lässt sich somit festhalten, dass das erwartete Wirkungsspektrum von Pflegetechnologien unmittelbar von der Einbindung in die jeweilige Interaktionsstruktur von Pflege abhängig sein dürfte, was wiederum die Frage nach den Einflussfaktoren des spezifischen Pflege-settings stellt. Gerade mit Blick auf die vielfältige Förderung der Entwicklung von Technik in und für die Pflege muten die Hinweise zu erfolgreichen Umsetzungen in der Pflegepraxis eher zurückhaltend an und haben gerade in der jüngeren Zeit verschiedene Untersuchungen zur Auseinandersetzung mit Implementierungsbedingungen und -hürden befördert (vgl. hier Weiß et al. 2017; Hülsken-Giesler et al. 2017).

Grob gesprochen zeigen die verschiedenen Untersuchungen, dass für eine erfolgreiche

Auswahl und Implementierung von Technologien in der Pflege weniger technische Aspekte relevant sind, sondern eher akteurs- und organisationsbezogene Aspekte und letztendlich Fragen der adäquaten Geschäftsmodelle für Technologien sowie dazugehörige Finanzierungs- und Refinanzierungsaspekte eine wesentliche Rolle spielen (vgl. beispielsweise Zölllick et al. 2019; vgl. auch Peek et al. 2014).

Der vorliegende Beitrag will sich ausgehend von einer Charakterisierung von Technologien als Teil pflegerischer Arbeit der Frage nach den Bedingungen für hilfreiche Auswahl- und Implementierungsbedingungen widmen, die beispielsweise in so genannten Technologieframeworks wie etwa dem NASSS-Modell (vgl. Greenhalgh et al. 2018) als Orientierungsrahmen gegeben sind. In dieser Hinsicht greifen auch Überlegungen, inwiefern institutionelle Strukturen notwendig werden, die etwa als Teil einer Regulierungslösung für die Pflege Markteintrittsschranken für Pflegetechnologien abbauen helfen bzw. als Teil einer Informationsstruktur für die Pflege dienlich werden können (vgl. Bauer et al. 2018). Als initiale Orientierung für eine derartige Diskussion gilt es zunächst einen Blick auf die bisherige Erkenntnislage zu den Umsetzungsbedingungen zu werfen.

11.2 Technikauswahl und Implementierung: ein Blick auf die (angewandte) Forschung

Die Auseinandersetzung mit der Frage, inwiefern Technik und Technologien für die (Langzeit-)Pflege zweckmäßig und welche Implementierungsaspekte dabei zu betrachten sind, lässt sich einordnen in die Diskussion nach geeigneten und belastbaren Aussagen zur Effektivität und Effizienz von Innovationen im Gesundheitswesen allgemein (vgl. hier etwa Serra-Sastre und McGuire 2012) und nach Bewertungsansätzen zu (digitalen) Pflegetechnologien im Speziellen (vgl. hier Tak et al.

Tab. 11.1 Orientierung von Technologien in der Pflege (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Becker 2020, S. 175; Schneider et al. 2020, S. 618)

Technologiespektrum	Impuls auf die Pflegearbeit	Zuordnung zum Sorgprozess
Elektronische Dokumentationssysteme	Planung von Pflege und Erfassung notwendiger Informationen, Optimierung von Pflegeprozessen	Sekundärprozess
Technische Assistenzsysteme	Intelligente Unterstützung von Pflegearbeit, Abbau von Belastungen	Primärprozess
Telecare	Reduktion von Distanzen und Gewährleistung entörtlicher Sorgeangebote	Primär- und Sekundärprozess
Teil- und vollautonome Systeme (Robotik)	Veränderung der pflegerischen Arbeitsroutinen, Unterstützung von Pflegenden	Primär- und Sekundärprozess

Pflege-Report 2021

2010). Shaw et al. (2018) plädieren in expliziter Weise dafür, das Zusammenspiel zwischen einer digitalen Produktinnovation und dem damit korrespondierenden Dienstleistungskontext zu beleuchten.

Beispielsweise würde die Einführung eines sensorgestützten Dekubitus-Monitoringsystems, das etwa über eine personenbezogene Sensorik durch den Pflegebedürftigen getragen wird oder als Alternative in der Matratze verbaut ist, den Pflegekräften nicht nur eine durch einen Algorithmus aufbereitete Information zur Verfügung stellen, sondern unmittelbare Auswirkungen auf die Aufbau- und Ablauforganisation der Pflege haben können (vgl. Zerth 2020a, 128 ff.). Die Monitoring-Information könnte gerade durch den Abgleich mit anderen parallel zu erhebenden Vitalparametern unabhängig davon, ob die Pflegekraft anwesend ist, am Bett erhoben und mit Daten aus der Patientenhistorie verbunden werden, was etwa wiederum eine Veränderung im Pflegeprozess zur Folge hätte (vgl. Schneider et al. 2020, S. 624). Es ließe sich somit ein Übergang von einem routinebasierten, von konkreten Pflegeressourcen abhängigen Monitoring zu einem anlassbezogenen Monitoring weiterentwickeln (vgl. Schneider et al. 2017), indem die Pflegekraft – bei Annahme eines funktionierenden Algorithmus – bei Vorliegen eines

pflegepraktischen Bedarfs zum Handeln aufgefordert wird.

Unabhängig von damit perspektivisch empirisch zu erfassenden Auswirkungen auf die Pflegeakteure, die gepflegte Person und letztendlich auf den pflegepraktischen Outcome soll dieser Gedankengang Technik als Teil einer aufgabenbezogenen Interpretation des Pflegeprozesses beschreiben helfen (vgl. Schreyögg und Geiger 2016, S. 277).

Technik beeinflusst sowohl die Akteursseite als auch die Interaktion zwischen Pflegeakteuren. Letztendlich gilt es diese Veränderung auch auf das korrespondierende Pflegesetting zu übertragen (vgl. etwa Shaw et al. 2018). Verschiedene Studien zu wahrgenommenen Implementierungshindernissen von Technologien in der Pflege verdeutlichen gerade die Bedeutung der mangelnden Integration in Ablauf- und Aufbauprozesse von Pflege. So zeichnet exemplarisch die e-Pflege-Studie durch eine Expert*innenbefragung aus dem Bereich der professionellen Langzeitpflege Hemmnisse für die Technologieimplementierung (n=63) auf (vgl. Hülsken-Giesler et al. 2017). Als häufigste Faktoren wurden genannt:

- mangelndes Wissen über die Wirkungen des Technikeinsatzes (63),
- unklare Geschäftsmodelle (55),

- mangelnde Informations- und Beratungsangebote (46).

In ähnlicher Weise zeigen etwa jüngere Fallstudien aus der internationalen Literatur den großen Wert, den Pflegekräfte außer auf die unmittelbare Benutzerfreundlichkeit von Technologien auf die begleitende Förderung von Kompetenzerwerb – etwa durch Schulungen – oder auch die förderliche Umsetzungskultur im jeweiligen pflegerischen Setting legen (vgl. Kuo et al. 2013).¹

Pflegetechnologien, insbesondere digitale Technologien, verändern das Zusammenwirken zwischen den Akteuren (Pflegerische und Gepfleger), dem organisatorischen Prozess im pflegerischen Setting und die damit zusammenhängenden Informationsbeziehungen zwischen den Akteuren. In dieser Hinsicht ist die Frage der Technikauswahl letztendlich nicht von der Implementierung zu trennen und die Auswahlentscheidung für eine Technologie würde sowohl akteursbezogene Adoptionsaspekte (können und werden Technologien von den Pflegenden auch zielgerecht genutzt?) mit den befördernden Verhältnisaspekten des pflegerischen Settings (stellen die organisatorischen Rahmenbedingungen dies auch sicher?) verknüpfen.

In sehr freier Interpretation knüpfen hier die verschiedenen Untersuchungen zur Einstellungs- und Nutzungsakzeptanz von Pflegekräften wieder an (vgl. hier etwa Palmdorf et al. 2020). Beispielsweise beschreiben Schäfer und Keppler (2013) diese als wechselseitiges Lernen der Akteure mit der Technologie im Sinne eines kontinuierlichen Erwartungsabgleichs der Technologieerfahrung im jeweiligen Kontext (Setting).

Schäfer und Keppler nehmen mit dem Akzeptanzbegriff im weiteren Sinne auch die akteursbezogene Analyse der Erfahrung, also des Lernens der Akzeptanzsubjekte mit dem Akzeptanzobjekt innerhalb eines organisatorischen Kontextes, in den Fokus (Schäfer und Keppler 2013, S. 40–41).

Mit dieser Blickrichtung lässt sich ein grobes Bild von *aktorsbezogenen Adoptionsfaktoren* skizzieren. Dieses verknüpft als Variablen einer *aktorsbezogenen Adoptionsprognose* innerhalb eines gegebenen Settings

- das (1) subjektbezogene Bewusstsein und Wissen über die Technologie,
- die (2) verhältnisbezogenen Strukturen (operande Ressourcen) sowie
- die (3) damit verknüpften Kompetenzen der Akteure als operante Fähigkeiten (vgl. hier Behkami und Daim 2016, S. 38–39 oder auch Zerth 2020b, 602 ff.).

Somit lässt sich die Formulierung einer *Adoptionsneigung* bei einem gegebenen Pflegesetting konstruieren, die als Funktion von Wissen und Haltung (A) einer handelnden Person, der strukturellen, operanden Ressourcen (B) sowie der persönlichen (operanten) Fähigkeiten (C), eine Technologie im Sinne eines soziotechnischen Systems einzusetzen, interpretiert werden kann (vgl. Zerth 2020b, 602 ff. in Anlehnung Behkami und Daim 2016, S. 38–39).

Aus einer innovationsökonomischen Betrachtung heraus könnte eine Adoptionsneigung die Information liefern, inwiefern die handelnden Akteure innerhalb eines Settings die Technologie eher als beförderlich sehen – und somit die Implementierung wahrscheinlicher wird – oder als hinderlich interpretieren. Spezifische Modelle der durch Akteure verantworteten Diffusion, exemplarisch Rogers (1995) oder auch Schiavone und Simoni (2019), lassen sich hier anführen. Diese nutzen die Annahme, dass Diffusion letztendlich als zeitabhängige Umsetzungsrate im Markt beschrieben werden kann und sich somit eine Wahrscheinlichkeit ableiten lässt, zu welchem Zeitpunkt ein weiterer, zusätzlicher Nachfrager die Technologie adoptieren wür-

¹ Das integrative Review von Brown et al. (2020) beschreibt die Bedeutung in der Analyse von 35 Studien im Zeitraum von 2010 bis 2018 zur akteursbezogenen Bewertung von Pflegetechnologien. Kuo et al. (2013) untersuchen in einer Befragung zur Implementierung von elektronischen Dokumentationssystemen in Taiwan die Bedeutung begleitender organisatorischer Strukturen sowie einer beförderlichen Kultur zur Innovationsumsetzung.

de (vgl. hier Adler und Kowalczyk 2018). Im vorliegenden pflegerischen Kontext wären hier unterschiedliche Nachfrager- und Nutzerrollen zu berücksichtigen und die Diffusionsentscheidung müsste das Zusammenspiel zwischen Nutzer (Pflegekraft) und Nachfragerentscheider berücksichtigen.

11.3 Impulse für eine Implementierungsinfrastruktur: ein Diffusionsbild „Technik und Pflege“

11.3.1 Prädiktion der Technikauswahl und -implementierung

Pflegetechnologien im Kontext der Adoptier- und Implementierbarkeit innerhalb eines gegebenen pflegerischen Settings zu beschreiben bildet die notwendige Bedingung für die Frage, ob auch andere Einrichtungen als vergleichbare Settings von den Implementierungsfahren „lernen“ können, bedürfen aber noch ergänzender hinreichender Informationen zur Implementier- und Transferierbarkeit im Zeitablauf, wie sie beispielsweise Schloemer und Schröder-Bäck in den Blick nehmen (vgl. Schloemer und Schröder-Bäck 2018, S. 7). Hier können Impulse aus der Versorgungsforschung herangezogen werden, etwa in freier Interpretation der Technologiediffusion als Teil eines Implementierungsprozesses. Burchett et al. (2011) formulieren diesbezüglich einen Dreiklang von

- (1) externer Validität,
- (2) Anwendbarkeit (Applicability) und
- (3) Transferierbarkeit (Transferability)

Während die externe Validität die Wahrscheinlichkeit adressiert, dass Studienergebnisse in unspezifischen Settings oder auf eine andere Vergleichsgruppen übertragbar sind, wollen Burchett et al. mit der Kategorisierung der Anwendbarkeit die Implementierungsfä-

higkeit einer Technologie in einem neuen, spezifischen Setting in den Blick nehmen, wo im Gegensatz zur Transferierbarkeit die Replizierung der Studienergebnisse – also etwa eines pflegepraktisch zu erwartenden Outcomes – nicht unterstellt wird (vgl. Burchett et al. 2011, S. 239). Schloemer und Schröder-Bäck (2018) unterscheiden in ähnlicher Weise die Kriterien der Transferierbarkeit – wobei ein spezifischer Übertragungskontext im Blick ist – von der allgemeinen und weiteren Generalisierbarkeit, wo sich die Ergebnisse auch auf noch nicht ausgewählte unspezifischere Settings verallgemeinern lassen.

Die Implementierung von Pflegetechnologien innerhalb eines definierten Settings lässt die Bedeutung der *Auswahl-* und *Implementierungsentscheidung* über Pflegetechnologien als Wechselspiel zwischen einer Vor-Implementierungs- und Nach-Implementierungs-Prädiktion deutlich werden, wie sie in weiter Analogie auch Peek et al. (2014) formuliert haben. Die Betrachtung der Akzeptanz von Pflegekräften bei der Nutzung einer Pflegetechnologie gibt zwar einen Hinweis auf den Einfluss gelingender Implementierungsbedingungen – etwa durch eine zielgerichtete Schulung der Pflegekräfte –, nimmt aber die Auswahlentscheidung einer Technologie, die etwa im Kontext der stationären Altenpflege vom Einrichtungsleiter oder einem übergeordneten Management getroffen wird, nicht ausreichend in den Fokus. Somit sind gerade hier die unterschiedlichen Stakeholder-Rollen bei einer Technologieimplementierung, nämlich Nutzer, Nutznießer, Nachfrager und u. U. Kostenträger, wieder zu berücksichtigen. In dieser Hinsicht soll nun ein übergeordnetes Bild „Invention, Innovation und Implementierung“ beschrieben werden, das Strukturen für „pflegerelevante Marktinformationen für Hersteller, Pflegende, Einrichtungen und Gesellschaft“ skizzieren hilft.

Mit anderen Worten kann eine wichtige Herausforderung, etwa die in der e-Pflege-Studie erwähnten Implementierungshemmnisse von Pflegetechnologien abzubauen, darin liegen, eine integrierende Systematik der

Transferierbarkeit einer Pflfegetechnologie zu entwickeln. Pflfegetechnologien sind als Teil eines definierten soziotechnischen Systems zu betrachten, das Nutzer, Nutznießer und Nachfrager im jeweiligen Setting und unter der jeweiligen institutionellen Konstellation tangiert, beeinflusst und deren Interaktionsbeziehungen verändert. Beispielsweise könnte eine Kommunikations-App, die zur Kommunikationsförderung zwischen Pflfegepersonen und Angehörigen sowohl in der stationären Akutversorgung als auch in der stationären Langzeitpflfegung eingesetzt werden soll, nur dann umfänglich beurteilt werden, wenn sowohl die Ähnlichkeiten und Unterschiede im Setting als auch der Bezug zu den Nutzern und Nutznießern der veränderten Kommunikation im Hinblick auf das pflfegepraktische Ziel parallel im Fokus sind.

Sollte die Technologie etwa sowohl in der ambulanten als auch der stationären Altenpflfegung eingesetzt werden, müsste etwa die Nutzer- und Nutznießerrolle von der Nachfragerrolle getrennt werden. Während die Nutzer und auch die Nutznießer in beiden Settings vor allem die Pflfegekräfte und die Angehörigen wären, wären die Nachfrager je nach Ausgestaltung des Geschäftsmodells und der Re-Finanzierungsbedingungen die Pflfegeeinrichtung – vertreten durch den Einrichtungsleiter – oder die Angehörigen selbst. Im weiteren Sinne genügt es für eine Prädiktion der Implementierung wohl nicht, nur darauf zu setzen, ob eine Technologie von Pflfegenden und Gepflfegten sowohl akzeptiert als auch genutzt wird, sondern es ist auch zu beleuchten, ob Technologien organisatorisch passend sind und sich auch als Teil einer Re-Finanzierung wiederfinden können (vgl. hier Zerth 2020b, S. 601–602).

Hier können einfache Aspekte wie das Vorhandensein einer WLAN-Verbindung genauso relevant sein wie die Implementierungsfähigkeit in die genutzte Pflfegedokumentationssoftware. Die organisatorische Passung spiegelt somit die verhältnisbezogene Integration der Technik(en) in den Pflfegedokumentationssoftware. Die organisatorische Passung spiegelt somit die verhältnisbezogene Integration der Technik(en) in den Pflfegedokumentationssoftware. Die organisatorische Passung spiegelt somit die verhältnisbezogene Integration der Technik(en) in den Pflfegedokumentationssoftware.

technik. Darüber hinaus gilt es den nicht-materiellen Aspekten, wie die Auswirkungen einer Technologieimplementierung auf die Organisationskultur bzw. die professionelle Identität von Pflfegenden, ebenfalls besonders Rechnung zu tragen (vgl. in Analogie Omachonu und Einspruch 2010, S. 14).

Es lässt sich somit festhalten, dass zur Abbildung einer Prädiktion, welche Auswahl- und Implementierungsbedingungen im organisierten pflfegerischen Umfeld relevant sind, die Handlungsrollen sowohl der Investitionsentscheider (etwa Einrichtungsleiter oder Geschäftsführer als „Nachfrager“) als auch der unmittelbaren Handlungspromotoren (vgl. Hauschildt und Kirchmann 2001) innerhalb des organisatorischen Kontextes, namentlich der Pflfegekräfte, unterschieden werden müssen. Schäfer und Keppler bemühen im Sinne eines phasenorientierten Adoptions- und Implementierungsansatzes, die Idee von Rogers' Adoptions- und Diffusion zunächst als Wissens- und Lernprozess bei gegebenem Setting zu beschreiben (vgl. Schäfer und Keppler 2013, S. 39).

Mit diesem Vorgehen lassen sich mit Blick auf die Adoption und Implementierung innerhalb eines definierten Umfeldes/Settings fünf Schritte eines *Phasenmodells* charakterisieren, nämlich (1) Wissen über die Anwendungslogik, (2) Überzeugung der handelnden Akteure, die Technologie zu nutzen, (3) Entscheidung zur Auswahl und Implementierung der Technologie. Hier gabelt sich der Entscheidungsknoten dann in Adoptionsentscheidung und -ablehnung. Aus beiden Entscheidungssituationen könnte im Sinne einer handlungsrelevanten Information für die Implementierungsprädiktion jedoch gelernt werden. Im Falle der Adoptionsentscheidung würde dann (4) die Implementierung im engeren Sinne und abschließend (5) die Evaluation des Handlungsergebnisses folgen (vgl. hier auch Zerth 2020b, S. 609).

In der Orientierung an diesem Phasenmodell liegt ein ordnender Handlungsblick auf zu bewertende Dimensionen aus technischer, ethischer, ökonomischer und pflfegepraktischer

Sicht vor, wie er sich etwa aus dem NASSS-Framework ableiten ließ oder mit dem von Krick et al. (2020) veröffentlichten Ansatz eines „digital nursing technology outcome framework“ verbinden lassen. Krick et al. versuchen darin, gewichtet nach Outcome-relevanten Perspektiven akteursbezogene Effektivitätsparameter von interaktions- sowie organisationsbezogenen Effektivitätsaspekten zu unterscheiden.

Es gilt jedoch festzuhalten, dass in den bisher herangezogenen Überlegungen die Adoption und Implementierung von Technologie mit deren Veränderungen auf der Akteurs-, Interaktions- und Organisationsbeziehung in einem *definierten Pflegesetting* betrachtet worden sind. Die Ermittlung einer Adoptionsneigung in einem definierten Setting gibt somit einen Hinweis auf die Anwendbarkeit einer Technologie in der gewählten Pflegeumgebung, jedoch noch nicht auf die Transferierbarkeit zwischen zwei vergleichbaren Settings. Daher soll nun dem Charakter der Transferierbarkeit noch besonderer Raum gegeben werden, gleichwohl gilt es vorab noch kurz die Bedingungen gelungener Adoption in den Blick zu nehmen.

11.3.2 Prädiktion der Adoptionsneigung – Fallbeispiel Dekubitusmanagement

Die Adoptionsneigung in einem gegebenen Setting würde aus der Perspektive der Handlungsebene dazu beitragen zu entscheiden, wie die Pflegekräfte oder auch die Organisation einer Einrichtung adressiert werden müssen, um die Implementierung einer Pflegetechnologie zu befördern. Dabei ist auch nach den Erfahrungen beispielsweise im Kontext des BMBF-geförderten Projekts Pflegepraxiszentrum Nürnberg (FKZ: 16SV7898, www.ppz-nuernberg.de) die Bedeutung des Wechselspiels zwischen Akteursmix, Organisationsregeln und dem Bild der neuen zur

bisherigen Technologie zu berücksichtigen.² In einem Experiment im Pflegepraxiszentrum wurden im Laufe des Jahres 2019 Pflegekräfte sowie Pflegeschüler aus verschiedenen Einrichtungen des Pflegepraxiszentrums orientiert an den Kategorien der Technikbereitschaft nach Neyer et al. (2012) zu ihrer allgemeinen und produktbezogenen Technikbereitschaft befragt. Anhand eines Vignetten-Ansatzes wurde insbesondere am Beispiel des Dekubitus-Monitorings eine hypothetische Wechselsituation zwischen drei alternativen technischen Ansätzen zur Dekubitusprophylaxe zur Diskussion gestellt (vgl. Prescher et al. 2020 oder auch Prescher et al. 2021). Die Stichprobe charakterisiert sich dabei wie in Tab. 11.2 dargestellt.

Die Vignetten umfassten folgende Fallbeschreibungen:

- Vignette 1: Stellen Sie sich vor, in Zukunft misst ein Sensor in einem intelligenten Pflaster, wann ein Patient, der sich nicht ausreichend eigenbewegt, umgelagert werden muss. Das Pflaster wird vom Patienten/Bewohner am Körper getragen. Sie erhalten eine Nachricht auf Ihr Endgerät (z. B. Tablet, Computer oder Smartphone): „Bitte Hrn. M. umlagern“. Sie gehen zu Hrn. M. und lagern ihn um. Das Pflaster dokumentiert das Umlagern automatisch. Sie müssen selbst nicht mehr erkennen, dass umgelagert werden muss, sondern nur noch aktiv umlagern.
- Vignette 2: Stellen Sie sich vor, der Sensor aus Fall 1 ist mit der intelligenten Matratze von Hrn. M. verbunden. Sobald der Sensor die Notwendigkeit zum Umlagern erkennt, lagert die intelligente Pflegematratze durch einen Wechsel des Druckes Hrn. M. selbstständig um und dokumentiert das Umlagern. Sie müssen also weder erkennen, dass umgelagert werden muss, noch müssen Sie selbstständig umlagern.

² Shaw et al. (2018) versuchen das Wechselspiel zwischen Pull- und Push-Faktoren in einer Heuristik aus den Merkmalen (Team + Routine) vor Technischeinführung und (Team + Tool + Routine) nach Technischeinführung zu betrachten.

Tab. 11.2 Stichprobe zur Technikbereitschaft (Quelle: eigene Darstellung in enger inhaltlicher Anlehnung an Prescher et al. 2021, S. 315–317)

Stichprobenmerkmale ^a	Ausprägung
Anzahl Gesamtstichprobe	N = 408
Geschlecht	N = 405
Davon männlich	81 (20 %)
Mitarbeiter*innen in der Pflege	N = 398
Davon „patientennah“	269 (67,6 %)
Anzahl Vignettenbefragung	N = 361
Davon „patientennah“ ^b	211

^a Die Auswertung erfolgte unter listenweisem Fallausschluss; dargestellt sind die tatsächlich auswertbaren Zahlen.

^b Als „patientennah“ wurde eine Variable konstruiert, die sowohl eine Verwaltungs- oder Leitungsfunktion ausschloss („Mitarbeiter*in in der Pflege“) als auch die Selbstzuschreibung „patientennahe Tätigkeit“ einschloss. Pflege-Report 2021

— Vignette 3: Stellen Sie sich vor, dass der Sensor aus Fall 1 mit einem Roboter verbunden ist. Sobald der Sensor die Notwendigkeit zum Umlagern erkennt lagert der Roboter Hr. M. um und dokumentiert das Umlagern. Sie müssen also weder erkennen, dass umgelagert werden muss, noch müssen Sie selbständig umlagern.

Würden die Vignetten lediglich aus der technisch-funktionalen Sicht betrachtet, unterschieden sich diese vor allem in der Frage der aktiven oder passiven Rolle der Pflegekraft: Während der Fall 1 sich als teilautonomer Prozess darstellt, da die Sensorik und der Algorithmus das unmittelbare Monitoring auf die Technologie übertragen, die Handlung aber bei der Pflegekraft verbleibt, verändern sich die Systeme 2 und 3 zu vollautonomen Systemen. In diesen Fällen folgt die Handlung auf die pflegepraktische Diagnostik vollautonom durch das Bett (Fall 2) bzw. durch den hypothetischen Roboter (Fall 3).

Nur aus technischer Sicht würden sich die beiden Fälle 2 und 3 somit im erwarteten (technisch-induzierten) Outcome nicht unterscheiden. In dieser Hinsicht sollte in der Befragung

eine Annäherung an die oben formulierte Adoptionsneigung erreicht werden, die an der wahrgenommenen Veränderung der Technologien aus Sicht der Pflegepersonen ansetzt. Diese Interpretation wurde in der Befragung in enger Anlehnung an die Kategorien des Technology Usage Inventory nach Kothgassner et al. (2012) und in Erweiterung der Kategorien der Technikbereitschaft nach Neyner et al. (2012) zugrunde gelegt. Pro Vignette wurden je neun Items in den Blick genommen, die sich auf drei Dimensionen verteilen, nämlich (1) Nützlichkeit, (2) Skepsis und das Single-Item (3) Ethische Bedenken, die jeweils die Skalenwerte zwischen eins (niedrig) und fünf (hoch) annehmen konnten (vgl. dazu ausführlich Prescher et al. 2021).

Der Vergleich der Mittelwerte der Dimensionen über die drei Vignetten ergibt das in **Tab. 11.3** dargestellte Ergebnis.

Die Ergebnisse zeigen (paarweiser Mittelwertvergleich, α -adjustierte t-Tests, $p < 0,000$), dass sich mit höherer Autonomie des technischen Systems – Vergleich Vignette 1 zu den Vignetten 2 und 3 – alle drei Dimensionen deutlich verändern, sowohl die Nützlichkeits-erwartung sich reduziert als auch die Skepsis

Tab. 11.3 Vergleich der Vignetten zum hypothetischen Dekubitusmonitoring (Quelle: eigene Darstellung in enger inhaltlicher Anlehnung an Prescher et al. 2021)

Vignette	Nützlichkeit (1-5)	Skepsis (1-5)	Ethische Bedenken (1-5)
Vignette 1	3,70	2,54	2,38
Vignette 2	3,46	2,94	2,93
Vignette 3	2,79	3,64	3,94

Pflege-Report 2021

und die ethischen Bedenken zunehmen. Besondere Beachtung ist aber dem Unterschied zwischen Vignette 2 und Vignette 3 zu widmen: Es gilt festzuhalten, dass in beiden Systemen die Pflegekraft die unmittelbare pflegerische Aktion der Technologie „überlassen“ würde, die Einschätzung der sehr unspezifisch formulierten Idee eines Roboters im Fall 3 sich gleichwohl deutlich von Vignette 2 unterscheidet.

Vor diesem Hintergrund konnte der Gruppenvergleich der Vignetten 2 zu 3 nochmals mit Blick auf die Subkategorie „Patientennähe“ – Dimension Nützlichkeit – differenziert werden (Abb. 11.1):

Die Intervignetten-Effekte geben einen signifikanten Unterschied ($p < 0,005$) in allen drei Gruppen wieder, wohingegen die Intravignettenunterschiede nicht signifikant sind.³ Im Hinblick auf die Formulierung der Adoptionsneigung als Wechselspiel zwischen personalen Einstellungen sowie operanden Verhältnissen und operanten Akteursfähigkeiten wird mit diesem Ergebnis die Bedeutung möglicher *Eigenschaftsunterschiede* in den Technologien und daraus erwartbarer Implikationen für den Pflegeprozess deutlich. Eine Inter-

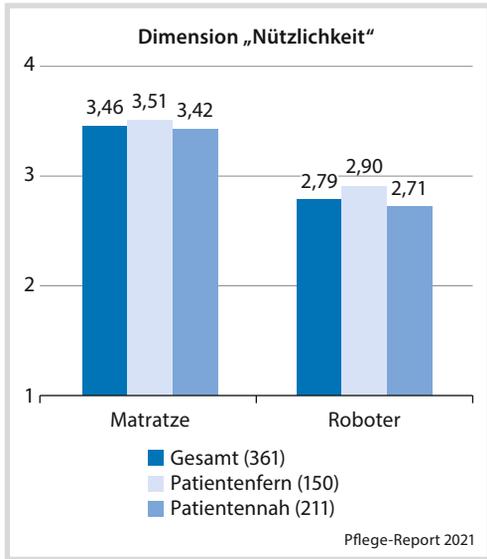


Abb. 11.1 Vignettenvergleich Fall 2 zu Fall 3

pretation könnte darin liegen, dass Pflegekräfte sowohl ihr Handeln als auch das Ergebnis ihres pflegerischen Tuns in einer professionellen Verantwortung halten wollen. Je mehr eine Technik ob ihrer Eigenschaften aus Sicht der Pflegekraft schwieriger zu kontrollieren bzw. gegenüber den Sorgeberechtigten zu garantieren ist – im Fall 3 könnten im Vergleich zu Fall 2 deutlich mehr potenzielle weitere Handlungen durch den Pflegeroboter denkbar sein –, desto geringer scheint die perspektivische Adoptionsneigung – hier nur gemessen durch die Dimension Nützlichkeit – ausgeprägt zu sein.

In dieser Hinsicht könnte die wahrgenommene Sorge- und Interaktionsbeziehung eine mögliche Rolle spielen. Notwendige Kriterien der Abbildung von Implementierbarkeit liegen im gemeinsamen Betrachten aktors- und handlungsbezogener Kriterien und Dimensionen, insbesondere auch auf die Wirkung- und Outcomeorientierung orientiert, wie etwa Krick et al. (2020) es formulieren.

Darüber hinaus gilt es, das Zusammenwirken der unmittelbar handelnden Stakeholder (innerhalb eines definierenden Settings) mit den Stakeholdern in den Blick zu nehmen, et-

³ Bei der Betrachtung des Intravignettenkontextes gilt es festzuhalten, dass es durchaus signifikante Unterschiede im Altersdurchschnitt und der Geschlechterverteilung in den Gruppen patientennah und patientenfern gibt.

wa Nachfragern oder Kostenträgern, die für die langfristige Entscheidung über die Implementierung einer Technologie verantwortlich zeichnen. Während etwa die Einrichtungsleitung im Bild des regulierten Marktes die Frage zu berücksichtigen hat, wie sie bei einer Investitionsentscheidung die Re-Finanzierung auch mit Blick auf mögliche Wettbewerber im regionalen regulierten Markt berücksichtigen muss, gilt es bei gegebener Entscheidung dann die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Umsetzung durch die handelnden (Pflege-)Akteure im pflegerischen Setting abzuschätzen, um eine möglichst gute „Ex ante wie Ex-post-Effizienz“ zu gewährleisten. Somit kann im Sinne einer Rückwärtsinduktion eine Abschätzung der Adoptionsneigung eine wesentliche Information für die Optimierung der Ex ante-Investitionsentscheidung darstellen. In gewisser Weise liegt hier eine Art Forschungsprogramm im Sinne der Schaffung von pflegerelevantem Adoptions- und Implementierungswissen zum Abbau von Markteintrittsschranken in den Pflegemarkt vor.

11.3.3 Diskussion der Transferierbarkeit

Die Frage der Implementierungshürden ist stark mit noch nicht ausreichend vorhandenen Geschäftsmodellkonzeptionen für Technologien verknüpft, wie etwa in der e-Pflege-Studie deutlich wurde. Aus Sicht eines Technologieherstellers stellt sich somit die Frage, ob mit einer Abschätzung einer Adoptionsneigung der handelnden Pflegeakteure sowie der Investitionsbereitschaft beispielsweise der Einrichtungsleitung hinreichende Informationen gegeben sind, um auch eine marktbezogene Diffusionsabschätzung gewinnen zu können. In dieser Hinsicht gilt es nun zu erörtern, inwiefern etwa nach wissenschaftlich definierten Kriterien erhobene Bedingungen in einem Primärsetting eine gute Prognose für ein weitgehend ähnliches Setting darstellen (vgl. hier wieder Schloemer und Schröder-Bäck 2018).

Hier lassen sich Analogien zu kontrollierten Experimenten aufgreifen, wie sie etwa durch den Innovationsfonds in Deutschland idealerweise befördert werden könnten (vgl. etwa Gilbers 2019).

In einem traditionellen Wettbewerbsmodell würde nämlich hier Bezug auf das Doppel „Invention und Exploitation“ genommen werden (vgl. Roberts 2007, S. 36). Der erste Begriff setzt an der Entwicklung von Produkt- und Dienstleistungsideen an und könnte zunächst mustergültig als „Technology Push“ definiert werden.

Die marktliche Verbreitung folgt aber erst mit der Nutzbarmachung, der Exploitation von weiteren Nachfragern und Nutzern, d. h. in der Sprache der Implementierungsforschung der Transferierbarkeit. Ökonomisch liegt hier ein Imitieren eines als erfolgreich angesehenen Produktes vor, wobei im traditionellen Markt der Erfolg einer Innovation und auch die Kriterien für diesen durch den Nutzenszuwachs der Nachfragenden („Value for Money“) beschrieben werden (vgl. etwa Oberender 1973, S. 33).

In regulierten Märkten wie dem Gesundheits- und dem Pflegemarkt lässt sich mit dem Begriff des kontrollierten Experimentierens diese Idee ebenfalls beschreiben, jedoch greift hier die Überlegung, ob die Ergebnisse eines kontrollierten Experiments dann einerseits Pate für die Integration in Regelversorgungsideen stehen sollen, was wiederum andererseits als Markteintrittsinformation für einen Hersteller hilfreich sein kann.

In Analogie zu den Diskussionen über Health Technology Adoption (vgl. Poulin et al. 2013) lassen sich etwa Ansatzpunkte für inhaltliche und prozessuale Kategorien und Dimensionen finden, die wieder Frameworks wie NASSS oder das „digital nursing technology outcome framework“ von Krick et al. in Anspruch nehmen würden.

Letztendlich geht es bei Formen eines kontrollierten Experimentierens um die Frage, in welcher Weise Veränderungen bzw. Varianten eines Versorgungsstandes ex ante durch kontrollierte Interventionen zu einer höheren Ex-post-Effizienz führen (können). Übertra-

gen auf die Perspektive eines Herstellers bei der Technologieimplementierung stellt sich für diesen die Frage nach der Übertragbarkeit von „Best Cases“ sowie der Implementierung in ähnlichen Pflegearrangements oder -settings.

Im Sinne einer systematischen Empfehlung zum Abbau von Markteintrittsschranken würde es darum gehen, etwa für eine Pflegeeinrichtung mit ähnlicher Patienten- oder Belegungsstruktur, ähnlichen strukturellen Parametern im Sinne von sozioökonomischen Rahmenbedingungen oder anderen Merkmalen einer „Strukturähnlichkeit des Pflegearrangements“ eine Prädiktion für erfolgreiche Implementierungsschritte abzugeben bzw. ein „Lernen“ vom „Best Case“ zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang treffen sich die Inventions- und Exploitations-Theorien mit den Ideen aus der Implementierungsforschung, etwa bei Schloemer und Schröder-Bäck. Ziel ist gleichsam, einen kontrollierten Rahmen für die Transferierbarkeit von als erfolgreich definierten Erstkontexten zu etablieren (vgl. Schloemer und Schröder-Bäck 2018, S. 7). Vor diesem Hintergrund lässt sich das oben formulierte Phasenmodell der Adoption und Implementierung innerhalb eines Settings in ein erweitertes Bild der Transferierbarkeit von erfolgreichen Adoptionen und Implementierungen auf weitere Pflegesettings überführen (vgl.  Abb. 11.2).

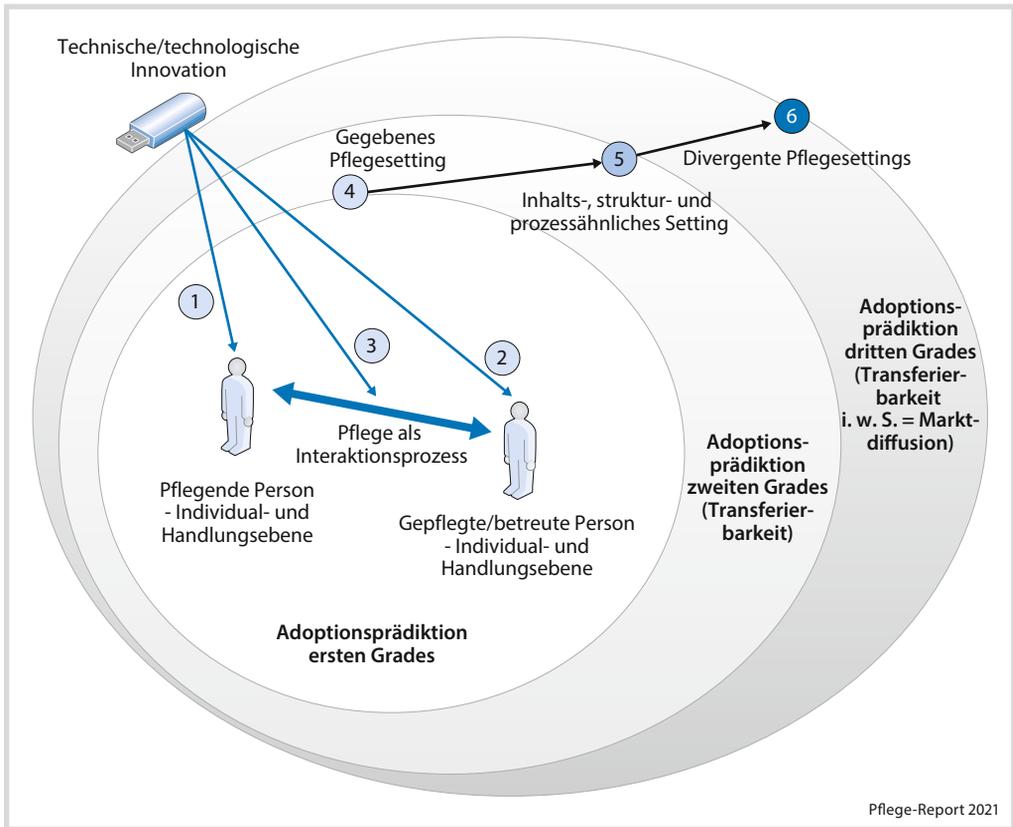
Ausgehend von der Überlegung, dass eine Veränderung eines pflegepraktischen Prozesses durch eine Technologie innerhalb eines Primärsettings auf eine initiale Adoption und Implementierbarkeit überprüft und getestet werden kann, könnte ein erstes Ziel eines (noch weiter zu differenzierendes) Adoptions- und Transferierbarkeitsmodell sein, eine *Adoptionsprädiktion ersten Grades* zu erreichen. Die Aufgabe bestünde darin, mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen und bei Berücksichtigung interdisziplinärer Perspektiven (Pflgewissenschaften, Technik, Ethik, Ökonomie, Soziologie u. a.) sowohl für potenzielle Nutzer als auch für Hersteller die Frage zu beantworten, was sich für die Akteure und für das

konkrete Setting lernen lässt, sollte in diesem eine Technologie eingesetzt bzw. eine passende für dieses Setting gesucht werden.

Exemplarisch würde innerhalb dieses Settings einer potenziellen Pflegeinnovation unmittelbar an der Sorge- bzw. Interaktionsarbeit Pflege angesetzt werden. Gerade mit Blick auf die Erfassung der Implementierungsprädiktion auf Ebene eines Settings/einer Einrichtung können beispielsweise niedrigschwellige Fallstudien oder Praxis-Erfahrungsberichte eine erste systematische Aufarbeitung von Informationen darstellen, deren prädiktiver Gehalt durch stärkeren Bezug auf eine Vergleichsebene mit strukturähnlichen Settings erhöht würde. Methodisch würden auf der Zielebene 1 vor allem die personalen Aspekte von Gepflegten und Pflegenden zu Pflegetechnologien im Sinne von Akzeptanzbefragungen, erwartetem Nutzen, erwarteten Opportunitätskosten sowie ethischen Haltungen erhoben werden. Ergänzend und um die organisationale Ebene zu reflektieren wären Abschätzungen zu den Prozess- und Implementierungskosten sowie zur organisationalen Innovationsbereitschaft einzupflegen. Diese eher induktive Vorgehensweise kann mit einer „objektivierbaren“ Erfassung des Nutzungsverhaltens – z. B. Messungen von Inanspruchnahmen – kombiniert werden.

Den Schritt zur Übertragbarkeit einer Adoptions- und Implementierungsempfehlung aus einem Primärsetting auf ein weiteres Setting könnte mit einer *Adoptionsprädiktion zweiten Grades* (Transferierbarkeit) erfolgen. Wie schon weiter oben beschrieben, würde es um die Übertragbarkeit von „Best Cases“ auf inhalts-, struktur- und/oder prozessähnliche Pflegearrangements gehen. Es gilt dabei festzuhalten, dass Implementierungshürden auch darin liegen, dass Pflegeakteure nach passenden „Best Cases“ für die Implementierung suchen und ein „Lernen“ von guten und weniger guten Erfahrungen bereits in Einrichtungen mit etablierter Technologie wenig systematisch beschrieben oder gar bewertet ist.

Als weitläufigste Bewertungsperspektive und damit verbundene Implementierungsprä-



■ **Abb. 11.2** Adoptions- und Transferierbarkeitsmodell

diktion wäre eine Abschätzung der Eignung der Technologie als Teil des regulierten Gesundheits- und Pflegemarktes im Sinne einer Abschätzung der Diffusionswirkung auf den Pflegemarkt als Ganzes zu sehen (*Adoptionsprädiktion dritten Grades*). Denkbar wären hier methodische Ansätze zur Unterlegung von Implementierungsprognosen für die Aufnahme in den Hilfsmittelkatalog oder auch Implementierungsprädiktionen im Kontext digitaler Anwendungen. Hier gilt es die Abschätzung der Adoption der Technologie von noch ähnlichen Pflegesettings auf weitaus divergentere zu übertragen, verbunden mit einer Abschätzung zur Durchdringung im Versorgungsmarkt (Diffusion im eigentlichen Sinne). Denkbar wären hier etwa Analysen zur Kosten-Effektivitäts-Wirkung von Pflegetechnologien im

Vergleich zur bisherigen Pflegepraxis, etwa im Sinne einer Veränderung der Ressourceninanspruchnahme und/oder der Veränderung von pflegerelevanten Outcomes als Teil des multikriteriellen Prüfverfahrens (vgl. hier Poulin et al. 2013, S. 252–253).

11.4 Zusammenfassung und Implikationen

Die unzureichende flächendeckende Implementierung von Pflegeinnovationen ist vor allem auf die (noch) unzureichende Verknüpfung von aktors-, verhältnis- und institutionenbezogenen Aspekten der Implementierung von Technologien innerhalb eines regulierten

Marktes zurückzuführen. Ein Ansatzpunkt zur zielorientierteren Beförderung von Pflegeinnovationen kann darin liegen, diese als Teil einer soziotechnischen Interaktionsbeziehung zu betrachten, vor allem in den institutionell organisierten Formen von Pflegearbeit. Somit stellt sich im Hinblick auf den Abbau von Implementierungshürden zunächst die Frage nach hinreichender Information für potenzielle Nutzer und Nachfrager einerseits sowie Hersteller andererseits, um den Fokus auf eine gelingende Adoption im jeweiligen Zielsetting setzen zu können. Die Diskussion zur Adoptionsneigung zeigt, wie wichtig es ist, sowohl die akteursbezogenen wie auch parallel die organisationsbezogenen Faktoren in den Blick zu nehmen, die sich mit der Einführung einer Pflegetechnologie der Regel systematisch komplementär verändern.

Hier systematische Systeme zur Ermittlung von Handlungswissen für Pflegeakteure wie Hersteller zu entwickeln und zu fördern, ist eine infrastrukturelle Aufgabe zum Abbau von Markteintrittsschranken. Die Förderung von so genannten Pflegepraxiszentren setzt an dieser Stelle an und kann helfen, systematisch erhobenes und methodisch vergleichbares Pflegewissen zu erreichen und in sehr grober Analogie die Wirkungen einer „Stiftung Pfl egetest“ zu reabsolvieren.

Weiterhin gilt es, insbesondere die Bedeutung des methodischen Lernens zwischen diesen zu betonen, gerade im kontinuierlichen Wechselspiel zwischen Technology Push und Demand Pull im Pflegemarkt. Gleichwohl bleibt aber die Frage offen, ob Pflegetechnologien sich auch in der Breite im Realbetrieb durchsetzen und letztendlich auch finanzieren lassen. Hier können die Pflegepraxiszentren notwendiges Wissen zur Etablierung von kontrollierten Experimenten für Pflegetechnologien schaffen. Inwiefern es dazu weiterführende, regulative Weiterentwicklungen für eine beförderliche Infrastruktur geben muss, kann an dieser Stelle nur angedacht werden und muss sich einreihen in die Diskussion einer grundlegenden Re-Formulierung der institutionellen Bedingungen von (Langzeit-)Pflege

(vgl. etwa Paquet 2020, S. 16–18). Die Verbindung von kontrolliertem Experimentieren mit (digitalen) Pflegetechnologien ist jedoch wohl langfristig nicht von der Frage der systematischen Re-Finanzierung von Technologie in und für die Pflege zu trennen.

Literatur

- Adler J, Kowalczyk P (2018) Abbildung der Diffusion von Innovationen anhand des Bass-Modells: Möglichkeiten der Parameterschätzung. *WiST* 47(9):10–17
- Bauer C, Bradl P, Loose T, Zerth J, Müller S, Schneider M, Prescher T (2018) Entwicklung eines Organisationskonzeptes zur praxisnahen Testung und Evaluation innovativer MTI-Lösungen in verschiedenen Pflege-settings. In: Boll S, Hein A, Heuten W, Wolf-Ostermann K (Hrsg) *Zukunft der Pflege. Tagungsband der 1. Clusterkonferenz 2018*. BIS-Verlag der Universität, Oldenburg, S 51–56
- Becker W (2020) Technik-Pflege-Mix: Vermittlung digitaler Kompetenzen in der professionellen Pflege. In: Zerth J, Francois-Kettner H (Hrsg) *Pflege-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte. Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine „gute Praxis“ der Pflege*. medhochzwei, Heidelberg, S 171–183
- Behkami N, Daim T (2016) Methods and models. In: Daim T, Behkami N, Basoglu N, Kök O, Hogaboam L (Hrsg) *Healthcare technology innovation adoption. Electronic health records and other emerging health information technology innovations*. Springer, Heidelberg New York Dordrecht London, S 37–81
- Brown J, Pope N, Bosco AM, Mason J, Morgan A (2020) Issues affecting nurses' capability to use digital technology at work: an integrative review. *J Clin Nurs* 29:2801–2819
- Burchett H, Umoquit M, Dobrow M (2011) How do we know when research from one setting can be useful in another? A review of external validity, applicability and transferability frameworks. *J Health Serv Res Policy* 16(4):238–244
- Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F (2011) *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Publishing
- European Commission (2018) *The 2018 Ageing Report. Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States 2016–2070*. European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs (Hrsg), Brussels (Institutional Paper 079). https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en. Zugegriffen: 3. Jan. 2020

- Gilbers O (2019) Innovationsfonds: Problemfeld bleibt die Translation. *Monit Versorgungsforsch* 03:28–33. <https://doi.org/10.24945/MVF.03.19.1866-0533.2142>
- Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis C, Lynch J, Hughes G, A'Court C et al (2018) Analysing the role of complexity in explaining the fortunes of technology programmes: empirical application of the NASSS framework. *BMC Med* 16:66. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1050-6>
- Hauschildt J, Kirchmann E (2001) Teamwork for innovation – the ‚troika‘ of promoters. *R&D Manag* 31:41–49
- Hülsken-Giesler M, Zelt T, Weidner F (Hrsg) (2017) ePflge. Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflge. Studie. Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, Vallendar, Köln
- Jendrzek B, Schmidt R (2017) Veränderte Anforderungsprofile der ambulanten Langzeitpflge. In: Bettig U, Frommelt M, Roes M, Schmidt R, Thiele G (Hrsg) *Pflgeberufe der Zukunft: Akademisierung, Qualifizierung und Kompetenzentwicklung*. Jahrbuch Pflge-management. medhochzwei, Heidelberg, S 7–23
- Kothgassner OD, Feinhofer A, Hauk N, Kasthofer E, Gomm J, Kryspin-Exner I (2012) TUI: Technology Usage Inventory. Fragebogen und Manual. Wien. https://www.ffg.at/sites/default/files/allgemeine_downloads/thematische%20programme/programmdokumente/tui_manual.pdf. Zugegriffen: 12. März 2018
- Kraus M, Föbtleithner S, Riedel M (2020) Pflgesysteme im internationalen Vergleich. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflge-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Springer, Berlin, S 23–37
- Krick T, Huter K, Seibert K, Domhoff D, Wolf-Ostermann K (2020) Measuring the effectiveness of digital nursing technologies: development of a comprehensive digital nursing technology outcome framework based on a scoping review. *Bmc Health Serv Res* 20:243. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05106-8>
- Kuo KM, Liu CF, Ma CC (2013) An investigation of the effect of nurses' technology readiness on the acceptance of mobile electronic medical record systems. *BMC Med Inform Decis Mak* 13:88. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-88>
- Neyer F, Felber J, Gebhardt C (2012) Entwicklung und Validierung einer Kurzskaala zur Erfassung der Technikbereitschaft. *Diagnostica* 58:123–134
- Oberender P (1973) Industrielle Forschung und Entwicklung. Eine theoretische und empirische Analyse bei oligopolistischen Marktprozessen. Paul Haupt, Bern
- Omachonu V, Einspruch N (2010) Innovation in health-care delivery systems: a conceptual framework. *Innov Journal: Public Sect Innov J* 15:1–20
- Palmdorf S, Hochmuth A, Stark AL, Dockweiler C (2020) Digitalisierung und Pflge – wann akzeptieren Pflgekräfte Technologien? In: Zerth J, Francois-Kettner H (Hrsg) *Pflge-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte. Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine „gute Praxis“ der Pflge*. medhochzwei, Heidelberg, S 137–148
- Paquet R (2020) Struktureller Reformbedarf in der Pflgeversicherung – ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflge-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Springer, Berlin, S 3–21
- Peek S, Wouters E, Van Hoof J, Luijckx K, Boeije H, Vrijhoef H (2014) Factors influencing acceptance of technology for aging in place: a systematic review. *Med Inf* 83:235–248
- Poulin P, Austen L, Scott C, Waddell C, Dixon E, Poulin M, Lafrenière R (2013) Multicriteria development and incorporation into decision tools for health technology adoption. *J of Health Org and Mgt* 27:246–265
- Prescher T, Müller S, Jaensch P, Schneider M, Zerth J (2021) Technik, Pflge und prozessorientierte Organisationsentwicklung: Nachhaltige Implementierung durch gezielte Bildungsmaßnahmen. In: Freier C, König J, Manzeschke A, Städtler-Mach B (Hrsg) *Gegenwart und Zukunft sozialer Dienstleistungsarbeit*. SpringerNature, Berlin Heidelberg, S 313–328
- Prescher T, Schneider M, Müller S, Jaensch P, Zerth J (2020) Technik, Pflge und prozessorientierte Lernkulturentwicklung. Konstitution und Konstruktion der Technikimplementierung in Pflgeeinrichtungen am Beispiel der Dekubitusprophylaxe. *Pädagogik Gesundheitsberufe* 7(2):115–121
- Roberts E (2007) *Managing Invention and Innovation*. Res Technol Manag 50:35–54
- Rodriguez R, Leichenring K, Winkelmann J (2014) The ‚make or buy‘ decision in long-term care: lessons for policy. *European Centre for Social Welfare Policy and Research*, Vienna
- Rogers E (1995) *Diffusion of Innovations*, 4. Aufl. The Free Press, New York
- Rösler U, Schmidt K, Merda M, Melzer M (2018) Digitalisierung in der Pflge. Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflgender verändern. Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin
- Schäfer M, Keppler D (2013) Modelle der technikorientierten Akzeptanzforschung. Überblick und Reflexion am Beispiel eines Forschungsprojekts zur Implementierung innovativer technischer Energieeffizienzmaßnahmen. discussion paper. TU Berlin, Zentrum Technik und Gesellschaft, Berlin
- Schiavone F, Simoni M (2019) Strategic marketing approaches for the diffusion of innovation in highly regulated industrial markets: the value of market access. *J Bus Ind Mark* 34:1606–1618
- Schloemer T, Schröder-Bäck P (2018) Criteria for evaluating transferability of health interventions: a sys-

- tematic review and thematic analysis. *Implement Sci* 13:88. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0751-8>
- Schneider M, Besser J, Geithner S (2020) Technologische Innovationen in der Pflege: von der routinebasierten zur anlassinduzierten Pflege. In: Pfnansteel M, Kassel K, Rasche C (Hrsg) *Innovation und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen*. Springer Gabler, Wiesbaden, S 615–632
- Schneider M, Besser J, Zerth J (2017) Individualisierung durch Digitalisierung am Beispiel der stationären Pflegeversorgung – Organisations- und informationsökonomische Aspekte. In: Pfnansteel M, Da-Cruz P, Mehlich H (Hrsg) *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II. Impulse für das Management*. Springer Gabler, Wiesbaden, S 205–226
- Schreyögg G, Geiger D (2016) *Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. Mit Fallstudien*, 6. Aufl. Springer Gabler, Wiesbaden
- Serra-Sastre V, McGuire A (2012) Technology diffusion and substitution of medical innovations. *Adv Health Econ Health Serv Res* 23:149–175
- Shaw J, Agarwal P, Desveaux L, Palma DC, Stamenova V, Jamieson T et al (2018) Beyond „implementation“: digital health innovation and service design. *Npj Digit Med* 1:48. <https://doi.org/10.1038/s41746-018-0059-8>
- Tak S, Benefield L, Mahoney D (2010) Technology for long-term care. *Res Gerontol Nurs* 3:61–72
- Weiß C, Lutze M, Gissendanner S, Peters V (2017) Nutzen und Finanzierung technischer Assistenzsysteme aus Sicht der Pflegeversicherung und weiterer Akteure der Verantwortungsgemeinschaft am Beispiel der Quartiersvernetzung – Abschlussbericht. gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Berlin. <https://www.iit-berlin.de/de/publikationen/nutzen-und-finanzierung-technischer-assistenzsysteme-aus-sicht-der-pflegeversicherung-und-weiterer-akteure-der-verantwortungsgemeinschaft-am-beispiel-der-quartiersvernetzung>. Zugegriffen: 27. Sept. 2020
- Zerth J (2020a) Digitalisierung und Pflege – anlassbezogene Pflege, Plattformen und Implikationen für Effektivität, Effizienz und mögliche Ordnungsregeln. In: Zerth J, Francois-Kettner H (Hrsg) *Pflege-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte. Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine „gute Praxis“ der Pflege*. medhochzwei, Heidelberg, S 119–136
- Zerth J (2020b) Innovation und Imitation – zur Diskussion einer nachhaltigen Implementierung. Eine Betrachtung am Beispiel von technischen Innovationen im Pflegemarkt. In: Pfnansteel M, Kassel K, Rasche C (Hrsg) *Innovation und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen*. Springer Gabler, Wiesbaden, S 597–614
- Zöllick J, Kuhlmeiy A, Suhr R, Eggert S, Nordheim J, Blüher S (2019) Akzeptanz von Technischeinsatz in der Pflege. Zwischenergebnisse einer Befragung unter professionell Pflegenden. In: Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer, Berlin, S 211–218

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen?

Renate Stemmer

Inhaltsverzeichnis

- 12.1 Einleitung – 174
- 12.2 Gründe für den Engpass – gravierende Mängel der Arbeitsqualität – 175
- 12.3 Herausforderung Qualifizierungslevel – 178
- 12.4 Zum Potenzial von Pflegefachpersonen als Treiber von Qualität und von Veränderungen – 180
- 12.5 Zum Treiber von Veränderungen werden – 181
- Literatur – 183

■ Zusammenfassung

Der Beitrag diskutiert die Rolle der beruflich Pflegenden in den sich verändernden Angebotsstrukturen im Zuständigkeitsbereich des SGB XI. Diese wird beeinflusst durch deren Arbeitssituation, Qualifikation und die zugewiesenen Handlungsspielräume. Die Engpass-situation ist unbestritten. Empirisch belegt ist ein erheblicher Mangel an Pflegepersonen im Zusammenhang mit gravierenden Mängeln der Arbeitsqualität. Diese betreffen die Bezahlung, die vertragliche Beschäftigungssituation, eine unzureichende Balance zwischen Arbeit und Leben, ein hohes Arbeitsaufkommen, unzureichende Karrieremöglichkeiten und geringe Mitarbeiterrepräsentation.

Inwieweit die Bemühungen, den Personal-mangel über eine Erhöhung des Anteils an Assistenzpersonen zu verringern, zielführend auch im Sinne ausreichender Pflege- und Versorgungsqualität sind, ist offen. Sorge bereitet das unklare Potenzial der Assistenzperso-nen angesichts äußerst heterogener länderspe-zifischer Qualifizierungsangebote ebenso wie die voraussichtlich eher geringen Delegati- onskompetenzen der zukünftigen Pflegefach- personen. Unverständlich ist auch, dass die hochschulisch qualifizierten Pflegenden in den Überlegungen zur bewohnernahen Versorgung bislang keine Rolle spielen.

Die in der Pflege Tätigen können dann zum Treiber von Veränderungen werden, wenn ihr Potential qualifikations- und aufgabenbezogen genutzt wird. Dies setzt zwingend die Integra- tion der beruflich Pflegenden mit hochschul- ischer Qualifikation auf der Bachelor- und der Masterebene in der bewohnernahen Pflege und Versorgung voraus. Bedingung ist ebenfalls eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedin- gungen sowie eine Stärkung der politischen Einflussnahmemöglichkeiten.

The article discusses the role of professional carers in the changing service structures within the scope of responsibilities laid down in the German Social Code Book XI. Their role is influenced by their work situation, qualifica- tions and the scope of action allocated to them.

The bottleneck situation is undisputed. Empiri- cal evidence shows a considerable shortage of caregivers in connection with serious defi- ciencies in their quality of work. These relate to pay, the contractual employment situation, an insufficient work-life balance, a high work- load, insufficient career opportunities and low staff representation.

It remains to be seen to what extent the efforts to reduce the staff shortage by increas- ing the proportion of care assistants will also be effective in terms of sufficient care and supply quality. The unclear potential of the as- sistants in view of the extremely heterogeneous state-specific qualification programmes is just as worrying as the presumably rather low delegation competences of the future nursing professionals. It is also incomprehensible that university-trained nurses have so far played no role in the considerations on resident-centred care.

Nurses can become drivers of change if their potential is utilised in terms of qualifica- tions and tasks. This requires the integration of professional nurses with university qualifi- cations at the bachelor's and master's level in resident-centred nursing and care. Apart from that, working conditions must be significantly improved and the political influence of the pro- fession must be strengthened.

12.1 Einleitung

Die Frage danach, ob die in der Pflege Tä- tigen Treiber von Veränderungen sind, kann zweifach interpretiert werden. So könnte es darum gehen, ob diese Gruppe in quantitati- ver und qualitativer Hinsicht in der Lage ist, Konzepte, die durch andere Player entwickelt wurden, umzusetzen oder darum, dass Pflege- fachpersonen neue Angebote entwickeln und implementieren. Der Beitrag wird auf beide Perspektiven eingehen.

Gesundheits- und Pflegeberufe gelten als Engpassberufe (Bußmann 2015). Eine Studie des Instituts der Deutschen Wirtschaft defi-

niert „Engpass“ als anhaltende Knappheit über einen Zeitraum von drei Jahren und neun Monaten, gekennzeichnet dadurch, dass in diesem Zeitraum im Durchschnitt weniger als 200 Arbeitslose auf je 100 gemeldete offene Stellen kommen (Bußmann 2015). Die Doppelung der gemeldeten Arbeitslosenzahl im Verhältnis zu den offenen Stellen berücksichtigt die Tatsache, dass nur etwa die Hälfte der offenen Stellen der Bundesagentur für Arbeit gemeldet werden.

12.2 Gründe für den Engpass – gravierende Mängel der Arbeitsqualität

Um die im Titel aufscheinende Frage zu beantworten, ist es erforderlich, sich die Personalsituation in der ambulanten und stationären Pflege genauer anzuschauen. Die Arbeit in der Pflege wird als hoch sinnvoll erlebt. So bejahen 93 % der Beschäftigten in der Altenpflege die Aussage, dass sie mit ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018). Wie erklärt sich dann der seit Jahren bestehende eklatante Mangel insbesondere an Pflegefachpersonal in der ambulanten und stationären Pflege?

Zur Reflexion der Situation der in der Pflege Tätigen ist das Konzept der „Arbeitsqualität“ hilfreich. Arbeitsqualität verweist auf die Frage, ob eine „Arbeitssituation als förderlich und angenehm oder belastend und unbefriedigend gilt bzw. erlebt wird“ (Fritz 2015). Das Konstrukt der Arbeitsqualität ist mehrdimensional. Auch wenn es keine abschließende Klärung der zugehörigen Dimensionen gibt, können doch als relevante Dimensionen Bezahlung, vertragliche Beschäftigungssituation, Arbeitszeiten und die Balance zwischen Arbeit und Leben, Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzsicherheit, Weiterbildung und Karriere-möglichkeiten sowie Mitarbeiterrepräsentation und -partizipation genannt werden (Fritz 2015). Werden diese Dimensionen auf den Be-

reich der stationären und ambulanten Pflege angewendet, zeigen sich gravierende Mängel der Arbeitsqualität.

■ ■ Bezahlung

Beim Blick auf die Bezahlung kommen die Beschäftigten in der stationären und der ambulanten Pflege in besonderer Weise ins Hintertreffen: Eine Analyse des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) weist aus, dass Fachkräfte in der Altenpflege 14,5 % weniger verdienen als die Beschäftigten insgesamt. Helferinnen und Helfer in der Altenpflege verdienen fast 40 % weniger im Vergleich zum Medianentgelt aller Beschäftigten. Diese Ergebnisse sind umso gravierender, wenn man bedenkt, dass die Berechnung des Einkommens Zuschläge für Wochenend- oder Schichtarbeit bereits berücksichtigt (Seibert et al. 2018). So verwundert nicht, dass 78 % der in der Altenpflege Tätigen in einer Umfrage des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) den Eindruck haben, unangemessen niedrig bezahlt zu werden. Unter den Beschäftigten aller Branchen beträgt der Anteil demgegenüber 48 % (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018).

■ ■ Vertragliche Beschäftigungssituation

Die vertragliche Beschäftigungssituation ist gekennzeichnet durch einen hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigung. „Teilzeitbeschäftigt ist ein Arbeitnehmer, dessen regelmäßige Wochenarbeitszeit kürzer ist als die eines vergleichbaren vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers.“ (BMJV 2019). Ende 2019 waren in deutschen Pflegeheimen 796.489 Personen beschäftigt, davon nur 29,11 % vollzeitbeschäftigt. In den ambulanten Pflegediensten waren 421.550 Personen beschäftigt, davon waren 27,78 % vollzeitbeschäftigt (Destatis 2020). Die Teilzeitspanne in der stationären und ambulanten Pflege ist groß: Ca. 40 % der Beschäftigten arbeiten mehr als 50 %, aber weniger als 100 % der regulären Arbeitszeit. In der ambulanten Pflege sind dies 37,48 %, in der stationären Pflege 41,34 % der Beschäftigten. In der ambulanten Pflege sind 31,09 % und in der stationären Pflege 21,68 % in einem Umfang

von unter 50 % der Arbeitszeit einschließlich geringfügiger Beschäftigung tätig (DeStatis 2020). Das heißt, über 70 % der in der ambulanten oder stationären Pflege Tätigen sind teilzeitbeschäftigt. Dabei liegt der Frauenanteil der Teilzeitbeschäftigten bei 90 % und damit über dem entsprechenden Wert für alle Berufe (81,2 %) (Bogai et al. 2015).

Als Grund für die Teilzeitarbeit gaben in einer nicht-repräsentativen Online-Befragung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) 46,23 % der 1.946 an der Befragung Teilnehmenden an, dass ihnen die berufliche Belastung bei Vollzeitarbeit zu hoch sei. 30 % der Befragungsteilnehmenden wünschen sich mehr Zeit für persönliche Interessen (DBfK 2019). Zwar nahmen an der Befragung des DBfK mehrheitlich Pflegepersonen teil, die im Krankenhaus tätig sind, es ist aber anzunehmen, dass die Belastungssituation in der ambulanten Pflege und im Pflegeheim vergleichbar ist.

Ein Teil der Teilzeitbeschäftigten hat Interesse aufzustocken. 46 % der Altenpflegerinnen und -pfleger und 55 % der Helferinnen und Helfer in der Altenpflege in Ostdeutschland gaben an, eine Teilzeitstelle einzunehmen, da eine Vollzeitstelle nicht zu finden sei. In Westdeutschland lagen die Zahlen bei 13 % (Altenpfleger/innen) bzw. 17,5 % (Altenpflegehelfer/innen) (Bogai et al. 2015).

■ ■ Arbeitszeiten und die Balance zwischen Arbeit und Leben

Die Frage der Arbeitsqualität ist auch von den Arbeitszeiten und dem Einfluss der Arbeitszeiten auf die Work-Life-Balance abhängig. 69 % der in der Altenpflege Tätigen sind regelmäßig oder ständig im Schichtdienst tätig. 82 % in der Altenpflege arbeiten sehr häufig oder oft am Wochenende (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018). Schicht- und Wochenenddienst sind angesichts der Versorgungserfordernisse unumgänglich. Anders sieht dies jedoch mit der Planbarkeit von Arbeitszeit aus. Nur 29 % der in der Altenpflege Tätigen geben an, einen hohen oder sehr hohen Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitszeit zu haben. Dagegen sehen sich 41 % mit der Erwartung von

Arbeitgebern konfrontiert, auch außerhalb der regulären Arbeitszeit jederzeit erreichbar zu sein (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018). Eine weitere Problemstelle ist mit der oftmals mangelnden Verlässlichkeit des Dienstplanes zu benennen. Bei erhöhtem Arbeitsanfall oder dem Ausfall von Kolleginnen und Kollegen wird erwartet, dass jemand einspringt. Die fehlende Planbarkeit privater Aktivitäten gehört zu den zentralen Gründen für die Überlegung den Beruf zu verlassen.

■ ■ Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzsicherheit

Weitere Merkmale der Arbeitsqualität sind Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzsicherheit. Während die Arbeitsplatzsicherheit in der Pflege als hoch wahrgenommen wird (Buxel 2011), sind die Arbeitsbedingungen seit langem problematisch. Besonders hervorstechend sind Hetze und Zeitdruck, unter denen Pflegearbeit erbracht werden muss. In einer Studie des DGB geben 69 % der in der Altenpflege Tätigen an, sehr häufig oder oft Hetze und Zeitdruck ausgesetzt zu sein (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018). Dies wiederum führt dazu, dass nicht alle erforderlichen Pflegeleistungen erbracht werden können. Häufig sind dies Leistungen im Bereich der Zuwendung oder Beratung mit der Folge, dass die in der Pflege Tätigen am Schichtende mit schlechtem Gewissen nach Hause gehen oder bestimmte Leistungen außerhalb der bezahlten Arbeitszeit erbringen. Immerhin 29 % der in der Altenpflege Tätigen im Vergleich zu 16 % aller Beschäftigten kompensieren so das Missverhältnis von Arbeitspensum und Arbeitszeit (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018).

Der Blick auf die Seite der körperlichen Belastung zeigt, dass 78 % der in der Altenpflege Tätigen angeben, sehr häufig oder oft schwer tragen, heben oder stemmen und damit körperliche Schwerarbeit leisten zu müssen (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018). Neben den körperlichen sind auch die emotionalen Anforderungen im Pflegebereich hoch: 46 % der in der Pflege Tätigen geben an, mit strukturell oder situativ bedingten widersprüchli-

chen emotionalen Anforderungen konfrontiert zu werden. Dieses erfordert eine emotionale Disziplinierung, mit deren Folgen die Betroffenen oft allein fertig werden müssen, da Zeit und Ressourcen für eine Bearbeitung nicht zur Verfügung stehen (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018).

Die hohen körperlichen Anforderungen und psychischen Belastungen schlagen sich in den Krankheitsstatistiken nieder. Eine Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) kommt zu dem Ergebnis, dass Berufstätige in der Altenpflege im Jahr 2018 mit durchschnittlich 1,4 AU-Fällen je Versicherungsjahr von Arbeitsunfähigkeiten betroffen sind. Im Vergleich dazu liegen die AU-Fälle aller bei der TK versicherten Berufstätigen insgesamt bei 1,21. Auch die fallbezogene Krankschreibedauer liegt mit von 18,1 Tagen deutlich über der allgemeinen Anzahl, die bei 12,3 AU-Tagen liegt. Bezogen auf ein Versichertenjahr stehen 25,3 Krankheitstage bei in der Altenpflege Tätigen 12,3 aller bei der TK versicherten Berufstätigen gegenüber (Die Techniker Krankenkasse 2019). Die hohe Anzahl an Krankheitstagen ist umso bemerkenswerter, als 49 % der in der Altenpflege Tätigen angeben, in den letzten zwölf Monaten an zehn Tagen und mehr gearbeitet zu haben, obwohl sie sich richtig krank fühlten (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018).

Zusammenfassend verwundert nicht, dass im Mittel nur 20 % der in der Altenpflege Tätigen sich vorstellen können, die jetzige Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkung ausüben zu können. Allerdings ist die Spreizung hoch: Wenn die Arbeitsbedingungen als gut wahrgenommen werden, können sich 51 % die weitere Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkung vorstellen, bei als schlecht wahrgenommenen Arbeitsbedingungen nur 11 % (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018).

Nicht zuletzt mit dem Ziel, die persönlichen Arbeitsbedingungen zu verbessern, wechseln Pflegepersonen in die Zeitarbeit. In einer im Auftrag der Pflegekammer Niedersachsen durchgeführten Erhebung, an der

sich 144 in Zeitarbeit beschäftigte Pflegen- de beteiligten, begründen 54,5 % den Wechsel in die Zeitarbeit mit einer besseren Vergütung, 50,9 % mit selbstbestimmten und flexibleren Arbeitszeiten und 46,8 % damit, spontanes Einspringen bei Dienstplanänderungen vermeiden zu wollen (Pflegekammer Niedersachsen KDÖR 2021).

■ ■ Weiterbildungsmöglichkeiten und Karriere

Auch die Weiterbildungsmöglichkeiten gehören zu den Merkmalen von Arbeitsqualität. Zwar unterstreicht der DGB-Index Gute Arbeit, dass mit 71 % Angebote zu Fort- und Weiterbildungen in der Altenpflege überdurchschnittlich häufig sind (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018). Jedoch fehlt eine Differenzierung zwischen Pflichtfortbildungen (wie zu Arbeitsschutz und zum Notfallmanagement oder Schulungen z. B. im Rahmen der Implementierung von Expertenstandards), und Fort- und Weiterbildungen, die dem beruflichen Aufstieg, der Erweiterung des beruflichen Aufgabenfeldes oder der Spezialisierung im pflegerischen Aufgabenfeld dienen. Inhaltlich wären hier die Qualifizierung zur Praxisanleiter/in, zur Leiterin oder zum Leiter einer Pflege- oder Funktionseinheit, zur gerontopsychiatrischen Fachperson oder zur Pflegefachperson im Bereich der Palliativ- und Hospizpflege zu nennen. Wenn in einer Erhebung der Hochschule Niederrhein 64 % der 319 teilnehmenden Pflegeheime und 59 % der 286 teilnehmenden ambulanten Pflegedienste angeben, den Pflegepersonen bis zu fünf Weiterbildungstage im Jahr zu ermöglichen (Timmreck et al. 2017), wird deutlich, dass damit nur ein kleiner Teil der Weiterbildungsstunden, die für die o. g. Weiterbildungen zwischen ca. 150 und 650 Stunden liegen, abgedeckt werden kann.

Vielfach werden auch fehlende Karriere-möglichkeiten in der Pflege für die mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe verantwortlich gemacht. Karrieremöglichkeiten wurden klassischerweise als Ein- bzw. Aufstieg in das managerielle oder pädagogische Aufgabenfeld

angeboten. Während im Krankenhaussektor nach und nach Karrieremöglichkeiten entwickelt werden, die die pflegerische, patientenbezogene Expertise hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen nutzen, sind ähnliche Schritte in der Altenpflege nicht wahrnehmbar. In formaler Hinsicht behindert die hohe Teilzeitquote Karriereoptionen für einen Großteil der Beschäftigten.

■ ■ Mitarbeiterrepräsentation und -partizipation

Wie im Zusammenhang mit den Arbeitszeiten bereits angesprochen, sind die Möglichkeiten der Einflussnahme der in der Pflege Tätigen auf die Dienstplangestaltung insgesamt gering. Doch Partizipation betrifft nicht nur die Arbeitssituation, sondern auch die Möglichkeiten der (Aus-)Gestaltung der Pflegeangebote. Eine entsprechende partizipative Kultur und die gezielte Implementierung von Instrumenten zur Förderung der Mitarbeiterpartizipation sind in der Altenpflege nur ausnahmsweise anzutreffen. Die Diskrepanz zwischen hoher Beanspruchung einerseits und geringen Einflussmöglichkeiten andererseits wird als besonders belastend erlebt und führt zu Überlegungen den Arbeitgeber zu wechseln oder den Beruf ganz zu verlassen (Hasselhorn et al. 2008; Joost 2007). Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Sachverständigenrat den Einrichtungen, ihre Wettbewerbsfähigkeit u. a. durch eine Verbesserung der Partizipations- und Mitsprachemöglichkeiten zu stärken (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012). Diese Empfehlung ist bislang kaum aufgenommen worden.

12.3 Herausforderung Qualifizierungslevel

Die Zusammensetzung des Personals in der stationären und ambulanten Pflege und Betreuung ist sehr heterogen. Die größte Gruppe bilden Pflegefach- und -assistentperso-

nen. 140.505 Personen der in einem ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienst Tätigen, das sind 33,33 %, verfügen über keinen einschlägigen oder gar keinen Berufsabschluss, in den Pflegeheimen sind dies 295.906 von 769.489 Personen oder 37,15 % (Destatis 2020).

Doch auch das Qualifizierungslevel der Assistenzpersonen erscheint angesichts von bundesweit 27 verschiedenen ein- bis zweijährigen Pflegehilfs- bzw. Pflegeassistentenausbildungen mit acht verschiedenen Berufsbezeichnungen als intransparent. Alle diese Qualifizierungsangebote unterliegen einer landesrechtlichen Regelung und zielen auf einen Arbeitsbereich in der stationären und ambulanten Kranken- und Altenpflege ab (Jürgensen 2019). Die Vielfalt der Qualifizierungsangebote im Assistenzbereich bezeichnet die Vizepräsidentin des Deutschen Pflegerates als „Desaster für die pflegeberufliche Bildung“ (Vogler zit. n. Lücke 2021). Mit diesem Bildungsdesaster verbunden sind unklare Kompetenz- und damit auch Handlungsprofile.

Dies ist angesichts der hohen Bedeutung, die der Assistenzebene zukünftig insbesondere im Bereich der stationären Pflege zugeschrieben wird (Rothgang et al. 2020), hochproblematisch. Die Universität Bremen hat in einem aufwändigen empirischen Verfahren ein Berechnungssystem entwickelt, das beansprucht, den Pflegepersonalbedarf in der stationären und teilstationären Pflege vom Versorgungsbedarf aus zu bestimmen. Die Forscherinnen und Forscher konstatieren einen deutlich erhöhten Bedarf an Pflegeassistentenpersonen, bei einem etwa gleichbleibenden Bedarf an Pflegefachpersonen. Eine definierte Fachkraftquote soll es nicht mehr geben (Rothgang et al. 2020). Die Empfehlungen der Wissenschaftler sollen eine Orientierung für weitere Entscheidungen der Bundesregierung und der Partner der Pflegeselbstverwaltung bilden. Ein erster Schritt zur Umsetzung der Empfehlungen stellt der vom Bundesgesundheitsminister Ende 2020 ins Kabinett eingebrachte Entwurf eines Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes dar.

12.3 · Herausforderung Qualifizierungslevel

Hinsichtlich des Ergebnisses der Bremer Studie ist Skepsis angebracht, denn die Grundlage für die Erhebungen für die Entwicklung des Personalbemessungsinstruments bildete ein Katalog von Einzeltätigkeiten. Das hierin aufscheinende technizistische Verständnis von Pflege wird der Komplexität von Versorgungsprozessen jedoch nicht gerecht (Bartholomeyczik et al. 2021). Wenn die Methode zur Berechnung des Personalbedarfs problematisch ist, steht das Ergebnis ebenfalls auf dem Prüfstand. Die kritische Frage ist, ob der empfohlene Grade-Mix für eine gute Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ausreicht. Der überproportionale Anstieg der Pflegeassistenten und -assistentinnen geht mit der Gefahr einher, dass die Versorgungsqualität insgesamt abgesenkt wird. Um dem entgegenzuwirken, müssen die Pflegefachpersonen viel stärker als bisher die Rolle der fachlichen Leitung für die Assistenzpersonen übernehmen. Erforderlich sind Kompetenzen in Prozesssteuerung, Delegation und Monitoring. Diese erhöhten Anforderungen stehen im krassen Widerspruch zu dem in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) im Vergleich zur generalistischen Ausbildung abgesenkten Niveau für den Abschluss „Altenpflege“. Fatal auch, dass hochschulisch qualifizierte Pflegenden, die in der Lage wären diese Rolle zu übernehmen, in dem vorliegenden Konzept zur Pflegepersonalbemessung keine Rolle spielen.

Die Frage ist, welche Gruppe zukünftig das Versorgungsniveau bestimmt. Schaffen die Pflegefachpersonen es mit ihren vorliegenden Kompetenzen, Qualität zu definieren und durchzusetzen, oder werden zukünftig die Pflegeassistenten und -assistentinnen den Standard der pflegerischen Versorgung rein aufgrund ihrer Quantität bestimmen?

Der Blick in die Ausbildungsregularien gibt Anlass zur Sorge. Die Entwicklung von Kompetenzen zur Delegation und Überwachung von Assistenzpersonen ist nur am Rande Gegenstand der Pflegeausbildung. Das Ausbildungsziel (§ 5) des Pflegeberufgesetzes (PflBG) fokussiert schwerpunktmäßig die individuelle Versorgung von Menschen mit Pfe-

gebedarf. Das in § 5 Abs. 1 PflBG formulierte Ausbildungsziel „Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen“ wird in den Rahmenplänen zur Pflegeausbildung an zwei Stellen aufgegriffen. Für die generalistische Ausbildung definiert die curriculare Einheit (CE) CE 05 „Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken“ als zu erwerbende Kompetenz im letzten Ausbildungsdrittel: „Die Auszubildenden ... delegieren unter Berücksichtigung weiterer rechtlicher Bestimmungen ausgewählte Maßnahmen an Personen anderer Qualifikationsniveaus und überwachen die Durchführungsqualität“ (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufgesetz 2020) als eines von 28 Kompetenzzielen dieser Einheit. In der Rubrik „Inhalte/Situationsmerkmale“ dieser curricularen Einheit wird das Thema Delegation nicht explizit aufgegriffen. Ganz ähnlich gestaltet sich die Situation in der Einheit CE 09 „Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen“. Diese CE wiederholt wortgleich die Kompetenzerwartung hinsichtlich der Delegation, ordnet dieses Kompetenzziel ebenfalls in eine Vielzahl von Kompetenzzielen ein, ohne bei den Inhalten oder Situationsmerkmalen explizit darauf einzugehen. Für die Vertiefung Altenpflege benennt die CE 05 „Alte Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken“ (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufgesetz 2020) ebenfalls wortgleich das o. g. Kompetenzziel zur Delegation, wiederum ohne bei den Inhalten oder Situationsmerkmalen darauf zurückzukommen. Dies wiederholt sich erneut bei der CE 09 „Alte Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen“ (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufgesetz 2020). Zusammenfassend ergibt sich eine erhebliche Schräglage zwischen den in den Rahmenplänen zur Pflegeausbildung ausgewiesenen und erwartbar entwickelbaren geringen Delegationskompetenzen und den zukünftigen Aufgaben von Pflegefachpersonen hinsichtlich der Aufgabenzuweisung und Überwachung von Pflegeassistentenpersonen.

12.4 Zum Potenzial von Pflegefachpersonen als Treiber von Qualität und von Veränderungen

Das Prinzip des Skill- und Grade-Mix ist im Bereich des SGB XI spätestens seit Einführung der Fachkraftquote in den 1990er Jahren eingeführt. Die Aufgabenverteilung orientiert sich seitdem weitgehend an normativen Vorgaben. So fallen die sog. Behandlungspflege ebenso wie die Steuerungsaufgaben im Pflegeprozess in den Zuständigkeitsbereich der Pflegefachperson. Die konkrete Ausgestaltung wiederum wurde und wird in weiten Teilen durch Prüfnormen bestimmt, die von den Partnern der Selbstverwaltung nach § 113 SGB XI im Einvernehmen mit dem BMG und dem BMFSFJ definiert und deren Umsetzung im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) begutachtet werden.

Mit dem 2017 verabschiedeten Pflegeberufgesetz wurden in § 4 Abs. 2 vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachpersonen definiert. Diese betreffen: 1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, 2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses, 3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Auch wenn es noch Fragen zur Auslegung gibt (Büscher et al. 2019), markiert die Definition von Vorbehaltsaufgaben einen Meilenstein hinsichtlich der Zuschreibung und Wahrnehmung pflegefachlicher Kompetenz. Der Gesetzgeber sieht im PflBG unmissverständlich die Kompetenz für die Steuerung und Organisation des Pflegeprozesses und damit die Sicherung der bewohner- bzw. kundenbezogenen Pflegequalität bei den Pflegefachpersonen. Aus pflegefachlicher Sicht völlig unverständlich ist in diesem Zusammenhang die Absenkung des erwarteten Kompetenzniveaus des spezifischen Altenpflegeabschlusses im Vergleich zum generalistischen Ausbildungsabschluss gerade in dem Themenfeld „Die Pflege von alten Menschen

verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten“ (PflAPrV, Anlage 4).

Jenseits derartiger Irritationen liegt es nun an den Pflegefachpersonen, die Gestaltung des ihnen mit den Bestimmungen im PflBG vorbehaltenen Pflegeprozesses als positiven Auftrag anzunehmen. Der prinzipielle Zusammenhang von Qualifikation und Versorgungsqualität ist für die Altenpflege belegt, auch wenn weitere hochwertige Studien anzustreben sind (Backhaus et al. 2014). Beispielsweise reduziert ein höherer Anteil an Pflegefachpersonen den Einsatz psychotroper Medikamente, die Dekubitusinzidenz, die Inzidenz von Harnwegsinfektionen, die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit bzw. das Ausmaß an Urininkontinenz und erhöht den Grad der Selbstständigkeit (Shin et al. 2021; Rothgang et al. 2020; Shin und Shin 2019). Andere Studien untersuchen die Gründe, warum aus fachlicher Sicht erforderliche Pflegeleistungen nicht erbracht werden. Als Einflussvariablen konnten ein hoher Zeitdruck sowie mangelnde Qualifikation identifiziert werden. Auch wird von Assistenzpersonen der vorliegende Mangel an Pflegeleistungen teilweise nicht erkannt. Zu den häufig unterlassenen Pflegeleistungen gehören neben Zuwendung und Beratung auch die Planung, Steuerung und Dokumentation des Pflegeprozesses sowie körpernahe Pflegetätigkeiten. Diese mehrheitlich in Krankenhäusern durchgeführten Studien weisen darauf hin, dass in diesem Setting der Einsatz von Assistenzpersonal nicht geeignet ist den Mangel aufzufangen (Griffiths et al. 2018). Inwieweit sich dies im Altenpflegebereich anders darstellt, wird zu evaluieren sein.

Die Steuerung und Durchführung eines kompetenzerhaltenden und fördernden Pflegeprozesses ist der Kern pflegefachlichen Handelns – unabhängig von spezifischen Settings und Versorgungsformen. Die Entwicklung von Konzepten für neue Angebotsformen liegt demgegenüber verstärkt im Kompetenzbereich der hochschulisch qualifizierten Pflegenden, einer Gruppe, die jenseits von Managementaufgaben bisher kaum im Bereich der statio-

12.5 · Zum Treiber von Veränderungen werden

nären und ambulanten Pflege angekommen ist bzw. deren pflegerische Expertise bisher kaum von den Trägern stationärer und ambulanter Pflege angefragt wird. Dabei ist hinsichtlich des Kompetenzlevels zwischen den Bachelor- und Masterabsolventinnen und -absolventen einschlägiger pflegebezogener Studiengänge zu unterscheiden. Die Bachelorabsolventen und -absolventinnen sind qualifiziert, evidenzbasierte Antworten auf komplexe Bewohner- und Patientenprobleme im Aushandlungsprozess mit den Betroffenen und /oder deren Angehörigen zu erarbeiten. Sie verfügen über eine erhöhte Problemlösekompetenz, sind offen gegenüber Änderungen und in der Lage, Änderungen z. B. hinsichtlich modifizierter Angebote prozessorientiert zu begleiten.

Masterqualifizierte Pflegefachpersonen können darüber hinaus z. B. in der Rolle einer Advanced Practice Nurse (APN) erweiterte Aufgaben übernehmen. APNs sind klinische Experten und Expertinnen mit fortgeschrittener Ausbildung und Training in einem generalisierten oder spezialisierten Bereich der Pflegepraxis. Die Ausgestaltung der Rolle der APN variiert in den verschiedenen Einsatzgebieten. International sind Advanced Practice Nurses (APNs) in Seniorenheimen ein gewohntes Bild. Eine zentrale Aufgabe einer APN besteht darin, Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf durch die Durchführung eines vertieften Assessments (ggf. verbunden mit der Anregung weiterführender Diagnostik) unmittelbar zu betreuen sowie in der Erstellung und Durchführung, dem Monitoring und der Evaluation eines evidenzbasierten und personenzentrierten Versorgungsplanes. Darüber hinaus sind APNs befähigt, die Entwicklung einrichtungsbezogener Leitlinien und Standards anzustoßen, zu leiten und umzusetzen. Je nach Setting sind sie beratend für Mitglieder der eigenen Berufsgruppe zuständig, identifizieren Fortbildungsbedarfe und führen auch selbst Fortbildungen durch. Sie begleiten Angehörige und unterstützen die Aufrechterhaltung von Familienstrukturen, auch wenn ein Mitglied nun in einem Altenheim wohnt. Sie arbeiten eng mit anderen Gesundheitsbe-

rufen wie Haus- und Heimärzten zusammen. Evaluationsstudien zeigen positive Effekte des Einsatzes von APNs: Krankenhauseinweisungen, der Bedarf an ärztlichen Konsildiensten oder die Sturz- und Mortalitätsraten werden reduziert (Bensch 2020).

12.5 Zum Treiber von Veränderungen werden

Die in der Pflege Tätigen können dann zum Treiber von Veränderungen werden, wenn ihr Potenzial qualifikations- und aufgabenbezogen genutzt wird. Dies ist im Setting der Altenpflege neu aufzudecken. Jahrelange Orientierung an von außen gesetzten Normen und Routinen im Umgang mit dem Zeit- und Mitarbeitermangel müssen zugunsten einer Pflege und Versorgung umorientiert werden, die auf Förderung von Selbstständigkeit und Teilhabe ausgerichtet ist (Bartholomeyczik et al. 2021). Diese kann dann in verschiedenen Angebotsformen realisiert werden.

Zwingend erforderlich ist eine konsequente Umsetzung des Konzeptes Skill- und Grade-Mix, das die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen auf Bachelor- und auf Master-niveau umfasst. Die zielführende Integration von Assistenzpersonen, die vom Umfang her etwa ein Drittel der heutigen Belegschaft ausmachen (Rothgang et al. 2020), wird nur durch innovative Pflege- und Personalkonzepte verbunden mit überzeugender (pflege-)fachlicher Begleitung und Führung gelingen.

Treiber kann nur sein, wer Gestaltungsspielraum hat. Dieser ist für die Berufsgruppe der Pflegenden kaum vorhanden. Das Handlungsfeld ist von außen stark reglementiert. Aber auch innerhalb der Einrichtungen muss viel stärker eine partizipative Organisationskultur aufgebaut werden.

Um Treiber sein zu können, benötigt die Berufsgruppe die Kompetenz, ihre Konzepte politisch einbringen und ggf. durchsetzen zu können. Dieser Bereich wird aktuell stark von Träger und Anbieterseite dominiert (Vogler

zit. n. Lücke 2021). Eine profunde Vertretung der Pflege in entsprechenden Gremien könnte durch eine Verkammerung des Pflegeberufes sichergestellt werden. Das zögerliche und teilweise aktiv behindernde Verhalten verschiedener Länder bis hin zur Abschaffung einer bereits installierten Pflegekammer (wie in Niedersachsen) lässt Zweifel daran aufkommen, ob es politisch gewollt ist, die Berufsgruppe Pflege in die Position eines Treibers von Veränderungen kommen zu lassen.

Die in der Pflege Tätigen werden nur zu Unterstützern und Treibern von Veränderungen und neuen Angebotsformen werden, wenn die Ursachen für den Engpass konsequent angegangen werden. Die Ansatzpunkte sind bekannt, im Konzept der Arbeitsqualität hinterlegt und auch von der „Konzertierten Aktion Pflege“ benannt. Leider fehlt es verschiedentlich an der Konsequenz bei der Umsetzung. Zwar einigte sich die „Konzertierte Aktion Pflege“ auf „mehr Ausbildung, mehr Personal und mehr Geld“ (BMG 2021), jedoch lässt die Realisierung der gut klingenden Ziele bislang zu wünschen übrig. Die Steigerung der Ausbildungszahlen – so sie denn erreicht wird –, wird begleitet durch eine hohe Abbrecherquote. Diese liegt, so die Vize-Präsidentin des Deutschen Pflegerates (DPR), Christine Vogler, aktuell bei etwa 28 % (fos/aerzteblatt.de 2021). Gründe für den Abbruch der Pflegeausbildung liegen häufig im Bereich der Überforderung. Werbemaßnahmen wie die vom BMFSFJ beauftragte Miniserie „Ehrenpflegas“, die den augenscheinlich dümmsten der drei Protagonisten für die Altenpflege vorsieht, sind allerdings auch kaum geeignet, kluge Köpfe für die Arbeit in der Altenpflege zu motivieren.

Zu begrüßen ist das Bemühen des Bundesarbeitsministeriums um einen flächendeckenden Tarifvertrag. Dieses Bemühen ist durch die Ablehnung des vorliegenden von der Gewerkschaft ver.di und dem Arbeitgeberverband in der Pflegebranche (BVAP) ausgehandelten Tarifvertrages durch die Arbeitsrechtliche Kommission der Caritas gescheitert (Cleophas 2021). Die Diakonie hat daraufhin zu

dem Tarifvertrag keinen Beschluss mehr gefasst. Private Anbieter äußern sich erleichtert (Hommel 2021). Angesichts dieses Verlaufs muss die Frage gestellt werden, ob – diesmal von der Arbeitgeberseite – die Dramatik der Situation umfänglich erkannt worden ist oder ob kurzfristig noch abschöpfbare Vorteile auf Kosten der in der Pflege Tätigen die Entscheidungen gelenkt haben. So jedenfalls gelingt es nicht, die Attraktivität dieses Berufsfeldes zu steigern und zukünftig in Anbetracht der generalistischen Pflegeausbildung mit dem Arbeitgeber Krankenhaus zu konkurrieren.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Beobachtung, dass Engpassberufe typischerweise geschlechtersegregierte, also typische Männer- oder Frauenberufe sind (Bußmann 2015). In den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten liegt der Anteil der weiblichen Beschäftigten bei 86,0 %, im Pflegeheim bei 82,7 % (Destatis 2020). Wie also kann dieses Berufsfeld für Männer interessant gemacht werden, oder anders, welche strukturellen Bedingungen halten Männer davon ab, in diesem Berufsfeld tätig zu werden? Hier sind u. a. der geringe Lohn, die Teilzeit- statt Vollzeitstellen sowie die geringen Einflussmöglichkeiten und Karriereoptionen zu nennen.

Treiber von Veränderungen kann nur sein, wer selbst engagiert und nicht resigniert oder ausgebrannt ist. Ein systematisches Review identifiziert unterstützende und behindernde Faktoren für Engagement und Zufriedenheit mit der Arbeit in einem Pflegeheim. Die vier wichtigsten fördernden Faktoren waren unterstützende Führung, fähige und motivierte Mitarbeitende, positive organisatorische Werte und soziale Unterstützungsmechanismen. Die vier wichtigsten Barrieren waren herablassender Führungsstil, (zu) hohe Arbeitsanforderungen, mangelnde Selbstfürsorge und fehlende Schulung im Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit komplexen Pflegebedarfen (Lee et al. 2020).

Unabdingbar ist eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für alle in der Altenpflege Tätigen hinsichtlich der Dimensionen der Arbeitsqualität anstelle der aktuell beobachtbaren

Bestrebungen, Personen im In- und Ausland zu akquirieren, die bereit sind, unter den hierzu-lande schwierigen Bedingungen in der Altenpflege zu arbeiten.

Beruflich Pflegenden können Treiber von Veränderungen sein – das Potenzial ist vorhanden. Die Frage ist, ob es abgerufen wird oder werden kann. Die Wege sind bekannt. Die Frage ist, ob sie beschränkt werden.

Literatur

- Backhaus R, Verbeek H, van Rossum E, Capezuti E, Hamers JPH (2014) Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: a systematic review of longitudinal studies. *J Am Med Dir Assoc* 15(6):383–393. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.080>
- Bartholomeyczik S, Höhmann U, Weidner F (2021) Pflegepersonalbemessung in der stationären Altenpflege. Kritische Anmerkungen zum Projekt PeBeM. *Die Schwester/der Pfleger* 60(2):54–58
- Bensch S (2020) Gut beraten. Pflegespezialisten im Heim. *Pflegezeitschrift* 73:18–21
- BMG (2021) Konzertierte Aktion Pflege. Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>. Zugegriffen: 12. März 2021
- BMJV (2019) Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (Teilzeit- und Befristungsgesetz – TzBfG). § 2 Begriff des teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmers. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. https://www.gesetze-im-internet.de/tzbf_g/_2.html. Zugegriffen: 1. Febr. 2021
- Bogai D, Carstensen J, Seibert H, Wiethölter D (2015) Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Hrsg v Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigte für Pflege. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_allgemein/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf. Zugegriffen: 12. Apr. 2021
- Büscher A, Igl G, Klie T, Kostorz P, Kreutz M, Weidner F et al (2019) Probleme bei der Umsetzung der Vorschrift zur Ausübung vorbehaltenen Tätigkeiten (§ 4 Pflegeberufegesetz). Anmerkungen und Lösungsvorschläge. https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_allgemein/Stellungnahme_20vorbehaltene%20T%C3%A4tigkeiten.pdf. Zugegriffen: 15. Jan. 2021
- Bußmann S (2015) Fachkräftengpässe in Unternehmen: Geschlechterunterschiede in Engpassberufen. Hrsg v Institut der deutschen Wirtschaft. Köln. <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/fachkraefteengpasse-in-unternehmen-2015-geschlechterunterschiede-engpassberufen.pdf>. Zugegriffen: 1. Febr. 2021
- Buxel H (2011) Wie Pflegenden am Arbeitsplatz zufriedener werden. *Die Schwester/Der Pfleger* 50(5):426–430. http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Pflegende_am_Arbeitsplatz_Schw_Pf_5_11_2207_1.pdf. Zugegriffen: 12. Apr. 2021
- Cleophas R (2021) Keine Zustimmung zum allgemeinverbindlichen Tarif Altenpflege. Antrag scheidet an fehlender Unterstützung der Dienstgeberseite. Hrsg v Mitarbeiterseite Arbeitsrechtliche Kommission Deutscher Caritasverband eV Berlin. <https://www.akmas.de/aktuelles/keine-zustimmung-zum-allgemeinverbindlichen-tarif-altenpflege/?L=862>. Zugegriffen: 10. März 2021
- DBfK (2019) Teilzeit = Ressource bei Fachkräftemangel. Ergebnisse einer Online-Umfrage vor dem Hintergrund des Pflegepersonalstärkungsgesetzes PpSG. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Berlin. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Broschuere_Teilzeitumfrage_2019-10-10_web.pdf. Zugegriffen: 2. Febr. 2021
- Destatis (2020) Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Hrsg v Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html. Zugegriffen: 20. Jan. 2021
- Techniker Krankenkasse (2019) Gesundheitsreport 2019. Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. Die Techniker Krankenkasse. Hamburg. <https://www.tk.de/resource/blob/2059766/2ee52f34b8d545eb81ef1f3d87278e0e/gesundheitsreport-2019-data.pdf>. Zugegriffen: 16. Apr. 2021
- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020) Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Hrsg v Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560>. Zugegriffen: 30. Jan. 2021
- fos/aerzteblatt.de (2021) Immer mehr Auszubildende brechen Pflegeausbildung ab. *aerzteblatt.de*. Berlin. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120683/Immer-mehr-Auszubildende-brechen-Pflegeausbildung-ab>. Zugegriffen: 29. Jan. 2021
- Fritz M (2015) Arbeitsqualität von Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten. Beschäftigungsregime im Vergleich. Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Köln (GESIS Papers, 11). https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_papers/GESIS-Papers_2015-11.pdf. Zugegriffen: 3. Febr. 2021
- Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P et al (2018) The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs* 74(7):1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>

- Hasselhorn M, Conway PM, Widerszal-Bazyl M, Simon M, Tackenberg P, Schmidt S et al (2008) Contribution of job strain to nurses' consideration of leaving the profession – results from the longitudinal European nurses' early exit study. *SJWEH Suppl* 6:75–82
- Hommel T (2021) Diakonie verzichtet auf Beschluss zum Altenpflege-Tarifvertrag. *ÄrzteZeitung*. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Diakonie-verzichtet-auf-Beschluss-zum-Altenpflege-Tarifvertrag-417513.html>. Zugegriffen: 10. März 2021
- DGB-Index Gute Arbeit (2018) Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin. <https://index-gute-arbeit.dgb.de/>. Zugegriffen: 16. Apr. 2021
- Joost A (2007) Berufsverbleib und Fluktuation von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Literaturlauswertung. <http://www.iwak-frankfurt.de/wp-content/uploads/2015/03/Berufsverbleib.pdf>. Zugegriffen: 1. Febr. 2021
- Jürgensen A (2019) Pflegehilfe und Pflegeassistenz. Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf. Hrsg v Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), Bonn (Fachbeiträge im Internet). <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/10155>. Zugegriffen: 10. Febr. 2021
- Lee K, Mileski M, Fohn J, Frye L, Brooks L (2020) Facilitators and barriers surrounding the role of administration in employee job satisfaction in long-term care facilities: a systematic review. *Healthcare* 8(4):360. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040360>
- Lücke S (2021) Ein Desaster für die pflegeberufliche Bildung. Interview mit Christine Vogler zur Pflegeassistentenausbildung. *Die Schwester/der Pfleger* 60(2):66–68
- Pflegekammer Niedersachsen KDÖR (2021) Bericht zur Lage der Pflegefachberufe in Niedersachsen. Hannover. <https://www.pflegekammer-nds.de/files/downloads/Bericht-zur-Lage-der-Pflegefachberufe-Nds-2021-Online.pdf>. Zugegriffen: 10. Febr. 2021
- Rothgang H, Görres S, Darmann-Finck I et al (2020) Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik; Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw); Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb), Bremen. https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf. Zugegriffen: 30. Jan. 2021
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/default-title/>. Zugegriffen: 5. Febr. 2021
- Seibert H, Carstensen J, Wiethölter D (2018) Entgelte von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften.pdf. Zugegriffen: 15. Jan. 2021
- Shin JH, Renaut RA, Reiser M, Lee JY, Tang TY (2021) Increasing registered nurse hours per resident day for improved nursing home residents' outcomes using a longitudinal study. *Int J Environ Res Public Health* 1(2):402. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020402>
- Shin JH, Shin I-S (2019) The effect of registered nurses on nursing home residents' outcomes, controlling for organizational and health care market factors. *Geriatr Nurs* 40(3):296–301. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.11.004>
- Timmreck C, Gerngras C, Klauke M, Uth P (2017) Pflegestudie 2017. Zum Status Quo und der Zukunft von Fort- und Weiterbildungen in den Pflegeberufen. Hochschule Niederrhein. https://dpv-online.de/pdf/presse/Hochschule%20Niederrhein_Pflegestudie%202017.pdf. Zugegriffen: 15. Febr. 2021

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung

Stefan Greß und Klaus Jacobs

Inhaltsverzeichnis

- 13.1 Einleitung – 186
- 13.2 Status quo: Zuständigkeits- und Verantwortungsdiffusion – 187
- 13.3 Sicherstellungsregelungen in der GKV: Vorbild für die Pflegeversorgung? – 190
- 13.4 Leitplanken für die Gewährleistung bedarfsgerechter Pflegeangebote – 192
- Literatur – 193

■ Zusammenfassung

Heute sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer „leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“, den Pflegekassen hingegen obliegt der individuelle Sicherstellungsauftrag, d. h., sie haben eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Friktionen, die aus dieser Regelung resultieren, werden herausgearbeitet sowie potentielle Neuordnungen mit Blick auf die Verantwortlichkeiten diskutiert. Diese bestehen in der Entwicklung und verpflichtenden Anwendung einer Bedarfsplanung für die pflegerische Versorgung, in der gezielten Förderung von Versorgungsangeboten durch die Länder oder über die Versorgungsverträge der Pflegekassen und in einer deutlich verbindlicheren Kooperation der für Gewährleistung bedarfsgerechter Pflegeangebote zentralen Akteure.

Currently the German Länder are responsible for the provision of an “efficient, sufficient and economical nursing care structure”, while the long-term care insurance funds are obliged to fulfil their individual guarantee mandate, i.e. they have to ensure that their insurees receive care that meets their needs. The authors describe the frictions resulting from this regulation and discuss potential reorganisations with regard to responsibilities. These are the development and obligatory application of needs planning for nursing care, the targeted promotion of care offers by the Länder or via the care contracts of the long-term care insurance funds and a much more binding cooperation of the central players for ensuring needs-oriented care offers.

13.1 Einleitung

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird auch in den kommenden Jahren weiter wachsen – sowohl absolut als auch relativ als Anteil der Gesamtbevölkerung. Gleichzeitig

wird es immer schwieriger, den hohen Anteil der in häuslicher Umgebung ambulant gepflegten Menschen auf dem heutigen hohen Niveau zu halten. Hierzu tragen neben demographischen Ursachen auch weitere gesellschaftliche Entwicklungen bei, wie etwa die gestiegene Frauenerwerbstätigkeit sowie die Zunahme der Mobilität, die dazu führt, dass Großeltern, Eltern und Kinder einer Familie immer seltener am selben Ort leben.

Auch wenn es speziell in der jüngeren Vergangenheit zahlreiche Anstrengungen gab, die Rahmenbedingungen für die „Pflege zu Hause“ zu verbessern, führt die skizzierte Entwicklung zwangsläufig zu einem immer höheren Bedarf an außerhäuslichen Pflegeangeboten. Das betrifft keineswegs allein das Pflegeheim als Ort der stationären Langzeitpflege, sondern auch viele intermediäre Pflegearrangements, die entweder einen zeitlich begrenzten Pflegeauftrag haben, wie speziell die Kurzzeit- und die Verhinderungspflege, oder im Grenzbereich zwischen der eigenen Häuslichkeit und dem Pflegeheim angesiedelt sind.

Da es schon heute – zumindest in einzelnen Regionen – immer wieder Hinweise auf Engpässe bei den bestehenden Pflegeangeboten gibt, stellt sich die Frage, wie in Zukunft gewährleistet werden kann, dass der weiter wachsende Bedarf an außerhäuslichen Pflegeangeboten umfassend und möglichst bedarfsgerecht gesichert wird. Um mögliche Antworten auf diese Frage geht es in diesem Beitrag. Hierzu wird zunächst ein Blick auf den sozialrechtlichen Status quo im Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) geworfen, wo zwar eine Vielfalt an Verantwortlichkeiten definiert sind, im Ergebnis damit allerdings eher Verantwortungsdiffusion als eine klare Aufgabenzuordnung erzeugt wird. Deshalb wird im nächsten Schritt der Frage nachgegangen, ob sich die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) speziell in der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung bestehenden Regelungen zu Bedarfsplanung, Zulassung und Sicherstellung auch im Pflegekontext als zweckmäßig erweisen könnten. Allerdings gibt es auch hier Reformbedarf, wie nicht nur

an zahlreichen Versuchen der Weiterentwicklung der bestehenden sektoralen Regelungen abgelesen werden kann, sondern insbesondere auch an dem Bestreben, verstärkt sektorenübergreifende Ansätze zu verfolgen. Vor diesem Hintergrund wird im dritten Abschnitt der Versuch unternommen, zentrale „Leitplanken“ für die Gewährleistung eines bedarfsgerechten Angebots an außerhäuslichen Pflegeangeboten zu formulieren. Dies betrifft neben der Identifizierung von klaren Verantwortlichkeiten für einzelne Akteure – voran die Kommunen – nicht zuletzt auch die Frage von wirksamen Instrumenten, über die die Verantwortlichen verfügen müssen, um ihrer Sicherstellungsaufgabe hinreichend wirksam gerecht werden zu können.

13.2 Status quo: Zuständigkeits- und Verantwortungsdiffusion

Das SGB XI enthält in Bezug auf die Zuständigkeiten einzelner Akteure eine Vielzahl von Regelungen, die in einer Übersicht in [Tab. 13.1](#) dargestellt sind.

Es beginnt in § 8 SGB XI mit der Feststellung, dass es sich bei der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, bei deren Wahrnehmung die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Mitwirkung des Medizinischen Dienstes eng zusammenwirken, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung zu gewährleisten, zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen beizutragen und die Bereitschaft zu einer humanen Pflege durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen zu fördern. Wagner (in Hauck und Noftz 2019, Rz 5) zufolge beruhe diese Vorschrift „auf der Erkenntnis, dass Pflegebedürftigkeit mit staatlichen (öffentlichen) Hilfesystemen allein nicht bewältigt werden“ könne, „sondern nur

im Zusammenwirken mit privaten (professionellen und ehrenamtlichen Hilfesystemen)“. Vorschriften mit Appellcharakter seien dem Sozialrecht nicht fremd, doch sei ihre Sinnhaftigkeit als fraglich anzusehen (Wagner in Hauck und Noftz 2019, Rz. 6).

Die nach § 8a SGB XI gebildeten Landespflegeausschüsse zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung sind nicht mehr als informelle Gremien; „ihr letztlich unverbindlicher Charakter als ‚runde Tische‘ zeigt sich auch darin, dass den Empfehlungen keine Bindungswirkung zukommt“ (Reimer in Hauck und Noftz 2019, Rz. 6).

Eine zentrale Gestaltungsrolle bei der pflegerischen Versorgung weist das Gesetz den Ländern zu. Gemäß § 9 SGB XI sind sie verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Wie das mit Hilfe von Planung und (Investitions-)Förderung geschehen soll, wird durch Landesrecht bestimmt, wobei es in Bezug auf die Planung große Unterschiede zwischen den Ländern gibt.

Die Investitionsförderung von Pflegeeinrichtungen durch die Länder ist seit Bestehen der Pflegeversicherung ein politisches Streitthema. Die damals eingeführte getrennte Finanzierungszuständigkeit – für die laufenden Betriebskosten durch die Pflegeversicherung, für die Investitionskosten durch die Länder – orientiert sich vom Grundsatz her am Modell der dualen Krankenhausfinanzierung. Im Pflegekontext ist jedoch meist von einer „unechten“ dualen Finanzierung die Rede, weil für die Länder keine entsprechende Verpflichtung besteht und sie auch der gesetzlichen Soll-Bestimmung, als Folge der Einführung der Pflegeversicherung bei der Sozialhilfe entstandene Einsparungen zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen einzusetzen, praktisch von Anfang nicht oder bestenfalls in geringem Umfang gefolgt sind. Dabei spielt neben dem Haushaltsvorbehalt (Förderung nur nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel) (Wagner in Hauck und Noftz 2019, Rz. 10) entgegen der erkennbaren

Tab. 13.1 Zuständigkeiten einzelner Akteure im Kontext der Sicherstellung der Pflegeversorgung im SGB XI

§ 8 (Gemeinsame Verantwortung)	Pflegerische Versorgung der Bevölkerung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe; enges Zusammenwirken von Ländern, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes zur Gewährleistung einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung der Bevölkerung
§ 8a (Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung)	Durch Rechtsverordnungen auf Landesebene gebildete Landespflegeausschüsse können einvernehmlich Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung abgeben, die von den Vertragsparteien beim Abschluss von Versorgungs- und Vergütungsverträgen einbezogen werden sollen
§ 9 (Aufgaben der Länder)	Verantwortung der Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur; Bestimmungen zu Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen durch Landesrecht
§ 12 (Aufgaben der Pflegekassen)	Verantwortung der Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten; dabei enge Zusammenarbeit mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten und Hinwirken auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen
§ 69 (Sicherstellungsauftrag)	Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechenden pflegerischen Versorgung der Versicherten durch die Pflegekassen; hierzu Abschluss von Versorgungsverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern
§ 72 (Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag)	Zulassung von Pflegeeinrichtungen durch Versorgungsverträge, die Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen festlegen und zwischen dem Träger der Einrichtung und den Landesverbänden der Kassen im Einvernehmen mit den Sozialhilfeträgern geschlossen werden

Pflege-Report 2021

Intention der Gesetzesbestimmungen auch die Auffassung der Nichtzuständigkeit eine Rolle. So enthielt etwa ein im Bundesrat im Februar 2019 eingebrachter Entschließungsantrag der Länder Hamburg, Berlin, Bremen und Schleswig-Holstein zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – u. a. mit Einführung eines dynamisierten Zuschusses aus dem Bundeshaushalt – in der Begründung die Aussage, es sei „breit akzeptiert“, dass die Pflegebedürftigen im Pflegeheim die Kosten für Wohnen und allgemeinen Lebensunterhalt (Investitionskosten im Sinne von Kaltmiete und Vergütung für Unterkunft und Verpflegung) selbst trügen; dies stelle auch einen Aspekt der Gleichbehandlung von häuslicher und vollstationärer

Pflege dar (Bundesrat 2019, S. 3). Dies ist allerdings eine gewagte Position, denn zumindest bei der Einführung der Pflegeversicherung wurde für die stationäre Pflege von einer dreigeteilten Finanzierungsverantwortung ausgegangen. Danach sollte die Pflegeversicherung die pflegebedingten Kosten tragen, die (um Sozialhilfeausgaben entlasteten) Länder die Investitionskosten und die Pflegebedürftigen die Kosten von Unterkunft und Verpflegung (Rothgang et al. 2019, S. 14 f.).

Wenn die Länder der ihnen zugewiesenen Aufgabe der Investitionsförderung nur wenig oder gar nicht nachkommen, verzichten sie zugleich auf ein wesentliches Instrument der gezielten Einflussnahme auf das Ange-

bot an Pflegeeinrichtungen. Dies gilt ebenfalls, wenn sie die ihnen seit 2008 eingeräumte Option nutzen, Pflegebedürftige beim Tragen von Investitionskosten zu unterstützen – also eine Objektförderung von Einrichtungen durch eine Subjektförderung von Pflegebedürftigen zu substituieren, wie es etwa in Nordrhein-Westfalen in Gestalt des Pflegegelds für bedürftige Pflegebedürftige geschieht.

Während den Ländern im Gesetz die Verantwortung für die pflegerische Versorgungsstruktur zugewiesen wird, sind die Pflegekassen nach § 12 SGB XI für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten zuständig. Konkretisiert wird diese allgemeine Aufgabenzuweisung in § 69 SGB XI. Dort wird ihr Sicherstellungsauftrag dahingehend definiert, dass die Pflegekassen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben. Hierzu schließen sie Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern. Dies bedeutet auch, dass die Pflegekassen Leistungen in der Regel nicht selbst erbringen, sondern dass diese Leistungen von selbstständigen Leistungserbringern erbracht werden, unter denen pflegebedürftige Versicherte eine Auswahl treffen können (Becker in Hauck und Noftz 2019, Rz. 25).

Der Abschluss von Versorgungsverträgen durch die Pflegekassen konstituiert zugleich die Zulassung der vertragschließenden Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 SGB XI. Sofern diese die in §§ 71 und 72 Abs. 3 angeführten Anforderungen erfüllen, besteht für sie ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags. Dieser Rechtsanspruch spiegelt den Willen des Gesetzgebers wider, „die Pflege durch eine Vielfalt und ein Überangebot von Leistungserbringern sicherzustellen“ (Groth in Hauck und Noftz 2019, Rz. 33).

Damit ergibt sich für den Auftrag der Sicherstellungsverantwortung der Pflegekassen

folgende Situation: Für den Fall, dass das Pflegeangebot den (wie auch immer konkret festgestellten) „geplanten Bedarf“ übersteigt (Überangebot), haben die Pflegekassen keine Möglichkeit auszuwählen. Zwar gibt es in § 72 Abs. 3 SGB XI eine Vorschrift, wonach Versorgungsverträge „bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen (...) vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden (sollen)“, doch ist diese Regelung angesichts des bereits erwähnten Rechtsanspruchs der Pflegeeinrichtungen auf Zulassung, wegen der eine Auswahlentscheidung gar nicht notwendig werden kann, „bestenfalls überflüssig“ (Groth in Hauck und Noftz 2019, Rz. 34). Zudem stünde sie im Widerspruch zur Intention des Gesetzgebers, durch ein Überangebot an Leistungserbringern Wettbewerb zu generieren (vgl. ebenda). Dabei handelt es sich allerdings erkennbar um ein Wettbewerbsverständnis, bei dem die Pflegekassen als Akteure nicht vorkommen – anders als etwa beim Vertragswettbewerb in der GKV, bei dem die Kassen bestimmte Versorgungsangebote selektiv unter Vertrag nehmen und ihre Versicherten eine entsprechende Tarifwahloption haben (Jacobs 2020).

Für den umgekehrten Fall, dass das Pflegeangebot den für erforderlich gehaltenen Bedarf nicht deckt (Unterangebot) – sei es im Hinblick auf den Gesamtbedarf an Pflegeplätzen vor Ort oder im Hinblick auf ganz bestimmte Angebote, etwa im Bereich der Kurzzeitpflege – müssen die Pflegekassen im Prinzip darauf vertrauen, dass die Länder ihrer Verantwortung für die Vorhaltung einer ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur gerecht werden, damit überhaupt genügend Anbieter als potenzielle Vertragspartner bereitstehen, die die erforderlichen Voraussetzungen erfüllen. Erst dann können die Kassen ihre Aufgabe erfüllen, durch den Abschluss von Versorgungsverträgen „dafür Sorge zu tragen, dass die für die Versorgung der Versicherten notwendige Zahl an Leistungserbringern zugelassen wird und dass diese Leistungserbringer ein solches Leistungsspektrum eröffnen, das den quantitativen

Bedarf ihrer Versicherten erfüllt“ (Becker in Hauck und Noftz 2019, Rz. 23).

Trotz vielfältiger Aufgabenzuweisungen an unterschiedliche Akteure und des gesetzlichen Appells zur Zusammenarbeit gibt es somit eine „Verantwortungslücke“, wenn es darum geht, mit einer – drohenden oder bereits akuten – Konstellation von Unterversorgung umzugehen, die „der Markt“ nicht von selbst zu verhindern in der Lage ist. Im Grunde scheint die Konstellation eines Unterangebots im „rechtlichen-faktischen Zuständigkeitsregime“ gar nicht vorgesehen zu sein. Sie könnte angesichts des wachsenden Bedarfs an professionellen Pflegeangeboten – speziell in eher dünn besiedelten Regionen, aber nicht nur dort – immer mehr Realität werden und bedarf deshalb einer frühzeitigen Antwort des Gesetzgebers bzw. der durch ihn mit der Sicherstellung eines bedarfsgerechten Pflegeangebots betrauten Akteure.

13.3 Sicherstellungsregelungen in der GKV: Vorbild für die Pflegeversorgung?

Die Pflegeversicherung ist im Vergleich zur Krankenversicherung ein vergleichsweise junger Zweig der Sozialversicherung. In der GKV gibt es daher bereits langjährige Erfahrungen mit Fragen der Bedarfs- und Kapazitätsplanung und Sicherstellung. Wir fassen in diesem Abschnitt daher diese Erfahrungen am Beispiel der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung zusammen. Darüber hinaus analysieren wir auch die Auswirkungen der sektorspezifischen Regelungen im Hinblick auf die sektorübergreifende Versorgung.

Die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung in der GKV unterliegt im Hinblick auf die Bedarfsplanung und die Zulassung einer hohen Regulierungsdichte. Die Freiheit zur Niederlassung ist stark eingeschränkt, zumindest wenn die betroffenen Haus- und Fachärzte gesetzlich versicherte Personen behandeln und

mit der GKV abrechnen wollen. Die reine privatärztliche Niederlassung ist nicht beschränkt – ist aber wegen des geringen Anteils von Privatpatienten in der Bevölkerung in der Regel betriebswirtschaftlich nicht attraktiv. Insofern werden in der GKV dezentrale Niederlassungsentscheidungen der Ärzte durch zentrale Planungsprozesse zumindest beeinflusst. Zu unterscheiden sind in diesem Zusammenhang die Bedarfsplanung und das den Akteuren zur Verfügung stehende Instrumentarium zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten ärztlichen Versorgung.

Die Bedarfsplanung in der ambulanten ärztlichen Versorgung erfolgt auf der Basis bundeseinheitlicher Regelungen. Diese werden im Grundsatz im SGB V normiert und – wichtiger noch – durch Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses operationalisiert. Die aus der Bedarfsplanung abgeleiteten Verhältniszahlen (Arzt-Versicherten-Relationen) sind die Grundlage für die formalrechtliche Definition von Über- und Unterversorgung und die aus diesen Definitionen resultierenden Interventionsmöglichkeiten. Ursprünglich wurde diese Bedarfsplanung eingeführt, um gegen eine vom Gesetzgeber Anfang der 1990er Jahre befürchtete Überversorgung in der ambulanten ärztlichen Versorgung vorgehen zu können. Insbesondere im letzten Jahrzehnt hat sich die politische Zielsetzung der Bedarfsplanung jedoch verschoben. Im Mittelpunkt steht nun vielmehr die Beseitigung regionaler Disparitäten. Hierzu zählt nicht nur die Unterversorgung in vielen ländlichen Regionen, sondern auch die Gleichzeitigkeit von Über- und Unterversorgung in Ballungsräumen. In diesem Zusammenhang wurde die Bedarfsplanung mehrfach reformiert, um eine kleinräumigere, am tatsächlichen Bedarf orientierte Planung zu ermöglichen. Diese ist immer noch nicht perfekt. Insbesondere Ballungsräume bestehen vielfach immer noch aus einer Planungsregion, womit eine genauere Erfassung des Bedarfs innerhalb dieser Planungsgebiete verhindert wird. Nichtsdestoweniger sind deutliche Fortschritte in der Bedarfsplanung von einer am Status quo Anfang

der 1990er Jahre orientierten Fortschreibung der Verhältniszahlen hin zu echten Bedarfsindikatoren zu erkennen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020).

Für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung sind die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zuständig. Die gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Verbände haben in diesem Zusammenhang auf Landesebene eine untergeordnete Bedeutung. Grundlage des Sicherstellungsauftrags der KVen ist die Bedarfsplanung, mit der unterversorgte Planungsbezirke identifiziert werden. Umgekehrt ist allerdings auch Überversorgung zu vermeiden, weil ärztliche Leistungserbringer in überversorgten Gebieten in unterversorgten Gebieten fehlen. Die schon oben angesprochenen regionalen Disparitäten in der regionalen ambulanten ärztlichen Versorgung bestehen jedoch trotz der Fortschritte in der Bedarfsplanung weitgehend unverändert fort. Das liegt zum einen daran, dass die KVen die vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellten Instrumente nicht hinreichend genutzt haben. So sollten KVen dafür sorgen, dass Zulassungen von in den Ruhestand gehenden Praxisinhabern in überversorgten Regionen aufgekauft und dann stillgelegt werden. Dies ist nur in Ausnahmefällen geschehen, sodass ein Abbau von Überversorgung nicht möglich war. Zum anderen haben die regionalen Disparitäten auch Ursachen, die außerhalb des direkten Einflussbereichs der KVen liegen. So ist die Niederlassung in sozioökonomisch starken Regionen bzw. Stadtvierteln attraktiver als in sozioökonomisch benachteiligten Regionen – was nicht zuletzt am hohen Anteil von deutlich besser vergüteten Privatpatienten liegt. Nichtsdestoweniger gibt es vor dem Hintergrund der wenig erfolgreichen Bemühungen zur Sicherstellung von Seiten der KVen zunehmend Forderungen, den Ländern und vor allem den Kommunen mehr Kompetenzen in diesem Zusammenhang zu geben (Greß und Stegmüller 2017).

In der stationären Versorgung erfolgt die Planung der Kapazitäten nicht auf der Basis einer Bedarfsplanung mit bundeseinheitlichen

Kriterien. Zuständig sind hier vielmehr die Bundesländer, die im Rahmen der jeweiligen Krankenhausplanung die Zulassung zur stationären Versorgung regeln. Es gibt analog zur ambulanten ärztlichen Versorgung auch ausschließlich privat abrechnende Krankenhäuser, die aber einen nur geringen Marktanteil haben. Die Verantwortung für die Bedarfsplanung und die Sicherstellung der stationären Versorgung ist nicht wie in der ambulanten Versorgung geteilt, sondern befindet sich in einer Hand. Zudem sind die Bundesländer für die Finanzierung der Investitionskosten zuständig, die Betriebskosten müssen von den Krankenversicherungen getragen werden. Insbesondere diese geteilte Finanzierungsverantwortung hat dazu beigetragen, dass kein Land in Europa mehr Krankenhausbetten pro Kopf der Bevölkerung hat als Deutschland. In vielen Bundesländern wurden Überkapazitäten in der stationären Versorgung aufgebaut, weil die Ausweitung von stationären Kapazitäten politisch deutlich attraktiver ist als deren Abbau. Die in den letzten Jahren häufiger auftretende Schließung von Krankenhäusern war dann auch vor allem in der mangelnden Investitionskostenfinanzierung der Bundesländer und durch Anreize des Systems der Fallpauschalen begründet als durch Planungsentscheidungen der Bundesländer. Die fortgeschriebenen Krankenhauspläne haben dann die Entwicklungen auf dem Markt für stationäre Leistungen lediglich nachvollzogen.

Ein weiterer Kritikpunkt an den Regelungen zur Bedarfsplanung und Zulassung in den beiden beschriebenen Sektoren besteht darin, dass es keinen funktionierenden Mechanismus zur Berücksichtigung der Kapazitäten im jeweils anderen Sektor gibt. So wäre eine sektorübergreifende Versorgung zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung besonders in ländlichen Regionen sinnvoll (Greß und Schnee 2017). Erste Ansätze gibt es dazu in Form von regionalen Gesundheits- bzw. Versorgungskonferenzen, die im Regelfall aber weder über ein eigenes Budget noch über eigene rechtliche Planungskompetenzen verfügen. Ähnliches gilt auch für das

Gemeinsame Landesgremium mit Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten nach § 90a SGB V.

13.4 Leitplanken für die Gewährleistung bedarfsgerechter Pflegeangebote

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass eine systematische Zuweisung von Verantwortlichkeiten zur Gewährleistung eines bedarfsgerechten Versorgungsangebots in der pflegerischen Versorgung alles andere als trivial ist. Dies zeigen auch die langjährigen Erfahrungen mit der Angebotsplanung in der gesundheitlichen Versorgung. Nichtsdestoweniger lassen sich aus unserer Sicht drei zentrale Schlussfolgerungen ableiten. Diese bestehen erstens in der Entwicklung und verpflichtenden Anwendung einer Bedarfsplanung für die pflegerische Versorgung, zweitens in der gezielten Förderung von Versorgungsangeboten durch die Länder oder über die Versorgungsverträge der Pflegekassen und drittens in einer deutlich verbindlicheren Kooperation der für Gewährleistung bedarfsgerechter Pflegeangebote zentralen Akteure.

Eine zentrale Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Planung der pflegerischen Versorgung besteht darin, dass die zuständigen Institutionen belastungsfähige Informationen über den in einer Region bestehenden Bedarf haben. Diese Informationen liegen derzeit im Hinblick auf die pflegerische Versorgung in den Regionen – gemeint sind hier vor allem die Kommunen – nur im Ausnahmefall vor. Eine solche Ausnahme könnte darin bestehen, dass die Knappheit etwa von Angeboten von Plätzen in der Kurzzeitpflege durch Interventionen direkt bei kommunalen Mandatsträgern angezeigt wird. Eine systematische Erhebung des Bedarfs einschließlich einer Gegenüberstellung mit dem vorhandenen

Angebot in statischer und dynamischer Perspektiver findet jedoch nicht flächendeckend statt. Ein erster Schritt für die Gewährleistung bedarfsgerechter Pflegeangebote müsste daher in einer systematischen Feststellung des Bedarfs in den Kommunen bestehen, dem dann das regionale Angebot gegenübergestellt werden kann. Diese regionale Bedarfsplanung auf der Ebene der Kommunen müsste von den Bundesländern verantwortet und finanziert werden. Voraussetzung wäre eine entsprechende Erweiterung und Konkretisierung der Verantwortlichkeiten der Bundesländer in § 9 SGB XI.

Die Implementierung einer Bedarfsplanung ist zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die Gewährleistung bedarfsgerechter Pflegeangebote. Notwendig ist weiterhin ein effektives Instrumentarium zur Beeinflussung der Angebotsstrukturen – insbesondere zur Verhinderung bzw. zum Abbau von Unterversorgung. Ein wesentliches Instrument hierzu gibt es bereits, nämlich die gezielte Förderung der Investitionsfinanzierung, durch die die Bundesländer die Entwicklung von bedarfsgerechten Versorgungsangeboten unterstützen könnten. Dies ist auch bisher schon möglich, beruht aber auf Freiwilligkeit. Die bisherigen Regelungen in diesem Zusammenhang sind so unverbindlich formuliert, dass die Länder die Verantwortung für die Investitionskostenfinanzierung auf die Pflegebedürftigen abschieben können. Damit verzichten sie allerdings auf ein zentrales Instrument, um pflegerische Versorgungsstrukturen beeinflussen zu können. Eine Veränderung der gesetzlichen Regelungen hin zu mehr Verbindlichkeit bei der Investitionskostenfinanzierung würde allerdings die Zustimmung einer Mehrheit der Bundesländer erfordern. Weil auch die Erfahrungen mit der Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Länder alles andere als positiv sind, erscheinen allerdings Zweifel angebracht, ob die Länder tatsächlich bereit sind, ihrer häufig reklamierten Verantwortung für die Daseinsvorsorge der Bevölkerung auch Taten in Gestalt eines substanziellen Beitrags zur Investitionsförderung

einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur folgen zu lassen.

Vor diesem Hintergrund könnte ein anderes Instrument zur Umsetzung der Ergebnisse der Bedarfsplanung zweckmäßig sein, nämlich die Zulassung von Pflegeeinrichtungen durch Versorgungsverträge mit den Pflegekassen. Wie gezeigt haben diese zurzeit keine Auswahloption, weil alle Einrichtungen, die die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, einen Anspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrags haben. Damit soll erreicht werden, dass die Pflegebedürftigen eine möglichst große Zahl an Angeboten vorfinden, aus denen sie im Bedarfsfall auswählen können. Diese Regelung ist erkennbar auf eine Konstellation ausgerichtet, in der es keine Angebotsengpässe gibt – ein echtes Sicherstellungsproblem also gar nicht besteht. Weil hiermit jedoch – zumindest stellenweise – zunehmend gerechnet werden muss, könnte es sich anbieten, die Verpflichtung der Pflegekassen zum Abschluss von Versorgungsverträgen von der jeweils festgestellten Bedarfsnotwendigkeit abhängig zu machen. Das hieße zum Beispiel, dass in einer Region so lange keine neuen Pflegeeinrichtungen eines bestimmten Typs (etwa der vollstationären Pflege) zugelassen würden, wie es bei anderen Angeboten (zum Beispiel der ambulanten oder teilstationären Pflege) Defizite gegenüber der Bedarfsplanung gäbe. Für den Fall fortbestehender Angebotsprobleme könnte letztlich auch darüber nachgedacht werden, Pflegekassen die Möglichkeit einzuräumen, Eigeneinrichtungen zu gründen, um ihrem Sicherstellungsauftrag gegenüber den Versicherten gerecht zu werden.

Gemäß § 8 SGB XI ist die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit der Definition der daraus folgenden Anforderungen an die betroffenen Akteure. Zu diesen Akteuren gehören nicht nur die Länder, sondern neben den gerade bereits angesprochenen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen nicht zuletzt die Kommunen. Auf den eher appellativen Charakter der Rechtsvorschrift haben wir bereits hingewiesen. Gleichwohl erscheint zur Ge-

währleistung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung insbesondere dringend geboten, die Kommunen stärker einzubeziehen (Brettschneider 2019). Ein Instrument hierfür könnten die nach § 8a SGB XI bereits bestehenden Landespflegeausschüsse sein. Voraussetzung wäre allerdings, dass der Gesetzgeber die Verbindlichkeit zur Berücksichtigung der Empfehlungen dieses Gremiums bei der Planung der pflegerischen Versorgung und der Umsetzung der Planungsergebnisse deutlich erhöht.

Die genannten Maßnahmen würden – den politischen Willen vorausgesetzt – die Rahmenbedingungen für eine verbindliche Gewährleistung bedarfsgerechter Pflegeangebote deutlich verbessern. Allerdings ist zu befürchten, dass der seit Einführung der Pflegeversicherung beschrittene Pfad fortgesetzt wird. Dieser besteht im Wesentlichen darin, dass das Angebot der Versorgungsstrukturen primär durch Marktkräfte determiniert wird (Greß 2018; Pfundstein und Bensch 2020). Ein durchgehender politischer Steuerungswille ist insbesondere auf der Ebene der Bundesländer nicht zu erkennen. Ausnahmen gibt es nur, wenn Länder und Kommunen entsprechende politische und finanzielle Verantwortung übernehmen (vgl. dazu den Beitrag von Braeseke et al. in diesem Band). Aus Sicht der Pflegebedürftigen hängt die Wahrscheinlichkeit für die Gewährleistung eines bedarfsgerechten Versorgungsangebots damit zum einen von betriebswirtschaftlichen Rationalitäten der Anbieter ab. Zum anderen sind die Pflegebedürftigen vom politischen Willen, diese Versorgungsstrukturen aktiv zu beeinflussen, und der finanziellen Ausstattung von Ländern und Kommunen abhängig.

Literatur

- Brettschneider A (2019) Die Rolle der Kommunen: Ziele, Handlungsfelder und Gestaltungsmöglichkeiten kommunaler Pflegepolitik. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer, Berlin Heidelberg, S 219–239

- Bundesrat (2019) Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Antrag der Länder Hamburg, Berlin, Bremen, Schleswig-Holstein. Drucksache 106/19 vom 01.03.2019
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2391/BPL-RL_2020-12-17_iK-2021-02-18.pdf (Erstellt: 17. Dez. 2020). Zugegriffen: 5. März 2021
- Greß S (2018) Qualitätssicherung in der Langzeitpflege durch Wahlentscheidungen der Betroffenen? Eine ökonomische Perspektive. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege. Springer, Berlin Heidelberg, S 147–153
- Greß S, Schnee M (2017) Wege zur integrierten und sektorübergreifenden Versorgung. *Gesundh Ges Wissenschaft (ggw)* 17(3):7–15
- Greß S, Stegmüller K (2017) Rahmenbedingungen für eine effektive Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthe E-W (Hrsg) Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer, Wiesbaden, S 375–385
- Hauck, Noftz (2019) Sozialgesetzbuch, SGB XI – Soziale Pflegeversicherung, Loseblattkommentar (Stand: 9/2019). Erich Schmidt, Berlin
- Jacobs K (2020) Die Pflegeversicherung: eine vertragswettbewerbsfreie Zone. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung, S 123–133
- Pfundstein T, Bemsch M (2020) Vom Markt und den Sorgen – sollen individuelle Pflegeleistungen kommunal gesteuert werden? In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung, S 149–163
- Rothgang H, Kalwitzki T, Cordes J (2019) Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II): bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform, Bremen. https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf. Zugegriffen: 5. März 2021

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Status quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen

Grit Braeseke, Gerhard Naegele und Freja Engelmann

Inhaltsverzeichnis

- 14.1 Regelungen zur Pflegeplanung in den Bundesländern – 196**
- 14.2 Handlungsfelder und Indikatoren der Pflegeplanung – 198**
 - 14.2.1 Handlungsfelder von Landespflegeplänen – 198
 - 14.2.2 Handlungsfelder kommunaler Pflegeplanungen – 199
 - 14.2.3 Indikatoren – 202
- 14.3 Handlungsempfehlungen für die kommunale Senioren- und Pflegeplanung – 202**
- 14.4 Fazit – 207**
- Literatur – 207**

■ ■ Zusammenfassung

Die im § 9 SGB XI bundesgesetzlich vorgegebene Verantwortung der Bundesländer für die Vorhaltung einer leistungsfähigen pflegerischen Versorgungsstruktur wird in den Ländern unterschiedlich in die Praxis umgesetzt. Zum einen erfolgt die Pflegeplanung auf unterschiedlichen Ebenen (teilweise auf Länder- und teilweise auf Kreisebene). Zum anderen variieren die Planungsinhalte und -verfahren stark. Nach einer kurzen Übersicht zu den gesetzlichen Regelungen der Bundesländer wird das Spektrum der Handlungsfelder von Pflegeplanungen auf Länder- und Kreisebene beschrieben. Anhand von vier konkreten Planungskonzepten werden anschließend die genutzten Indikatoren vorgestellt. Abschließend finden sich Handlungsempfehlungen zum konkreten Vorgehen bei der Senioren- und Pflegeplanung für die Stadt- und Landkreise.

According to § 9 Social Code (SGB) XI, the German states (Länder) are responsible for capacity-planning for the provision of efficient long-term care (LTC) services. Some states establish a state-wide LTC program, others have delegated LTC capacity-planning to the

county level. The contents and procedures used in LTC planning vary substantially throughout the country. This article gives a brief overview on the distribution of responsibilities for LTC planning as well as the different frameworks and indicators used at different levels (state and county). Finally, policy recommendations for the LTC planning process on the regional level are given.

14.1 Regelungen zur Pflegeplanung in den Bundesländern

Wie im vorangegangenen Kapitel erörtert, ergibt sich aus § 9 SGB XI die Verantwortung der Bundesländer, eine leistungsfähige pflegerische Versorgungsstruktur vorzuhalten. Die konkrete Ausgestaltung dieses Auftrages erfolgt auf Länderebene. Mit Ausnahme von Sachsen haben alle Bundesländer entsprechende Pflegegesetze sowie dazu gehörige Verordnungen und Richtlinien erlassen.

■ Tab. 14.1 listet die Verteilung der Zuständigkeiten für die Pflegeplanung nach Bundesländern auf.

■ **Tab. 14.1** Zuständigkeiten für die Pflegeplanung und Steuerungsgremien nach Bundesländern (Quelle: IGES; Stand 2019)

Bundesland	Länderebene	Stadt- und Landkreise
Baden-Württemberg	Landespflegeausschuss	Erstellen Kreispflegepläne zu Bestand, Bedarf und erforderlichen Maßnahmen zur Bedarfsdeckung Kommunale Pflegekonferenzen können eingerichtet werden
Bayern	Landespflegeausschuss	Hinwirkungsverpflichtung zur Bereitstellung bedarfsgerechter Strukturen, Pflegebedarfsermittlung als Bestandteil der integrativen, regionalen Seniorenpolitischen Gesamtkonzepte
Berlin	Erstellt Landesrahmenplan Landesseniorenvertretung und Landes-seniorenbeirat	Bezirkliche Seniorenvertretungen und Seniorendelegiertenversammlungen
Brandenburg	Erstellt Seniorenpolitische Leitlinien Landespflegeausschuss	

14.1 · Regelungen zur Pflegeplanung in den Bundesländern

Tab. 14.1 (Fortsetzung)

Bundesland	Länderebene	Stadt- und Landkreise
Bremen	Erstellung eines Altenplans (liegt nur für die Stadt Bremen vor)	
Hamburg	Erstellung Landesrahmenplan Landespflegeausschuss Landes-Seniorenbeirat	Pflegekonferenzen in den Bezirken können eingerichtet werden Bezirks-Seniorenbeiräte
Hessen	Erstellt Rahmenplan Landespflegeausschuss	Erstellen Pflegebedarfsplan Pflegekonferenzen
Mecklenburg-Vorpommern	Erstellt Landesplan aus Basis der kommunalen Planungen Landespflegeausschuss Landesseniorenbeirat	Erstellen kommunale Pflegesozialpläne Kreisseniorenbeiräte und örtliche Seniorenbeiräte
Niedersachsen	Erstellt Landespflegebericht Landespflegeausschuss	Erstellen örtliche Pflegeberichte Örtliche Pflegekonferenzen
Nordrhein-Westfalen	Erstellt Landesförderplan und Bericht zur Lage der Älteren	Erstellen örtliche Pflegeplanungen (alle zwei Jahre) Kommunale Konferenzen Alter und Pflege
Rheinland-Pfalz	Landespflegeausschuss	Erstellen Pflegestrukturpläne Regionale Pflegekonferenzen
Saarland	Erstellt Landespflegeplan Landespflegeausschuss	
Sachsen	Landespflegeausschuss	
Sachsen-Anhalt	Erstellt Pflegekonzeption des Landes als Rahmenplan Landespflegeausschuss und (seit Ende 2017) sektorenübergreifender Landespflegeausschuss	Erstellen Analyse der Pflegestrukturen
Schleswig-Holstein	Formuliert Zielsetzungen und Leitvorstellungen Landespflegeausschuss	Erstellung von Bedarfsplänen und regelmäßige Fortschreibung
Thüringen	Verantwortlich für Planung der (teil)stationären Versorgungsstruktur Erstellt Seniorenbericht Landesseniorenrat	Verantwortlich für Planung der ambulanten Versorgungsstruktur Kommunale Seniorenbeiräte und Seniorenbeauftragter
Pflege-Report 2021		

Die Anpassung der Landespflegegesetze an die Weiterentwicklung der Pflegegesetzgebung auf Bundesebene, ggf. der Auftrag der Kommunen zur Umsetzung der Planungsverpflichtung sowie der Umfang von Pflegeplanungen bezogen auf Handlungsfelder pflegerischer Versorgung variieren jedoch stark. Im folgen-

den ► Abschn. 14.2 wird das inhaltliche Spektrum der Pflegeplanungen (Handlungsfelder und Indikatoren) vorgestellt. ► Abschn. 14.3 gibt konkrete Empfehlungen für die Pflegeplanung auf Ebene der Stadt- und Landkreise und ► Abschn. 14.4 enthält ein kurzes Fazit.

14.2 Handlungsfelder und Indikatoren der Pflegeplanung

Einerseits wurde die Planungs- und Steuerungskompetenz der Kommunen im Pflegebereich im Zuge der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1995 und des teilweisen Übergangs des Sicherstellungsauftrags für die pflegerische Versorgung auf die Pflegekassen (§ 12 Abs. 1 SGB XI) deutlich eingeeengt, andererseits gehören die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung mit zum sozialen Daseinsvorsorgeauftrag der Kommunen. Entsprechend forderte die Expertenkommission für den 7. Altenbericht: „Im Sinne einer ‚verörtlichten Sozialpolitik‘ ist den Kommunen größerer Einfluss bei der Ausgestaltung von Infrastrukturen der Daseinsvorsorge einzuräumen. Dies gilt auch in den Feldern, in denen insbesondere die Sozialversicherungen inzwischen eine starke und dominierende Rolle einnehmen: Im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege“. Dabei sollen „zentrale Elemente der Infrastrukturentwicklung, der Planung, der sozialräumlichen Entwicklung und Steuerung von Hilfen auf kommunaler Ebene angesiedelt und sowohl kompetenzrechtlich und finanziell flankiert werden“ (BMFSFJ 2016, S. 293 f.).

Nach Ansicht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege sollte eine bedarfsgerechte Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen folgendes umfassen (BMG 2015, S. 2):

- eine **neutrale, effiziente und wohnortnahe Beratung**, die die erforderlichen Informationen vermittelt und durch ein gutes Fallmanagement zur Verhinderung, Minderung und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit beiträgt,
- ein **breites Spektrum an Wohnformen**, um Wahlfreiheit bezüglich des altengerechten Wohnens zu sichern und dem Wunsch nach größtmöglicher Selbständigkeit Rechnung zu tragen,

- eine leistungsfähige, ortsnahe und aufeinander abgestimmte **ambulante und stationäre pflegerische Versorgung** sowie
- die **Gestaltung des Sozialraums bzw. der Lebenswelt**, in dem bzw. der bürgerschaftliches Engagement, Familie und Nachbarschaftshilfe von Fachkräften sinnvoll ergänzt werden.

Diese Versorgung kann – nach Auffassung der Arbeitsgruppe – nur im engen Zusammenwirken der Beteiligten (Länder, Kommune, Pflegekassen und Leistungserbringer) sichergestellt werden.

Angesichts dieser Anforderungen sowie der demographischen Herausforderungen wird deutlich, dass eine eng gefasste „Pflegeinfrastrukturplanung“, die sich auf Pflegeheimstandorte und Platzzahlen beschränkt, nicht ausreichend ist. In den folgenden Abschnitten wird gezeigt, welche Themen die Pflegeplanungen auf Landesebene (► Abschn. 14.2.1) und auf Kreisebene (► Abschn. 14.2.2) adressieren und welche Indikatoren (► Abschn. 14.2.3) genutzt werden.

14.2.1 Handlungsfelder von Landespflegeplänen

Die inhaltliche Ausrichtung von Pflegeplanungen wird maßgeblich in den Landespflegegesetzen bestimmt. Neben den Strukturen der pflegerischen Versorgung im engeren Sinn, insbesondere stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, werden dort mehrfach auch folgende Themen genannt:

- Hilfen im Vor- und Umfeld von Pflege
- Pflegeberatung
- Unterstützung pflegender Angehöriger
- Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement

Während der hessische Rahmenplan aus dem Jahr 1996 lediglich Planungsgrundsätze und Richtwerte für stationäre Pflegeeinrichtungen vorgibt, beinhalten die in den letzten

Jahren erstellten Landespflegepläne (Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Sachsen-Anhalt) jeweils auch eine Pflegeberichterstattung der letzten drei bis fünf Jahre vor der Planung und bieten somit eine Möglichkeit, die Ausgangslage im Land und in den Regionen (Kreise, Bezirke) umfassend zu bewerten.

Weiterhin ist festzustellen, dass die meisten Bundesländer über die Pflegeinfrastruktur im engen Sinne hinaus die ambulante Pflege sowie weitere Themen einbeziehen (mit Ausnahme des Saarlandes und Hessen):

- Berlin (2016): Arbeit, Ausbildung in der Altenpflege, Hospiz-/Palliativversorgung
- Hamburg (2015): Prognose des Pflegekräftebedarfs, Wohnformen, Information und Beratung, Demenz, niedrigschwellige Angebote, Altersarmut
- Mecklenburg-Vorpommern (2013): Fachkräftesicherung, Pflegeberatung, Prävention und Rehabilitation
- Sachsen-Anhalt (Altenhilfe und Pflege) (2008): Infrastruktur und Wohnen, Beteiligung und Teilhabe, Arbeitsmarkt, Altersarmut, Konsum Älterer

Baden-Württemberg hatte sich zunächst ebenfalls die Erstellung eines Pflegeplanes auf Landesebene vorgenommen. Diese Regelung wurde aber 2018 mit der umfassenden Novellierung des Landespflegegesetzes aufgehoben (Landespflegestrukturgesetz (LPSG)). Begründet wurde die Neuausrichtung vor allem mit einer bisher primär auf stationäre Einrichtungen ausgerichteten Förderung. Diese wurde als überholt betrachtet und als Konsequenz wird nun die Weiterentwicklung der Angebotsstruktur stärker auf den ambulanten Sektor ausgerichtet, im Sinne von ambulanten Wohn- und Unterstützungsformen. Damit soll u. a. ein längeres Verbleiben der pflegebedürftigen Personen im häuslichen Umfeld gesichert werden. Betont wurde auch, dass diese Unterstützungsstrukturen für Menschen, die aufgrund ihres Alters, von Krankheit oder Behinderung auf Hilfe angewiesen sind, und für deren Angehörige deutlich umfassender sein müssen und

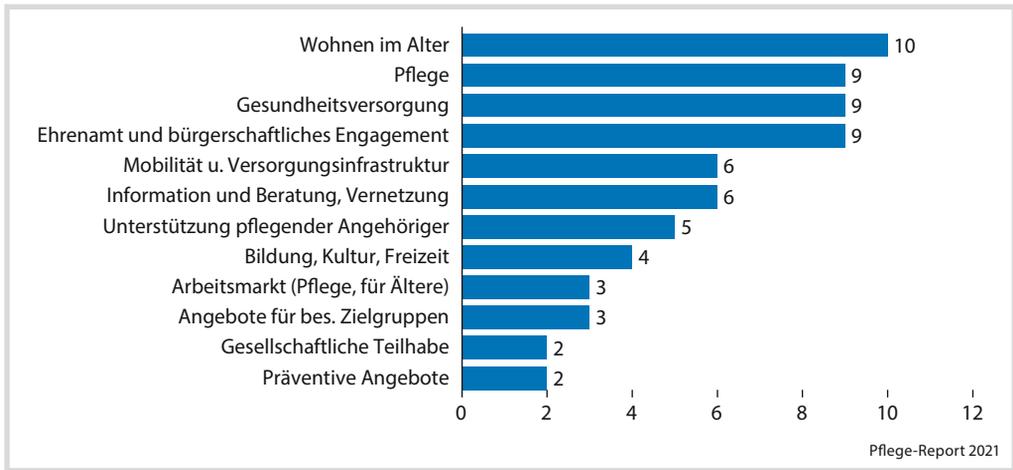
in Form einer breiten Palette vielfältiger, miteinander vernetzter Angebote und Strukturen sozialraumbezogen und wohnortnah zu etablieren sind (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2018, S. 2). In Konsequenz dieser Aussagen wurde die Aufgabe der Pflegeplanung den Stadt- und Landkreisen übertragen (§ 4 LPSG).

14.2.2 Handlungsfelder kommunaler Pflegeplanungen

Im Rahmen einer Studie im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration untersuchte das IGES Institut Anfang 2019 die Alten- und Pflegeplanung in den einzelnen Bundesländern (vgl. Braeseke et al. 2019). ■ Abb. 14.1 zeigt, welche Handlungsfelder in welcher Häufigkeit identifiziert wurden.

Die Handlungsfelder **Gesundheit und Pflege** sind Bestandteil aller betrachteten Alten-, Senioren- und Pflegekonzepte. Viele Pflegeplanungen berücksichtigen auch Aspekte der Gesundheitsversorgung, deren Qualität sich unmittelbar auf die pflegerische Versorgung auswirkt. Fast alle Konzepte beziehen auch ausdrücklich die Palliativversorgung mit ein (stationär in Hospizen oder ambulant durch spezialisierte Pflegedienste).

Die Einbeziehung von **Ehrenamt und Bürgerschaftlichem Engagement** sind weitere, fast in allen Konzepten enthaltene Handlungsfelder. Bereits auf der Ebene vieler Landespflegegesetze wird dies als Sollvorgabe genannt und auch im § 7c SGB XI zur Errichtung der Pflegestützpunkte wird auf die Einbindung der Selbsthilfe sowie von Ehrenamt und bürgerschaftlichem Engagement hingewiesen. Dass dieser Aspekt als Handlungsfeld aufgegriffen wird, zeigt zum einen, dass Kommunen die Entwicklung einer aktiven Bürgergesellschaft vorantreiben, zum anderen trägt es sicher auch der Tatsache Rechnung, dass die Herausforderungen des demographischen



■ **Abb. 14.1** Art und Häufigkeit von Handlungsfeldern in Alten- und Pflegeplanungskonzepten ($n = 10$) (Quelle: IGES)

Wandels nur unter Aktivierung aller Ressourcen zu bewältigen sein werden, einschließlich des sozialen Kapitals.

Das dritte wichtige Handlungsfeld umfasst das **Wohnen im Alter**, häufig auch ergänzt um die Aspekte **Mobilität und Nahversorgung**. Das zeigt die hohe Bedeutung dieses Themas im Alter – nur wenn ausreichend barrierearmer, seniorenrechtlicher Wohnraum geschaffen werden kann, ist auch ein langer Verbleib der Älteren in der eigenen Wohnung möglich und damit die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Weiterhin ist dies ein Hinweis auf die kommunalen Einflussmöglichkeiten im Bereich des Wohnungsbaus.

An vierter Stelle steht das Handlungsfeld **Information und Beratung** sowie Vernetzung und Förderung sozialer Netzwerke. Im Rahmen der Pflegegesetze der letzten Jahre hat die Pflegeberatung einen besonderen Stellenwert erhalten. Vor allem die Entwicklung der Pflegestützpunkte oder lokaler Pflegeberatungsstellen ist hier zu nennen. Beim Aufbau der Beratungsinfrastruktur haben die Bundesländer jeweils verschiedene Akzente gesetzt, sodass Ratsuchende in Pflegefragen je nach Wohnort ein sehr unterschiedliches Beratungsangebot vorfinden. Die Kommunen haben im

Rahmen ihrer Daseinsfürsorge hier ein eigenständiges Betätigungsfeld und Gestaltungsmöglichkeiten und sollten diese Aufgabe nicht nur den Pflegekassen überlassen. Insofern hat das Pflegestärkungsgesetz III hier zu Recht eine wichtige Orientierung gegeben.

Ein besonderes Augenmerk sollte auf dem Thema **Unterstützung pflegender Angehöriger** liegen – nur jedes zweite der analysierten Konzepte berücksichtigt dieses Handlungsfeld explizit. Familienpflege ist eine der tragenden Säulen der Langzeitpflege in Deutschland und die Herausforderungen des Fachkräftemangels machen es erforderlich, diese Säule so gut wie möglich weiter zu stabilisieren – eine Aufgabe, die insbesondere Kommunen zukommt. Je schlechter dies gelingt, umso mehr pflegende Angehörige werden selbst zum Pflegefall.

Mit der bereits 2006 vorgenommenen gesetzlichen Verankerung der Seniorenpolitischen Gesamtkonzepte (SPGK) und dem 2010 vorgelegten Leitfadens zur Umsetzung war Bayern bundesweit Vorreiter bei der Einführung einer zukunftsorientierten kommunalen Seniorenpolitik. Die SPGK enthalten insgesamt elf Handlungsfelder und bilden damit alle für die pflegerische Versorgung relevanten Bereiche ab:

1. **Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung:** Bauleit- und Verkehrsplanung, barrierefreie/-arme Räume, Nahversorgungsinfrastruktur und Einzelhandel, öffentlicher Personennahverkehr
2. **Wohnen zu Hause:** Angebote von der Wohnberatung bis zu alternativen Wohnformen, besonders wichtig ist das „Wohnen bleiben“ einschl. Wohnraumanpassung und barrierefreies Bauen
3. **Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit:** Soll generell den Zugang zu Versorgungseinrichtungen erleichtern – Informationsbroschüren, Anlauf- und Beratungsstellen etc.
4. **Präventive Angebote:** Setzt an vorhandenen Ressourcen und an der Selbstverantwortung für ein gesundes und aktives Altern an – sportliche Aktivitäten, Ernährungsberatung, Früherkennung (Hausärzte). Sturzprophylaxe und präventive Hausbesuche
5. **Gesellschaftliche Teilhabe:** Es sollen vorhandene Kontakte stabilisiert, neue begründet und damit der im Alter häufig zunehmenden Vereinsamung entgegen gewirkt werden (Seniorenbeiräte, stadtteilorientierte Alten- und Servicezentren, Volkshochschulen, Mehrgenerationenhäuser etc.)
6. **Bürgerschaftliches Engagement für und von Seniorinnen und Senioren:** Förderung ehrenamtlichen Engagements (Pflegebegleiter, Ausbildungspaten, „Senioren ans Netz“, Kinderbetreuung etc.)
7. **Betreuung und Pflege:** Beinhaltet neben den stationären Pflegeplätzen die häusliche Versorgung durch ambulante Dienste, Beratungsangebote wie Wohnberatung und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, Tagespflege, Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege, Betreutes Wohnen, Betreutes Wohnen zu Hause, ambulant betreute Wohngemeinschaften sowie unterschiedlichste niedrigschwellige Angebote und Betreuungsformen
8. **Unterstützung pflegender Angehöriger:** Fachstellen für pflegende Angehörige in jedem bayerischen Landkreis, niedrigschwellige Angebote, Betreuungsgruppen etc.
9. **Angebote für besondere Zielgruppen:** Menschen mit Demenz oder anderen psychischen Erkrankungen, vor allem auch mit Depressionen, Menschen mit Behinderung und Personen mit Migrationshintergrund
10. **Kooperations- und Vernetzungsstrukturen:** Träger- und ressortübergreifende Vernetzung, teilräumliche Arbeitsgemeinschaften, auch mit verschiedenen Trägerorganisationen, gemeinsame Fortbildungen
11. **Hospiz- und Palliativversorgung:** Sektorübergreifende, regionale Netzwerke

Die Erarbeitung der SPGK verlief in den 96 Landkreisen und kreisfreien Städten Bayerns sehr unterschiedlich – sowohl zeitlich als auch inhaltlich. Das im Handlungsleitfaden 2010 formulierte Ziel, „dass kommunale seniorenpolitische Gesamtkonzepte landesweit auf einem vergleichbaren und qualitätsgesicherten Niveau etabliert werden“, konnte bis dato nicht erreicht werden. Auf Basis einer vom Kuratorium Deutsche Altershilfe erarbeiteten systematischen Bestandsanalyse zur Umsetzung der SPGK in Bayern wurde 2017 ergänzend eine Arbeitshilfe veröffentlicht, „um auf lokaler Ebene den Aufbau ‚sorgender Gemeinschaften‘ voranzutreiben“ (StMAS 2017, S. 4). Da nach den praktischen Erfahrungen der Kommunen die inhaltlichen Aspekte der einzelnen Handlungsfelder nicht immer trennscharf sind und teilweise Querschnittsthemen umfassen, wurde in der Arbeitshilfe folgende Gliederung der Planung vorgeschlagen:

- Bereich Wohnen (Handlungsfelder Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung sowie Wohnen zu Hause)
- Bereich Soziales (Handlungsfelder Präventive Angebote, Gesellschaftliche Teilhabe, Bürgerschaftliches Engagement und Angebote für besondere Zielgruppen)
- Bereich Pflege und Unterstützung (Handlungsfelder Betreuung und Pflege, Unterstützung pflegender Angehöriger, Hospiz- und Palliativversorgung).

Die Handlungsfelder Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit sowie Kooperations- und Vernetzungsstrukturen sollten als Querschnittsthemen in allen Bereichen berücksichtigt werden.

14.2.3 Indikatoren

Analog zur Vielfalt der Handlungsfelder werden in der Praxis auch vielfältige Indikatoren zur Operationalisierung herangezogen. Indikatoren sind Messgrößen, die die Bewertung bestimmter Sachverhalte ermöglichen. Sie können quantitativer (Maßzahl) oder qualitativer Art (Aussage) sein. Welche Indikatoren jeweils für welche Handlungsfelder geeignet sind, richtet sich in erster Linie nach dem Ziel der Planung. Die Analyse von Veränderungen bei den Indikatoren im Zeitverlauf unterstützt die Erfolgskontrolle.

Die Auswertung von einzelnen Pflegeplanungen hat gezeigt, dass sich die genutzten Indikatoren in drei Arten unterteilen lassen:

- Indikatoren zur Bevölkerungs-/Sozialstruktur und deren künftiger Entwicklung (Bevölkerung nach Altersgruppen, Bevölkerungsprognosen etc.)
- Bedarfsindikatoren, vor allem mit Blick auf Hilfe- und Pflegebedarf im Alter (Pflegebedürftige nach Alter, Pflegegrad und Art der Versorgung, Inanspruchnahme weiterer Leistungen)
- Bestandsindikatoren (differenzierte Versorgungsangebote in ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen für unterschiedliche Bedarfslagen und Zielgruppen)

Eine Übersicht zu den in vier verschiedenen Planungskonzepten genutzten Indikatoren findet sich in Braeseke et al. 2019 (Tab. 4, S. 28 ff.). Empfehlungen für ein „Grundgerüst“ von Handlungsfeldern und Indikatoren für eine kommunale Senioren- und Pflegeplanung enthält der folgende ► Abschn. 14.3.

14.3 Handlungsempfehlungen für die kommunale Senioren- und Pflegeplanung

Allgemeine **Planungsgrundsätze**, die anhand der Erkenntnisse der Analysen empfohlen werden, sind:

- Möglichst eine integrierte Senioren- und Pflegeplanung umsetzen, auch Hilfen im Vor- und Umfeld von Pflege einbeziehen sowie präventive Ausrichtung (Vermeiden von Pflegebedürftigkeit, Gesundheitsförderung und Prävention).
- Die Planung sollte kleinräumig auf regionaler Ebene erfolgen (Kreis- und Gemeindeebene) und möglichst auch ggf. unterschiedlich geprägte Sozialräume berücksichtigen – die Vielfalt der Lebensverhältnisse ist sonst nicht abbildbar.
- „Kaskaden-Planung“ (von der Kreis- über die Gemeinde- bis zur lokalen Ebene der Wirkungskreise der Sozialwirtschaftsträger; Schubert 2019, S. 79) – nicht zu detailliert planen.
- Die Planung sollte zielgruppengenau erfolgen – welche besonderen Zielgruppen sind in der Region in den Blick zu nehmen (Menschen mit Demenz, pflegende Angehörige, jüngere Pflegebedürftige, Menschen mit Migrationshintergrund)?
- Die Einbeziehung der regionalen Akteure und der Bevölkerung in den Planungsprozess ist Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Planung. Bedürfnisse und Bedarfe sind sehr individuell und ändern sich im Zeitablauf.
- Die Planungszyklen sollten zwischen drei und fünf Jahren liegen und der Planungshorizont zehn, höchstens 15 Jahre umfassen – längerfristige Planungen sind mit großen Unsicherheiten verbunden.
- Planung als kontinuierlichen Entwicklungsprozess gestalten und eine regelmäßige Altenberichterstattung (idealerweise jährlich) vornehmen. Das ermöglicht, (Fehl)Entwicklungen frühzeitig zu erken-



■ **Abb. 14.2** Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung (Quelle: Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung aus Kraehmer 2016, S. 8)

nen und entsprechend rechtzeitig gegenzusteuern.

Inhaltliche Leitlinien für die Planung ergeben sich z. T. aus expliziten wie impliziten gesetzlichen Vorgaben (z. B. ambulant vor stationär, differenziertes Versorgungssystem, präventive Ausrichtung, Einbindung von Ehrenamt) und sollten um regionale Präferenzen oder Notwendigkeiten ergänzt werden (z. B. besonders hoher Stellenwert der Beratung in Pflegestützpunkten in Mecklenburg-Vorpommern, partizipatives Vorgehen, Rolle von besonderen Versorgungsangeboten in der Region, Migranten als Zielgruppe etc.).

Der Planungsablauf folgt im Wesentlichen dem bereits in den 1930er Jahren in den USA von Shewhart und Deming als kontinuierlicher Verbesserungsprozess entwickelten PDCA-Zyklus. Dieser besteht, nach einer Vorbereitungsphase, aus den vier Schritten Planen – Durchführen – Überprüfen – Anpassen/Handeln.

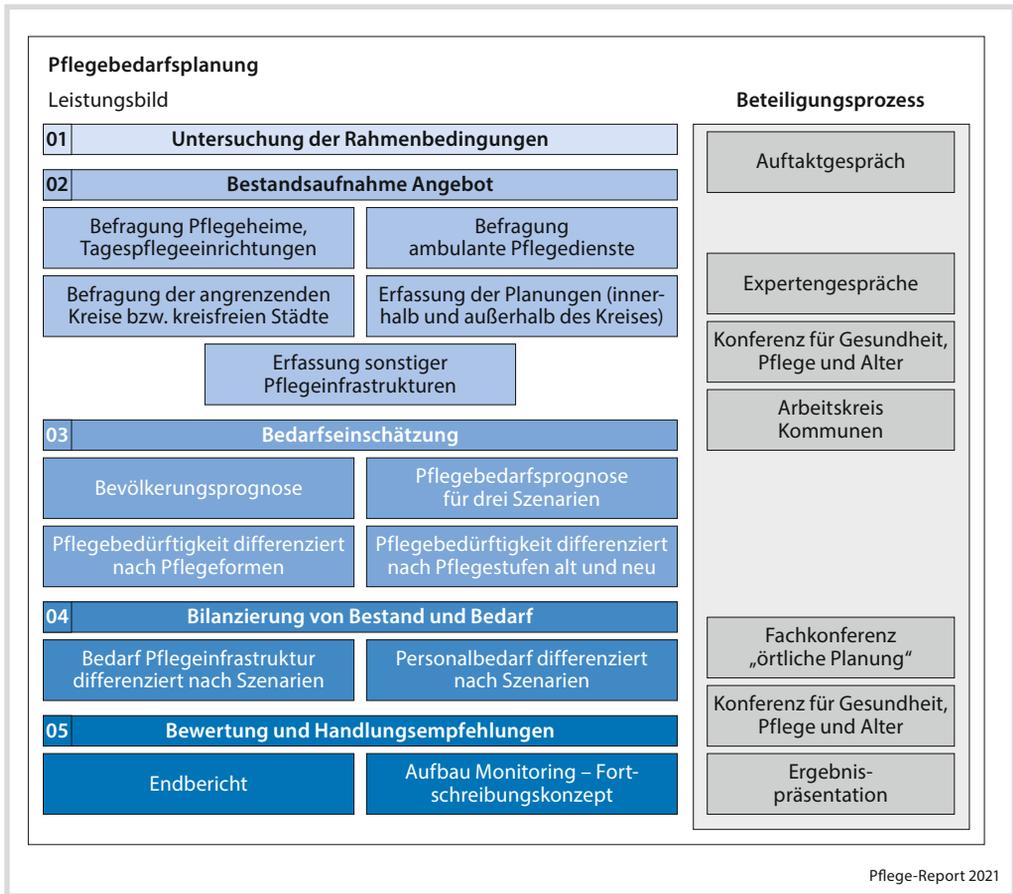
Die von Kraehmer et al. (2016) im Rahmen des Kompasses für die integrierte Pflegesozialplanung in Mecklenburg-Vorpommern entwickelte Roadmap ist ein gutes Beispiel

für einen kompletten Planungszyklus mit einzelnen Planungsschritten nach diesem Schema (■ Abb. 14.2). Sie enthält auch Hinweise auf für einzelne Schritte einzuplanende Zeiträume bei einem fünfjährigen Planungszyklus.

Besonders hervorgehoben wird in vielen Planungsbeispielen die Notwendigkeit der Bildung einer Steuerungsgruppe als lenkendes und steuerndes Organ. Sie bildet die Verbindung zwischen der Verwaltung und den unterschiedlichen, in den Planungsprozess einzubindenden Akteuren einschließlich der Bevölkerung.

Der Prozess der Planerstellung im engeren Sinne umfasst die Ermittlung von Handlungsbedarfen anhand einer Situationsanalyse. Ein gutes Vorgehen zeigt das folgende Schema des Planungsprozesses im Rhein-Kreis Neuss (inhaltlich allerdings auf den Pflegebedarf beschränkt). Sehr prägnant dargestellt ist parallel zu den Umsetzungsschritten auf der rechten Seite in Grau der beispielhafte Ablauf eines Beteiligungsprozesses (■ Abb. 14.3).

Detaillierte Handlungsempfehlungen für eine Senioren- und Pflegeplanung entlang des Planungsprozesses auf Ebene der Stadt- und Landkreise enthält ■ Tab. 14.2.



■ **Abb. 14.3** Schema zum Planungsprozess im Rhein-Kreis Neuss (Quelle: ALP Institut 2017, S. 7)

■ **Tab. 14.2** Handlungsempfehlungen entlang des Planungsprozesses (Quelle: in Anlehnung an Braeseke et al. 2019, S. 66 ff.)

Prozessschritte	Handlungsoptionen/Indikatoren
1. Auftragsklärung	Planungsauftrag und Planungsverständnis klären (Leitbild formulieren, grundlegenden Ablauf klären)
	Festlegung der verantwortlichen Person für die Planung und Koordination bzw. Bildung einer Steuerungsgruppe
	Festlegung der einzubeziehenden Handlungsfelder und Identifizierung spezifisch zu berücksichtigender Zielgruppen

Tab. 14.2 (Fortsetzung)

Prozessschritte	Handlungsoptionen/Indikatoren
2. Bevölkerungsanalysen	Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen
	Bevölkerungsentwicklung nach Geschlecht und Altersgruppen (bis +10 bzw. 15 Jahre ausgehend vom Planungsjahr)
	Haushaltsstrukturen, alleinlebende Ältere
	<i>Optional:</i> Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit (Migrationshintergrund), falls regional versorgungsrelevante Unterschiede auftreten
3. Bedarfseinschätzung	Pflegebedürftige (nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad)
	Pflegebedürftige Prognose (Zeithorizont analog Bevölkerungsprognose)
	Personen mit Hilfe zur Pflege
	Personen mit Demenz und ggf. weitere spezifische Zielgruppen
	Niedrigschwelliger Hilfebedarf Älterer (Hauswirtschaft, Hilfen bei Besorgungen und Arzt-/Therapiebesuchen, Mobilitätshilfen)
	Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger
4. Bestandsanalyse	Wohnsituation (insb. altersgerechte Wohnangebote)
	Pflegestruktur: Einrichtungen (vollstationär, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege, ambulante Dienste) und Personalausstattung
	Prognose Pflegebedarf und Pflegepersonal bis 2035
	Beratungsangebote
	Angebote zur Unterstützung im Alltag
	Haus- und fachärztliche Versorgung
	Palliativ- und Hospizversorgung
	Netzwerke
	Bürgerschaftliches Engagement
	ÖPNV
Nahversorgung, Apotheken	
5. Bilanzierung, Ableitung von Zielen und Maßnahmen	Bewertung der Angebote im Hinblick auf die identifizierten Bedarfe, Priorisieren
	Abgleich mit den Alten- bzw. Pflegeplanungen benachbarter Regionen
	Definition der Planungsziele (gewünschte Ergebnisse bzw. Wirkungen)
	Was ist zu tun? Ableitung von Maßnahmen (Programme, Projekte)
	Wie sind die Maßnahmen umzusetzen (Prozesse, Schritte, geeignete Partner)
	Welche Ressourcen werden benötigt (Einsatz vorhandener Ressourcen, Investitionen etc.)

■ **Tab. 14.2** (Fortsetzung)

Prozessschritte	Handlungsoptionen/Indikatoren
6. Umsetzung der geplanten Maßnahmen	Dokumentation des Umsetzungsstandes, jährliche Bewertung der Zielerreichung durch die Steuergruppe
	Monitoring: Daten alle ein bis zwei Jahre neu erheben, kontinuierliche Altenberichterstattung implementieren
7. Evaluation und Rückkopplung	Prüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen und der Bedarfsgerechtigkeit
	Erfolgskontrolle spätestens nach fünf Jahren, bei Fehlentwicklungen früher gegensteuern, ggf. Anpassung der Ziele
	Neustart des Planungsprozesses bei gravierenden Veränderungen der Ausgangssituation

Pflege-Report 2021

Wichtig ist es darauf hinzuwirken, dass die Planungen der Landkreise und kreisfreien Städte in einem Bundesland einer einheitlichen Grundstruktur folgen und grundlegende Indikatoren einheitlich erhoben bzw. berechnet werden. Das sichert die Vergleichbarkeit von einzelnen regionalen Planungen und ermöglicht das Zusammenführen auf Länderebene. Gleichzeitig wird der überregionale fachliche Austausch erleichtert.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass eine Orientierungshilfe für Kommunen zur Umsetzung einer integrierten Senioren- und Pflegeplanung zielführend ist, auch um vergleich- und auf Landesebene aggregierbare Ergebnisse zu erzielen. Unterstützung der Senioren- und Pflegeplanung in den Kommunen durch das Land wird in unterschiedlicher Form praktiziert:

Erarbeitung von Leitlinien auf Länderebene:

- Bayern – Seniorenpolitische Leitlinien
- Brandenburg – Leitlinien der Seniorenpolitik
- Saarland – Rahmenempfehlung für kommunale seniorenpolitische Konzepte

Entwicklung von Handlungshilfen und -leitfäden für Kommunen im Auftrag des Landes

- Bayern – Leitfaden für kommunale Seniorenpolitik (StMAS 2010) und Arbeitshilfe zur Umsetzung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte (StMAS 2017)
- Mecklenburg-Vorpommern – Kompass für die integrierte Pflegesozialplanung (Kraehmer et al. 2016)
- Nordrhein-Westfalen – Handbuch für Kommunen – Moderne Sozialplanung (Reichwein et al. 2011)

Finanzielle Unterstützung der kommunalen Planungen

- in Mecklenburg-Vorpommern

Beratung der Kommunen durch vom Land finanzierte Stellen

- Baden-Württemberg – Kommunalverband für Jugend und Soziales KVJS unterstützt die Kreise bei der Erstellung der Seniorenplanungen (Erhebung, Auswertung und Darstellung von Daten, Begleitung des Planungsprozesses, Ergebnisdokumentation und Berichterstellung)
- Brandenburg – Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ) entstand im Rahmen der Pflegeoffensive 2015: im Bereich

kommunale Altenhilfe- und Pflegeplanung bietet FAPIQ Beratung zu kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten, zu Methoden und Instrumenten und Unterstützung bei lokalen Vernetzungsprozessen.

- Rheinland-Pfalz – Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. (LZG) hat eine Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung: Sie begleitet im Auftrag der Landesregierung Rheinland-Pfalz Kommunen bei der Pflegestrukturplanung und der Entwicklung einer kommunalen Infrastruktur für Senioren, behinderte Menschen, chronisch kranke sowie pflege- und unterstützungsbedürftige Menschen (LZG 2019).
- Thüringen – Programm zur Förderung von Sozialplanung in den Thüringer Kommunen (2015), Beratung der Kommunen durch das Institut für kommunale Planung und Entwicklung e. V.

Ein integriertes kommunales Steuerungssystem auf drei Ebenen (Case- und Care-Management sowie strategische Rahmenplanung), ein kommunales Pflegemarketing in enger Abstimmung mit den Dienstleistern und der Aufbau eines Monitoringsystems erfordern entsprechend fachlich ausgebildetes Personal in den Verwaltungen. Hier kann das Land die Kreise über eine geeignete Aus- und Weiterbildungsförderung unterstützen.

14.4 Fazit

Die Senioren- und Pflegeplanung ist eine Thematik mit großer Vielfalt bundesweit. Auch innerhalb der Bundesländer finden sich teilweise sehr unterschiedliche Konzepte und Ausprägungen. Von der Pflege-, Altenhilfe-, Alten- bis zur integrierten Sozialplanung – das Spektrum reicht von einer engen Betrachtung (Pflegeinfrastruktur) bis zu einer ganzheitlichen und integrierten Berücksichtigung des Sozialraumes mit den Bereichen Gesundheit, Soziales, Integration, Inklusion, Jugend, Ar-

beitsmarkt, Bildung, Verkehr, Stadtplanung, Stadtentwicklung und Umwelt.

Nicht zuletzt auch aufgrund des Fachkräftemangels in der Pflege geht es künftig nicht nur darum, die pflegerische Versorgung sicherzustellen, sondern den demographischen Wandel in den Kommunen aktiv zu gestalten: Senioren- und Pflegeplanung muss auch eine präventive Ausrichtung haben, um die Herausforderungen der demographischen Entwicklung in den Kommunen bewältigen zu können.

Die Notwendigkeit der verstärkten Abstimmung der Senioren- und Pflegeplanung mit den anderen Ressorts, um mit den begrenzten finanziellen Ressourcen die sozialpolitischen Ziele in einer Gesellschaft des Alterwerdens zu erreichen, findet aktuell im Modell einer integrierten und kooperativen Sozialplanung im Rahmen des Public Governance ihren Niederschlag (Schubert 2019, S. 56). Planung und Steuerung sozialer Dienstleistungen bleiben nicht länger nur Aufgaben der kommunalen Verwaltung, sondern es bilden sich Netzwerke der sozialen Verantwortung in den enger definierten Sozialräumen. „Die Fragen der sozialen Planung für ältere Menschen werden in partizipativen institutionellen Arrangements verhandelt“ (ebd.). Die Akteure entwickeln gemeinsam an runden Tischen, in Stadtteilkonferenzen oder Ideen-Camps tragfähige, räumlich spezifische Konzepte, die mittels örtlicher und regional mobilisierter Ressourcen umgesetzt werden. „Die Kommunen selbst können hier Koordinierungs-, Moderations- und Motivationsfunktionen übernehmen“ (Kruse 2019, S. 20).

Literatur

- ALP Institut für Wohnen und Stadtentwicklung GmbH (2017) Pflegebedarfsplanung Rhein-Kreis Neuss
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2010) Kommunale Seniorenpolitik. Oktober 2010. StMAS, München
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (2017) Seniorenpolitische Gesamtkonzepte. Erfahrungen und praktische Bei-

- sple für die Umsetzung – eine Arbeitshilfe. März 2017. StMAS, München
- Braeseke G, Naegele G, Engelmann F, Lingott N, Inkrot S (2019) Handlungsempfehlungen zur Altenhilfeplanung. Studie im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration. https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/handlungsempfehlungen_altenhilfeplanung_final_190513.pdf. Zugegriffen: 30. Okt. 2020
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016) Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. BMFSFJ, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2015) Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. BMG, Berlin
- Kraehmer S (2016) Kompass für eine integrierte Pflege-sozialplanung – Kurzfassung. Mai 2016. Hochschule Neubrandenburg
- Kruse A (2019) Anforderungen der Gerontologie an die Planung für ältere Menschen. In: Schubert H (Hrsg) Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter: Grundlagen, Bausteine, Praxisbeispiele. Perspektiven Sozialwirtschaft und Sozialmanagement. Springer, Wiesbaden, S 19–41
- Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. (2019) Arbeitshilfe zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz. LZG, Mainz
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2018) Eckpunkte zur Novellierung des Gesetzes zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Stuttgart
- Reichwein A, Berg A, Glasen D, Junker A, Rottler-Nourbakhsh J, Vogel S, Trauth-Koschnick M (2011) Moderne Sozialplanung. Ein Handbuch für Kommunen. Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt). Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- Schubert H (2019) Von der Altenhilfeplanung zur integrierten Sozialplanung im demografischen Wandel. In: Schubert H (Hrsg) Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter Grundlagen, Bausteine, Praxisbeispiele. Springer VS, Köln, S 43–74

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Ausgezeichnete Quartiersarbeit – Modelle für die Vernetzung von Pflege und bürgerschaftlichem Engagement

Heike Wehrbein und Melanie Hanemann

Inhaltsverzeichnis

- 15.1 Einleitung – 210**
 - 15.1.1 Was ist der Pflegeinnovationspreis? Warum engagiert sich die Sparkassen-Finanzgruppe? – 210
 - 15.1.2 Schwerpunktthema 2020: Pflege im Quartier – 210

- 15.2 Praxisbeispiele – 211**
 - 15.2.1 Soziales Netzwerk auf dem Land –
Nachmachen erwünscht! – 211
 - 15.2.2 „SoNO“ – Ein badisches Dorf hilft sich selbst – 212
 - 15.2.3 Städtisches Wohnen für alle Lebenslagen – 213
 - 15.2.4 Kaarst „Älterwerden in Büttgen“ – Bürger steuern
in Eigenregie – 214
 - 15.2.5 Das Wiesbadener Modell – Sicherheit zu Hause und intelligenter
Personaleinsatz – 215

- 15.3 Fazit – 216**

- Literatur – 217**

■ ■ Zusammenfassung

Um ein selbstbestimmtes Leben auch bei Unterstützungsbefehl zu können, braucht es förderliche Bedingungen vor Ort – insbesondere vor dem Hintergrund sich verändernder Familienstrukturen und fehlender Fachkräfte in der Pflege. Diese Bedingungen kleinräumig und bedarfsgerecht aufzubauen ist das Ziel von Quartiersprojekten. Akteure in Städten und Dörfern müssen dabei einen Umgang mit sehr unterschiedlichen Voraussetzungen finden. Wie gut das gelingen kann und wie viel sich durch Vernetzung erreichen lässt, zeigen die hier porträtierten Praxisbeispiele. Es sind die fünf besten Kandidaten einer bundesweiten Ausschreibung für den „Pflegeinnovationspreis der Sparkassen-Finanzgruppe 2020“.

In order to be able to lead a self-determined life even when in need of support, conducive conditions are needed locally – especially against the background of changing family structures and a lack of skilled nursing staff. Neighbourhood projects aim at creating these conditions on a small scale and in line with needs. Actors in towns and villages must find a way to deal with very different conditions. The practical examples portrayed in this paper show how successful projects work and how much can be achieved through networking. The projects described here are the five best candidates in a nationwide call for entries for the Nursing Innovation Prize of the Sparkassen-Finanzgruppe 2020.

Finanzgruppe“. Die Auszeichnung ist eine der Kategorien des „Deutschen Pflegepreises“, der jedes Jahr beim „Deutschen Pflegetag“ verliehen wird. Stifter sind die Sparkassen-Finanzgruppe und ihre Kranken- und Pflegeversicherer UKV – Union Krankenversicherung. Die Verbundpartner richten ihr Engagement gezielt auf dieses Feld, weil sie die Pflege als eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung betrachten. Sie möchten die Entwicklung der Pflege aktiv unterstützen, indem sie besonders innovative und modellhafte Projekte durch die Auszeichnung sichtbar machen und so zu ihrer Verbreitung beitragen.

15.1.2 Schwerpunktthema 2020: Pflege im Quartier

Zu Hause wohnen bleiben – das ist für viele Senioren sehr wichtig. Zahlreiche Umfragen belegen das. Kritisch wird es jedoch, wenn körperliche oder kognitive Einschränkungen auftreten und das Bewältigen des Alltags immer schwerer fällt. Allzu oft wird der Auszug aus der vertrauten Wohnung unvermeidlich, weil die Familie sich nicht ausreichend kümmern kann und die benötigten Unterstützungsangebote fehlen. Das Konzept der quartiersnahen Pflege soll solche Versorgungslücken schließen. Ihr Ziel ist, Selbstbestimmtheit durch gezielte Unterstützung in der Lebenswelt zu erhalten, eine stationäre Unterbringung zu vermeiden oder zu verschieben sowie Isolation im Alter abzubauen. Die Grundidee ist, die pflegerische und vorpflegerische Versorgung nach dem spezifischen Bedarf vor Ort zu gestalten – im Dorf, im Stadtteil, im Quartier – und eine bedarfsgerechte soziale Infrastruktur aufzubauen.

Die Preisstifter bewerten quartiersnahe Versorgungsansätze als zukunftsorientiert. Auf individueller Ebene ermöglichen sie bereits heute vielen Menschen mit Hilfebedarf, länger selbstständig im vertrauten Umfeld zu leben. Gleichzeitig erproben die über 1.000 Quartiersprojekte (DStGB 2019) in Deutschland

15.1 Einleitung

15.1.1 Was ist der Pflegeinnovationspreis? Warum engagiert sich die Sparkassen-Finanzgruppe?

Zukunftsweisende und gesellschaftlich relevante Pflegepraxis fördern – das ist das Ziel des „Pflegeinnovationspreises der Sparkassen-

lokale, konstruktive Lösungen für den wachsenden Unterstützungsbedarf einer alternden Gesellschaft. „Die Folgen des demographischen Wandels zeichnen sich schon deutlich ab: Die Zahl der Menschen mit Unterstützungsbedarf wird dramatisch wachsen, während bereits heute in erheblichem Ausmaß Fachkräfte in Pflege und Assistenz fehlen und das Potenzial für die informelle Pflege in den Familien durch veränderte Familienstrukturen abnimmt.“ (Ebd., S. 6) Die etablierten Sorgestrukturen gelangen an ihre Grenzen. Es gilt, sich für neue Ideen und Wege zu öffnen. Um dazu beizutragen, widmen die Sparkassen-Finanzgruppe und die UKV – Union Krankenversicherung die Ausschreibung bereits seit 2017 dem Thema quartiersnahe Pflegeprojekte.

In der Altenpflege hat sich der Begriff „Quartier“ mittlerweile etabliert; jedoch wird er häufig mit einer gewissen Unschärfe verwendet. Deshalb soll hier zunächst die Bedeutung geklärt werden:

„Was Menschen mit dem Begriff Quartier verbinden, ist sehr unterschiedlich. Die Assoziationen reichen vom militärischen Lager über einen Kiez, einen Stadtteil, eine Gemeinde, bis hin zur Gemeinschaft, zum Sozialraum und zur Nachbarschaft... Im Kern geht es bei dem hier verwendeten Begriff Quartier um einen vom persönlichen Alltag geprägten, überschaubaren Raum“ (MASGF 2018, S. 10). Wie in der zitierten Broschüre soll der Begriff auch hier als **überschaubares Wohnumfeld** verstanden werden, mit dem sich die darin lebenden Menschen identifizieren können.

Auch in der Ausschreibung 2020 wurden überzeugende Quartiersprojekte gesucht. Dafür sollten sie sich mit einer ortsnahen Versorgung und Pflege, Beratungsangeboten, dem Ermöglichen sozialer Teilhabe und bedarfsgerechtem Wohnen befassen. Eine Expertenjury bewertete die Bewerber nach festgelegten Kriterien wie Innovationskraft, gesellschaftliche Bedeutung und Zukunftsfähigkeit. Die fünf bestplatzierten Projekte werden hier als gelungene Praxisbeispiele vorgestellt.

15.2 Praxisbeispiele

15.2.1 Soziales Netzwerk auf dem Land – Nachmachen erwünscht!

Preisträger des Pflegeinnovationspreises 2020 ist „**Selbstbestimmt Altern auf dem Land in Letzlingen**“. Es überzeugte die Jury besonders, weil es sich auf neueste wissenschaftliche Erkenntnisse im Quartiersmanagement und im Bereich Pflegeinnovationen bezieht. Darüber hinaus werden „junge Alte“ durch Präventionsangebote aktiviert – ein Potenzial, das viel häufiger genutzt werden sollte. Das Siegerprojekt punktete überdies beim Kriterium gesellschaftliche Bedeutung, denn seine Grundzüge sollen explizit auf andere ländliche, strukturschwache Kommunen übertragbar sein. „Selbstbestimmt Altern auf dem Land in Letzlingen“ liefert eine Blaupause für viele Regionen in Deutschland. Die Umsetzung ist dennoch konsequent am spezifischen Bedarf der Bürger ausgerichtet. Gewürdigt wurde auch, dass der Träger, die Pfeifferschen Stiftungen mit Sitz in Magdeburg, das Projekt an einem Standort mit großen strukturellen Herausforderungen ansiedelte.

Letzlingen liegt in einer sehr dünn besiedelten, strukturschwachen, ländlichen Region in Sachsen-Anhalt. Der demografische Wandel ist dort längst Realität: Ein Fünftel der rund 1.500 Dorfbewohner ist über 65 Jahre alt, Tendenz steigend. In den nächsten Jahren wird der Anteil an Letzlingern im erwerbsfähigen Alter stark sinken und der gravierende Fachkräftemangel weiter zunehmen. Es gibt **große Lücken in der sozialen Versorgung**. Für Letzlinger mit Unterstützungsbedarf wird es immer schwieriger, Alltagsanforderungen wie die Haushaltsführung und Arzttermine zu meistern und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Mittels einer wissenschaftlich begleiteten Sozialraumanalyse, die auch Maßnahmen zur Bürgerbeteiligung umfasste, stellten

die Pfeifferschen Stiftungen 2017 die Bedürfnisse der Einwohner über 65 Jahre fest. Anhand der Ergebnisse wurde ein mehrsäuliges Projekt konzipiert, das sukzessive umgesetzt wird. Die Finanzierung erfolgt über Fördermittel der Deutschen Fernsehlotterie.

Eine zentrale Erkenntnis war, dass die Letzlinger nicht barrierearme Wohnungen, sondern **einfache Alltagshilfen am dringendsten** benötigen. Daraufhin wurde ein ambulanter Betreuungsdienst gegründet. Heute sind **über 20 Ehrenamtliche** für ältere Mitbürger da. Die Tätigkeit der Betreuer entlastet Pflegedienste und pflegende Angehörige.

Das zweite Herzstück des Projekts war, ein Quartiersmanagement einzuführen. Es übernimmt die Pflegeberatung und schafft ein soziales Netzwerk auf dem Land. Ziel ist, durch Begegnung und Austausch Einsamkeit zu lindern und Versorgungsengpässe im Alter zu vermeiden. Dazu bindet das **Quartiersmanagement** alle Akteure im Dorf ein. Die „Alten von morgen“ werden gezielt angesprochen, um sie mittelfristig für ehrenamtliche Tätigkeiten zu interessieren.

Durch diverse Angebote vom Smartphone-Kurs über den Kaffeeklatsch bis zur Walking-Gruppe aktiviert das Quartiersmanagement die Dorfbewohner und bringt **neues Leben** in die Gemeinde. Die Angebote werden größtenteils durch Ehrenamtliche durchgeführt. Innerhalb eines Jahres erreichte eine ambitionierte Quartiersmanagerin, dass die Angebote rege und zahlreich wahrgenommen wurden und der Betreuungsdienst stetig steigende Anfragen verzeichnete.

Viel Wert legen die Akteure darauf, Kompetenz-Netze zu knüpfen. Es gibt zahlreiche Kooperationen, nicht nur mit den Pflegediensten und anderen ortsansässigen Akteuren, sondern auch mit der Hochschule Magdeburg-Stendal und den Landfrauen.

Der nächste Projektschritt ist, einen innovativen Pflegedienst aufzubauen. Er soll das Landleben für Fachkräfte wieder attraktiv machen durch ein Personalkonzept, bei

dem die ganzheitliche Versorgung der Patienten im Vordergrund steht. Auch der Bau eines Wohn- und Pflegekomplexes ist geplant.

15.2.2 „SoNO“ – Ein badisches Dorf hilft sich selbst

Ein weiteres ländliches Projekt und gleichzeitig Vorzeigebispiel für **zivilgesellschaftliche Initiative** hat es in die finale Auswahl für den Pflegeinnovationspreis geschafft: „**SoNO – Soziales Netzwerk Ortenberg e. V.**“ Das badische Dorf Ortenberg liegt im Ortenaukreis. Der Ort mit 3.400 Einwohnern verfügt eine gesunde Sozialstruktur. Für das alltägliche Leben nötige Einrichtungen und Geschäfte sind vorhanden.

Deutliche Lücken zeigen sich jedoch bei der Versorgung und der sozial-kulturellen Beteiligung der Älteren, insbesondere der mobil Eingeschränkten. Die Familien sind immer weniger in der Lage, hilfsbedürftige Familienmitglieder vor Ort zu versorgen und bei Bedarf zu pflegen. Diesen Eindruck der Projektgründer bestätigte eine Studie (AGP Sozialforschung 2015)

Eine Gruppe engagierter Bürger um den damaligen Gemeindepfarrer rief den Verein „Soziales Netzwerk Ortenberg e. V.“ 2009 ins Leben. Inzwischen können die Akteure auf mehr als **zehn Jahre Aufbauarbeit und eine breite Unterstützungsstruktur** blicken. Mittlerweile ist das Netzwerk nicht mehr aus dem Ort wegzudenken: Es ist auf über 80 aktiv Mitarbeitende und 300 Vereinsmitglieder angewachsen. Wie schon zu Beginn wird es ehrenamtlich geleitet.

Konzeptuell bezieht sich die Vereinsarbeit auf das „Freiburger Modell“ (Klie et al. 2006). Hilfen wie nachbarschaftliche Betreuung und Fahrdienste werden **möglichst durch Ehrenamtliche** geleistet, ansonsten mithilfe vernetzter professioneller Dienste beschafft und zu einem „intelligenten Hilfe-Mix“ verbun-

den. Mit dem Ziel der Versorgungssicherheit vor Ort hat „SoNO“ fünf Teilprojekte aufgebaut:

1. Der Verein organisiert und vermittelt ambulante Unterstützung zu Hause (Alltagsbegleitung).
2. Ein Erzähl-Café mit Hol- und Bringdiensten wurde eingerichtet.
3. Auf Abruf begleiten Ehrenamtliche Fahrten, etwa zu Ärzten, Banken, Geschäften oder zum Friedhof.
4. Ein Schulprojekt ist an den Verein herangetragen und angenommen worden. Zur Entlastung der Eltern kümmern sich SoNO-Mitglieder um die Betreuung der Grundschüler, geben Mittagessen aus und helfen zum Beispiel bei den Hausaufgaben.
5. Eine ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaft. Sie ist kleinformatig und sozialraumintegriert konzipiert. Die Pflege-WG „Storchennest“ liegt mitten im Dorf und ist Teil eines neu entstandenen Seniorenzentrums. Die Rund-um-die-Uhr-Betreuung der zwölf Bewohner übernehmen geschulte Mitarbeiter. Die pflegerischen Aufgaben übernimmt ein ambulanter Dienst.

Die Idee einer Pflege-Wohngemeinschaft geht auch auf einen Befund einer Bürgerbefragung zurück, die 2015 im Rahmen eines GKV-geförderten Modellprojekts durchgeführt wurde (AGP Sozialforschung 2015). Die Umfrage zeigte Handlungsbedarf im Bereich des altersgerechten Wohnens. In Ortenberg schätzten nur sieben Prozent der Befragten die eigene Wohnung als barrierearm und damit gut geeignet für das Alter ein. 48 % konnten sich vorstellen, bei Bedarf das eigene Zuhause altersgerecht umzubauen. Darauf reagierte SoNO mit dem Angebot der Wohnraumberatung und der Einrichtung der Pflege-WG. Finanziert wird die Projektarbeit durch einen Mix aus Eigenmitteln, Nutzergebühren und Fördermitteln.

15.2.3 Städtisches Wohnen für alle Lebenslagen

Das Goetheviertel in Kaiserslautern weist eine sehr gute Infrastruktur auf: Es gibt ein Einkaufszentrum, Bushaltestellen, Physiotherapie, Schulen, Kindergärten, ein Krankenhaus etc. Das kommunale Wohnungsunternehmen der Stadt Kaiserslautern verfügt dort über rund 400 Bestandswohnungen. 16 % ihrer Mieter im Goetheviertel sind über 75 Jahre alt. Viele von ihnen leben seit über 50 Jahren in diesem Gebiet. Diese Strukturmerkmale veranlassten das Wohnungsunternehmen, die Bau AG Kaiserslautern (Bau AG), ein geplantes Quartiersprojekt im Goetheviertel, umzusetzen. Anlass für die Projektidee war der wachsende Druck, geeigneten und bezahlbaren Wohnraum für hilfebedürftige Personen anzubieten.

Die Bau AG entschied sich für ein Konzept, das sich am „Bielefelder Modell“ (Klingenberg 2018) orientiert. Es entstand das innovative Wohnprojekt „Nils – Wohnen im Quartier“ im Goetheviertel. Der programmatische Name steht für nachbarschaftlich, inklusiv, lebenswert und selbstbestimmt. Nicht nur den Mietern, sondern auch anderen Menschen im umliegenden Gebiet soll ermöglicht werden, bei Hilfebedarf in der eigenen Wohnung – zumindest aber in der gewohnten Umgebung – zu bleiben. Es handelt sich um einen gemeinwesenorientierten Ansatz ohne spezifische Zielgruppe. Vielmehr soll sich eine **durchmischte Bewohnerschaft** mit unterschiedlichen Lebenslagen (Familien, Senioren, Paare, Singles etc.) zusammenfinden. Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf sind Teil dieser Bewohnerschaft.

2017 hat die Bau AG eigene, stark renovierungsbedürftige Gebäude zurückgebaut. Auf dem Gelände entstanden zwei Neubauten mit **43 Wohneinheiten**. Die Mietwohnungen sind so konzipiert, dass auch Rollstuhlfahrer darin zurechtkommen. Für jede Lebenslage ist eine Wohnungsgröße vorhanden.

Eine Besonderheit des Projektaufbaus ist die Trennung von Wohnen und sozialer/pfle-

gerischer Betreuung, was für die Bewohner ein Mehr an Autonomie bedeutet. Die Sicherheit, pflegerisch versorgt zu werden, gewährleistet eine Kooperation mit einem ambulanten Dienst. Die Ökumenische Gemeinschaftswerk Pfalz GmbH (ÖGW) bietet den **Quartiersbewohnern ein 24-Stunden-Leistungsangebot** mit pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Hilfs- und Betreuungsangeboten. Die Leistungen können täglich zu- und abgewählt werden. Kostenpflichtig sind nur die tatsächlich in Anspruch genommene Tätigkeiten, sodass eine (sonst übliche) Betreuungspauschale entfällt. Der Pflegedienst vermittelt auch Nachbarschaftshilfen. Außerdem hat die ÖGW GmbH eine zusätzliche Wohnung angemietet, in der sie zwei Plätze für Verhinderungspflege anbietet.

Als Bindeglied zwischen Bewohnern, Dienstleistern, Ehrenamtlichen und Behörden fungiert eine Quartiersmanagerin, die vom Pflegedienst gestellt wird. Ihre Aufgabe ist, die Ressourcen der Bewohner zu nutzen und neben multiprofessionellen Dienstleistungen auch das ehrenamtliche Engagement zu fördern.

Das Herzstück von „Nils – Wohnen im Quartier“ ist eine Gemeinschaftsfläche, das **Wohncafé „Guud Stubb“**. Das Café ist ein Ort der Begegnung und der Kommunikation. Es wird in Eigenregie der Bewohner und ehrenamtlich geführt. Dort gibt es zum Beispiel gemeinsame Mahlzeiten, die von Ehrenamtlichen zubereitet werden, sowie Spielenachmittage, Kaffeestündchen und Näh- und Basteltreffs.

15.2.4 Kaarst „Älterwerden in Büttgen“ – Bürger steuern in Eigenregie

Im Rhein-Kreis Neuss in Nordrhein-Westfalen liegt die Stadt Kaarst. Büttgen ist einer der fünf Stadtteile. Das Viertel ist deutlich von den anderen Stadtteilen abgegrenzt, deshalb fühlen sich die 6.400 Büttger trotz der verhältnismä-

ßig hohen Einwohnerzahl mit ihrem Wohnort verbunden.

In den Jahren 2015 bis 2017 ließ die Stadt einen „Sozialplan Alter“ (FFG 2016) erstellen. Dafür wurden Kaarster Bürger über 60 Jahren zu ihren Problemen und Bedürfnissen befragt. Es zeigte sich, dass nahezu 33 % der Einwohner 60 Jahre und älter sind. Generell wurde klar, dass Maßnahmen entwickelt werden müssen, die ein selbstbestimmtes Leben im Alter mit Unterstützung und Kontakten ermöglichen.

Sowohl im Rahmen der Bedarfserhebungen als auch in Gesprächen in der Projektplanungsphase wurde häufig der **Wunsch nach – auch generationenübergreifenden – Kontakten und nach einem offenen Treffpunkt** im Stadtteil genannt. Ein häufiger Wunsch war auch mehr **Unterstützung bei der Pflege** eines Angehörigen. Die Versorgung von Pflegebedürftigen wird in Büttgen zu über 50 % von Personen geleistet, die älter als 75 Jahre sind. Es lag nahe, dass diese selbst körperlich eingeschränkt sind und Unterstützung benötigen. Des Weiteren wurde deutlich, dass vorhandene Unterstützungsangebote zu wenig bekannt sind und Mobilitätsprobleme bestehen.

Über Anschlussgespräche an den „Sozialplan Alter“ fanden sich interessierte Bürger zusammen, die beschlossen, selbst etwas zu unternehmen. Ihr Ziel war, Menschen beim Älterwerden zu begleiten, sie zu unterstützen und ihnen zu helfen, selbst aktiv zu werden.

Um die Projektidee umzusetzen, suchten die Senioren zunächst einen Träger. Der Caritasverband Rhein-Kreis Neuss e. V. übernahm die Aufgabe, einen Quartiersentwicklungsprozess zu leiten, gemeinsam mit den aktiven Bürgern und mehreren Kooperationspartnern. So konnte die **Quartiersinitiative „Älterwerden in Büttgen“** gegründet werden. Die Aktivitäten der Initiative beziehen sich auf die Erhebungsergebnisse, sind jedoch als **offener Prozess** angelegt, der sich aus den Wünschen, Anregungen und Interessen der Bürger speist.

In Büttgen gibt es bereits viele Angebote, die nur nicht von jedem wahrgenommen wer-

den. Daher war einer der ersten Schritte die Vernetzung der Angebote und Dienste. Zahlreiche Kooperationspartner wurden ins Boot geholt, darunter die Stadt Kaarst, der Verein „Lebendige Nachbarn“, die Seniorenberatung des Deutschen Roten Kreuzes und die Alzheimergesellschaft Kaarst. Bei einem Kick-off-Workshop wurden Anfang 2018 Grundlagen und Ziele vereinbart. Es folgte eine offizielle Startveranstaltung für die Bürger, um herauszufinden, was diese wirklich bewegt. Um Ideen zu konkretisieren und umzusetzen, wurden themenbezogene Treffen organisiert. Aus diesen entstanden verschiedene Module. Nach und nach kamen weitere hinzu. Die Beteiligten treffen sich seitdem regelmäßig, um ihre Erfahrungen, Ideen und auch Wünsche von Teilnehmern einzubringen, und passen die Angebote an.

Als Ergebnis dieses bürgerschaftlichen Engagements finden Büttger Bürger mit Hilfebedarf und ihre Angehörigen heute konkrete Unterstützung: Die Initiative organisiert **ehrenamtliche Senioren- und Pflegebegleiter**, die sich um die alltägliche Versorgung kümmern, bei Behördenangelegenheiten helfen und Arztbesuche begleiten. Darüber hinaus gibt es Informationsveranstaltungen und es wurde ein Gesprächskreis für pflegende Angehörige ins Leben gerufen.

Mitte 2018 konnte die Initiative als nächsten Meilenstein das **Quartierscafé „Büttger Treff“** einweihen. Es fungiert als offener Treffpunkt und sorgt mit vielfältigen Aktivitäten für die gewünschten Kontaktmöglichkeiten.

Gefördert wurde das Projekt in Trägerschaft des Caritasverbandes Rhein-Kreis Neuss über drei Jahre von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, dem Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln und der Sparkassenstiftung Kaarst-Büttgen in Kooperation mit der Stadt Kaarst. Für 2021 übernimmt die Stadt Kaarst einen Großteil der Finanzierung.

15.2.5 Das Wiesbadener Modell – Sicherheit zu Hause und intelligenter Personaleinsatz

Über 300 Senioren leben in den zwei Wohngebieten Eigenheim und Komponistenviertel in Wiesbaden-Sonnenberg. Sie können bei Pflegebedarf von den Vorteilen einer besonderen Kooperation profitieren: Seit Sommer 2016 arbeiten der Pflegedienst Rehbein und die EVIM gemeinnützige Altenhilfe GmbH zusammen. Die Projektverantwortlichen betreiben mehrere Standorte im Quartier: einen Pflegestützpunkt, ein Servicewohnen für Senioren und eine stationäre Pflegeeinrichtung. Dazu kommen noch Einrichtungen der EVIM gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH. Sie haben sich für das Projekt **„Wiesbadener Modell – Quartier Eigenheim/Komponistenviertel“** zusammengesetzt, um neue Wege in der ambulanten wie stationären Versorgung zu erproben. Gleichzeitig wollen sie Antworten finden, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Auch die soziale Teilhabe der Anwohner soll gestärkt werden.

Auslöser für die Projektidee war ein erhöhter Bedarf an ambulanter Pflege und sozialer Teilhabe im Servicewohnen und darüber hinaus. Daraufhin wurden weitere Partner an Bord geholt und eine Projektstruktur geplant. Teil des Plans war eine Befragung der Bewohner des EVIM Service-Wohnens, um die Bedürfnisse der dort lebenden Menschen zu erheben. Die Umfrageergebnisse wurden ausgewertet und auf den Bedarf zugeschnittene Maßnahmen in den Projektplan aufgenommen.

Die Hauptmaßnahmen waren das Installieren eines Quartiersbüros und eines Büros des Pflegedienstes als Anlaufstellen für die Menschen im Quartier. Zudem führten die Kooperationspartner einen Nachtdienst in den Räumlichkeiten des Altenhilfeträgers ein. Darüber

hinaus wurde das Konzept des Pflegedienstes auf eine ortsnahe, rein fußläufige Versorgung umgestellt, indem das Einsatzgebiet auf das sich über einen Quadratkilometer erstreckende Quartier begrenzt wurde. So kann den Bewohnern des Quartiers eine **24-Stunden-Sicherheit in den vertrauten vier Wänden** angeboten werden, ohne dass eine Betreuungspauschale anfällt. Für die Pflegekräfte bedeuten die entfallenen Fahrtwege **weniger Zeitdruck** – ein wesentlicher Faktor für attraktive Arbeitsbedingungen.

Die sektorenübergreifende Kooperation in Kombination mit räumlicher Nähe erweist sich als **Schlüsselfaktor für Synergieeffekte** und neue Möglichkeiten. Ein Beispiel dafür ist, dass die Räume der EVIM Altenhilfe für das Zusatzangebot eines täglichen gemeinsamen Frühstücks genutzt werden können. Auch kurzfristige Einsätze durch das Pflegedienst-Team sind einfacher einzurichten, wodurch sich die Klienten im Quartier sicherer fühlen.

Um die soziale Teilhabe und Integration der im Quartier lebenden Menschen weiter zu fördern, haben die Kooperationspartner in einem Bistro einen gemeinsam betriebenen, zentralen **Quartierstreffpunkt** eingerichtet. Regelmäßig finden im Treffpunkt vom Quartiersmanagement organisierte Veranstaltungen statt, zum Beispiel Spielenachmittage. Ausflüge starten von dort. Direkt anliegend sind das Büros des Pflegedienstes und das Quartiersbüro angesiedelt, in denen alle Bewohner Beratung zu pflegerischen und sozialen Fragen finden.

Die zwei Quartiersmanagerinnen arbeiten eng mit den lokalen, sozialen Akteuren und mit den Engagement-Lotsen der Stadt Wiesbaden zusammen. Es wird angestrebt, die Vernetzung und Kommunikation der Akteure und Einwohner auch auf technischem Wege zu erleichtern. Dazu wird unter anderem eine Software für eine Quartiersplattform entwickelt.

15.3 Fazit

Die Porträts zeigen, wie unterschiedlich die Voraussetzungen und Bedarfslagen in den Quartieren sind. Und sie zeigen, wie vielfältig Netzwerke aus Pflege, engagierten Bürgern und weiteren Partnern aussehen und arbeiten. Initiatoren und Projektträger sind längst nicht mehr nur Akteure aus der Altenpflege wie in den Anfangszeiten der Idee der Quartiersentwicklung vor etwa zehn Jahren (DStGB 2019). Heute gibt es mehr und mehr zivilgesellschaftliche Kräfte sowie Kommunen und die Unternehmen aus der Wohnungswirtschaft, die sich auf den Weg machen, um altersgerechte Dörfer, Viertel und Wohngebiete zu gestalten. Dies lässt sich auch am Bewerberkreis der bislang vier Ausschreibungsrunden für den „Pflegeinnovationspreis der Sparkassen-Finanzgruppe“ ablesen.

Die Bewerbungen zeigen zudem, wie viel fachlich und quantitativ in Bewegung ist. Das scheint generell der Fall zu sein: „Zwar lässt sich die genaue Anzahl der entstandenen Initiativen nicht quantifizieren, aber wenn man allein die Projekte betrachtet, die in den vergangenen Jahren aufgrund von Fördermaßnahmen in der Altenhilfe entstanden sind, ist es sicher nicht zu hoch gegriffen, wenn man von weit über 1.000 Quartiersprojekten ausgeht, die auf den Weg gebracht wurden. Zumal auch Ergebnisse vorliegen, die zeigen, dass Kommunen gezielt aktiv geworden sind, nach einer repräsentativen KDA-Befragung in NRW 2018 mindestens jeder fünfte Kreis beziehungsweise jede fünfte kreisfreie Stadt.“ (DStGB 2019, S. 9)

Eine weitere positive Entwicklung ist, dass neben dem Vorreiter Nordrhein-Westfalen mehr und mehr Bundesländer das Potenzial der Quartiersentwicklung erkennen und finanzielle und/oder strukturelle Förderprogramme aufsetzen, wie etwa in Baden-Württemberg (Sozialministerium Baden-Württemberg – Quartier 2030) oder Brandenburg (FAPIQ – Fachstelle Altern und Pflege im Quartier).

Auch die Stifter des Preises wollen weiterhin ihren Teil dazu beitragen, das Konzept voranzutreiben, damit mehr pflege- und hilfebedürftigen Menschen in dieser schwierigen Lebenssituation genau die Unterstützung finden, die sie brauchen. Deshalb haben sie auch die nächste Preisrunde für quartiersnahe Pflegeprojekte ausgelobt. Besonders gewürdigt wurden Projekte, die auch digitale Möglichkeiten nutzen, um mehr Teilhabe zu ermöglichen und den Zusammenhalt im Quartier zu stärken.

Literatur

- AGP Sozialforschung (2015) Aktivierende Bürgerbefragung in der Gemeinde Ortenberg. Zentrale Ergebnisse der Bestands- und Bedarfsanalyse im GKV-Modellprojekt „Ein Dorf hilft sich selbst“ – Wohnen und Leben im Quartier. AGP Sozialforschung, Freiburg
- DStGB (Deutscher Städte- und Gemeindebund) (2019) Dokumentation N° 150. Vielfalt leben – Anregungen und Praxisbeispiele für das Älterwerden und Teilhaben im Quartier. Deutscher Städte- und Gemeindebund, Berlin
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (2016) Projekt „Erstellung eines Sozialplans Alter für die Stadt Kaarst sowie Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen und Pilotprojekten“. FFG, Dortmund
- Klie T et al (2006) Freiburger Memorandum. Wohngruppen – in geteilter Verantwortung. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung, Evangelische Fachhochschule Freiburg, Freiburg
- Klingenberg O (2018) Das Bielefelder Modell – Ein bewährtes Konzept für ein selbstbestimmtes Wohnen mit Versorgungssicherheit im Alter. Pro Alter 3/2018:21
- MASGF (2018) Zeit im Quartier – Gemeinsam Lebensqualität vor Ort gestalten. Land Brandenburg, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Potsdam

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Kommunale Pflegepolitik als sozialraumorientierte Daseinsvorsorge: Konturen einer Vision

Frank Schulz-Nieswandt

Inhaltsverzeichnis

- 16.1 Einleitung – 221
- 16.2 Sozialraum als Sozialkapitalbildung – 222
- 16.3 Caring Communities in der Pflege im Alter:
Rollenspiel zwischen Sozialversicherungen, Kommune
und Land – 222
- 16.4 Marktordnungsrechtliche Grundsatzfragen – 223
- 16.5 Das Grundrecht auf sozialraumbildende
Daseinsvorsorge – 223
- 16.6 Erste Verankerung der konkreten Utopie im geltenden
Sozialrecht – 224
- 16.7 Sozialraumorientiertes Wohnen im Alter – 225
- 16.8 Gemeinde als Genossenschaft – 226
- 16.9 Sozialraumorientierung auch im Sektor
der „Krankenversorgungsindustrie“ des SGB V – 226

16.10 Anthropologische Paraphrase: Freiheit, Ordnung,
Einbettung – 226

16.11 Fazit und Diskussion – 227

Literatur – 228

■ Zusammenfassung

Der Beitrag skizziert, eingebettet in die Fundamentalnormen des Mehr-Ebenen-Systems des Rechts (der Grundrechtskonventionen des Völkerrechts, des unionsbürgerschaftlichen Grundrechtsdenkens im Europarecht, der Verfassungsordnung des GG, der Sozialgesetzbücher und der eigengesetzlichen Strukturen der Länder) Eckpunkte und Bausteine einer Vision einer kommunalen Pflegepolitik, die quartiersbezogen radikal sozialraumorientiert ist und auf einer Differenzierung der Wohnformenlandschaft im Alter beruht. Um die Wohnformen herum wird als Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge eine Lebenswelt der Caring Communitys im Kontext professioneller sozialer Infrastrukturen entwickelt. Im Rahmen der verfassungsrechtlich vorgegebenen föderalen Struktur muss eine Kooperationskultur der Kommunen und der Sozialversicherungen generiert werden, die die Marktentwicklungen steuernd einbindet und das Feld transsektoral stärker gemeinwohlwirtschaftlich ausgestaltet. Die sozialkapitaltheoretisch fassbaren lokalen Sozialräume in der kommunalen Lebenswelt sollen sich als eine genossenschaftsartige Form der inkludierenden Gegenseitigkeitshilfe als „Miteinanderfreiheit“ und „Miteinanderverantwortung“ entfalten.

Embedded in the normative polity context of the multi-level-system of legal regimes and following the spatial turn in recent social policy theory, the essay explains the vision of a radical new pattern of politics and long-term nursing policy. The idea is characterized by a cooperative culture of regional public authorities, public administration (in urban and rural areas) and social insurance centered around guaranteeing and ensuring nursing care as an integrated part of the trans-sectoral social infrastructure. A living environment of local caring communities in the context of professional social infrastructure will be developed around housing forms connected with participating mobility as a task of public services of general interest. Within the framework of the

constitutionally prescribed federal structure, a culture of cooperation between the municipalities and the social insurance funds must be generated, which integrates market developments and shapes the field transsectorally and more oriented toward public welfare. The local social spaces (as a room of structural and individual empowerment) in the communal living environment will be understood as a cooperative culture of inclusive mutual aid as “freedom to work together” and “responsibility to work together”.

16.1 Einleitung

Es geht hier daseinsthematisch um die Vision (Schulz-Nieswandt et al. 2021) der inkludierenden Gemeinde im Rahmen der Sozialraumorientierung der kommunalen Daseinsvorsorge. Somit geht es hierbei um eine konkrete Utopie. Eine solche ist *ex definitione* bereits in der sozialen Wirklichkeit verankert, verweist uns aber im Sinne des Noch-Nicht auf die Zukunft. So wäre einerseits die Frage (Schulz-Nieswandt 2020b), ob sich die Idee des Sozialraums in den relevanten Rechtsregimen im System der Sozialgesetzbücher vor dem Hintergrund des höherrangigen Rechts der deutschen Verfassung, des Europäischen Rechts und des Völkerrechts bereits kodifiziert findet, positiv zu beantworten. Auch Praxisentwicklungen verweisen auf den empirischen Status dieser Trendentwicklung. Diese Beobachtung lenkt die Aufmerksamkeit auf sog. Leuchtturmkommunen ebenso wie auf Diskursdynamiken z. B. in die Diakonia, wo es um eine Vitalisierung des genossenschaftsartigen Verständnisses der Gemeindeordnung der gegenseitigen Hilfe im nachbarschaftlichen Alltag geht. Andererseits ist die Förderung der Sozialraumbildung leistungsrechtlich längst noch nicht hinreichend verankert und würde auch eine radikale Reform des Vertragsrechts als Grundlage einer neuen Steuerung der Versorgungslandschaften erfordern (Schulz-Nieswandt 2020d).

Dabei ist davon auszugehen, dass „eigentlich“ die Idee der inkludierenden Gemeindeordnung rechtlich zwingend ist: Das Grundrechtsdenken der Konventionen der Vereinten Nationen (UN) – dort lautet es: „dignity is inherent“ – basiert auf einem modernen Naturrechtsdenken der Würde der Person (als „Sakralität der Person“), wie es auch bei uns im Art. 1 GG verankert ist. Neben der Selbstbestimmung und der Selbständigkeit als Dimensionen des Menschenbildes kommt das Grundrecht auf Teilhabechancen zur Wirkung. Daran muss normativ-rechtlich die empirische Landschaft evaluierend skaliert werden. Das personalistische Menschenbild dieses Würdegedenkens meint also das Grundrecht auf freie Entfaltung der Person im Lebenslauf (Art. 2 GG) – sofern es nicht sittenwidrig ist und in diesem Sinne als sittliches Gebot der Rücksichtnahme dasselbe Grundrecht der anderen nicht erodiert –, den Modus der Partizipation als Teilhabe am normalen Leben (Normalisierungsparadigma) des Gemeinwesens. Hier entzündet sich auch das Spannungsfeld zwischen Empowerment im Sinne des Capability-Denkens (Nussbaum 2015; Sen 2020) einerseits und De-Institutionalisierung und Ent-Hospitalisierung andererseits.

16.2 Sozialraum als Sozialkapitalbildung

Was und wer sollen sich am Sozialraum orientieren? Die Antwort muss sein: die Sozialpolitik und ihre Teilfelder, wie z. B. die Pflegepolitik. Doch was meint das Konstrukt Sozialraum? Sozialraum ist kein Container, sondern der personale Nutzen der Netzwerkwelt der Menschen. Dieser Nutzen sei definiert als Ertrag der Investition, z. B. von Zeit, die aus der wechselseitigen Rolle der Mitmenschen heraus gespendet wird, in die Netzwerkwelt des Menschen. Was ist der personelle Nutzen? Netzwerke, jedenfalls die, die hier in einem sittlich positiven Sinne gemeint sind, sind Orte der sozial integrierenden Rollenangebote (z. B.

für bürgerschaftliches Engagement), aus denen Chancen zur Personalisierung der Menschen und vor allem Geschehensprozesse der sozialen Unterstützung (definiert als Sozialkapital) resultieren.

So gesehen soll die Sozialpolitik den Sozialraum bilden, also Netzwerkbildungen fördern und die Menschen dazu anreizen, motivieren und befähigen. Diese Sozialraumorientierung gilt für alle Phasen des Lebenszyklus, so in der Kinder- und Jugendhilfe oder in der Alter(n)solitik, die die Pflegepolitik im Alter einschließt. Der Mensch muss demnach insgesamt als ein Netzwerkwesen begriffen werden. Die Frage ist folglich die, wie diese Politik der Sozialraumorientierung im Sozialrecht verankert und von dort gefördert werden kann. Ich fokussiere auf die Pflegepolitik im Alter.

16.3 Caring Communities in der Pflege im Alter: Rollenspiel zwischen Sozialversicherungen, Kommune und Land

Im § 8 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI wird Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bezeichnet. Dort ist die Hilfe-Mix-Idee explizit verankert und wird heute im Lichte des 7. Altenberichts auch als lokale sorgende Gemeinschaften bezeichnet, wobei diese *Caring Communities* eingebettet sein müssen in die Entwicklung einer professionellen sozialen Infrastruktur (dazu auch § 9 in Bezug auf die föderale Gewährleistungsrolle der eigengesetzlichen Länder). Der soziale Rechtsstaat ist gemäß Art. 20 des bundesdeutschen Grundgesetzes (GG) vor dem stärkenden Hintergrund des europäischen Bekenntnisses zur sozialen Marktwirtschaft in Art. 3 (3) EUV in Verbindung mit Raumordnungsaufgaben (Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im Raum in Art. 72 GG) als Gewährleistungsstaat verpflichtet (Foundational Economy Collective 2019), die Infrastruktur letztendlich in seiner Garantenfunktion sicherzustellen.

16.4 Marktordnungsrechtliche Grundsatzfragen

Diese Daseinsvorsorge kann der Gewährleistungsstaat durchaus durch eigene Einrichtungen (z. B. kommunale Krankenhäuser oder Versorgungszentren) sicherstellen (Schulz-Nieswandt 2020e). Oder er delegiert die Sicherstellung an die freien und privaten Träger in regulierten Märkten. Das ist das europarechtlich kompatible bundesdeutsche Modell der Subsidiarität. Die zunehmende Dynamik transnationaler Kapital-Anleger-Modelle in der Langzeitpflege treibt dieses Feld aber immer mehr in das „Spinnennetz kapitalistischer Transformation“ (Schulz-Nieswandt 2020a, 2020c). Hierdurch wird es aber immer schwieriger, den normativen Fluchtpunkt der Sozialraumbildung zu verwirklichen, weil die Dynamik der Märkte sich schwer einbilden lässt. Damit erhält das Thema der Sozialraumbildung noch eine andere Perspektive: Es ist notwendig, die kommunale Steuerungsmacht zur Bildung von Pflegeinfrastrukturlandschaften in Verknüpfung mit der wohlfahrtsgesellschaftlichen Netzwerkentwicklung zu stärken. Dann müsste zwingend vom obligatorischen Kontrahierungszwang der Kassen ordnungsrechtlich abgesehen werden: Weniger Markt, mehr Infrastrukturplanung der Kommunen im Rahmen der Landesförderung. Dabei stellen sich zwingende Fragen zur Mischfinanzierung in der gemeinsamen Daseinsvorsorgeaufgabe von Kommunen und Sozialversicherungen.

16.5 Das Grundrecht auf sozialraumbildende Daseinsvorsorge

Nochmals anders herangegangen: Das Grundrechtsdenken des Völkerrechts verpflichtet uns, Umwelten eines gelingenden Aufwachsens (von Kindern) und des gelingenden Hineinalterns der Erwachsenen zu gewährleisten. In diesem Lichte sind § 1 SGB I sowie u. a.

§ 71 SGB XI auszulegen. Gemäß dem Befähigungsansatz in der modernen Sozialphilosophie der Sozialpolitik sind dazu einerseits die Daseinskompetenzen (nicht nur das Humankapital unter dem Gesichtspunkt von Employability) zu fördern, andererseits sind eben die Umwelten u. a. in einem infrastrukturellen Sinne zur gelingenden Bewältigung der Entwicklungsaufgaben des Menschen in seinem Lebenslauf zu gewährleisten. Man schaue sich dazu den soeben erwähnten fundamentalen § 1 SGB I an. Dort ist dieser Sinnzusammenhang im Lichte der dort genannten sozialen Gerechtigkeit kodifiziert. Dazu gehören eben auch die Einrichtungen und Dienste der sozialen Infrastruktur unter den Gesichtspunkten der Erreichbarkeit, Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Akzeptanz. Beide Dimensionen – die Kompetenz der Menschen und die Infrastruktur der Umwelt – stehen in einer Wechselwirkung. Dieser transaktionale Funktionskreis muss passungsoptimal, also auch bedarfsgerecht, gestaltet werden. Zu dieser Gewährleistungsaufgabe gehört die Sozialraumbildungsorientierung. Die sozialrechtlich im System der Sozialgesetzbücher kodifizierten Sozialschutzsysteme stehen daher in engem Funktionszusammenhang mit der kommunalen Daseinsvorsorge (gemäß Art. 28 GG i. V. m. Art. 36 der Grundrechtscharta der EU, verankert auch im Vertragsgefüge des Europäischen Unionsvertrages (EUV) bzw. in den Ausführungsbestimmungen zur Umsetzung des EUV (AEUV)). Es geht dabei um das Grundrecht auf freien Zugang zu den Dienstleistungen von allgemeinem Interesse).

Daraus folgt eigentlich zwingend die bereits erwähnte Kooperation und Mischfinanzierung zwischen Kommunen (etwa auf der Grundlage von § 71 SGB XII) und den Sozialversicherungen (SGB V und SGB XI) unter Einbezug des Teilhabegedankens des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in der Strukturreform von SGB IX und SGB XII. Die kommunale Aufhängung der Pflegestützpunkte gemäß § 7c SGB XI bei gleichzeitiger Mitfinanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung ist hier ein Beispiel der verfassungs-

konformen und innovativen Machbarkeit. So kann – man schaue sich die Aufgabenbeschreibung in Absatz 2 und 3 im § 7c SGB XI einmal wirklich genau an – eine transsektoral (auf medizinische, pflegerische und soziale Dienste abstellende) integrierte und lebensweltlich vernetzte Sozialraumbildung vorangetrieben werden. Das Präventionsgesetz (PrävG) in § 20 ff SGB V erklärt die Kommune als Lebenswelt höherer Ordnung. Und auch hier können im Rahmen von Landesregelungen die Sozialversicherungen und die Kommunen zusammenwirken. Das Pflegestärkungsgesetz (PSG) III hat mit Blick auf die Stärkung der kommunalen Rolle aber nur wenig machbare innovative Dynamik gebracht. Diese Stärkung der Kommunen war in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wohl auch vom Bund nicht wirklich gewollt und die Länder konnten sich nicht einigen. Die augenblickliche Debatte um eine große SGB-XI-Reform (Schulz-Nieswandt 2020c) stärkt aber im Diskurs wieder diese Perspektive der Kommunalisierung als Steuerungsfrage mit Blick auf die Ermöglichung der Sozialraumorientierung. Regionale Konferenzstrukturen – einige Länder kennen ja Gesundheits-, Pflege- und Teilhabekonferenzen – könnten hierbei dafür sorgen, dass es nicht um eine zentralistische Top-down-Planung geht, sondern um kommunikativ-dialogische Mechanismen eines kommunalen Steuerungszentrums. Die Länder müssen die dazu aber auch lernbedürftigen Kommunen rechtlich ermächtigen und durch Ressourcen insbesondere finanziell (und damit das finanzverfassungsrechtliche Prinzip der Konnexität beachtend) befähigen.

16.6 Erste Verankerung der konkreten Utopie im geltenden Sozialrecht

Wo der Mut zum politischen Willen der Gestaltung (Pflegepolitik ist Teil der Sozialpolitik als Teil der Gesellschaftspolitik (Schulz-Nies-

wandt 2020c)) ist, ist auch ein Weg. Das SGB V und das SGB XI sehen längst lokale/regionale „Sozialraumagenturen“ (Kompetenzzentren) der Sozialkapitalbildung vor: die Kontakt- und Informationsstellen für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen gemäß § 20h SGB V oder ähnliche Kontaktstellen für Angehörigenpflege/Selbsthilfe gemäß § 45d SGB XI. Länder investieren in Kompetenzzentren, z. B. im Rahmen von Demenzbewältigungsstrategien.

Hier ist ferner auf die Hilfen zur Förderung von nachbarschaftlichen Alltagshilfen in den §§ 45a–c des SGB XI zu verweisen. So sind vor dem Hintergrund von § 45a SGB XI in § 45b die Entlastungsbeiträge für die Förderung von Alltagshilfen zu nennen. Vor allem ist in § 45c (9) SGB XI die Möglichkeit der Förderung von regionalen Netzwerken zu bemerken und zu betonen. Man beachte auch die Förderung von Ehrenamt in § 82b SGB XI.

Die Idee der sorgenden Gemeinschaften wird im Sozialrecht, aber auch von Bund, Ländern und Kommunen, wenn man z. B. an die Engagementpolitik denkt (oder an die Mehrgenerationenhäuser als Typen von Begegnungs- und Dienstleistungszentren), zunehmend gefördert.

Das sind alles erste, mehr oder weniger unvollkommene Bausteine einer sozialrechtlichen Verankerung der Sozialraumorientierung. Die deutsche Sozialpolitik hat aber auch insgesamt noch ein Kulturproblem: Sie ist Weltmeister in der Zahl und Dynamik von Modellprojekten. Wir brauchen aber innovativ veränderte Regelversorgungslandschaften als Grundierung der Sozialraumentwicklungen. Vielleicht ist es auch ein psychodynamisches Problem: Weil der Mut (als Überwindung von Unsicherheit und Angst) und die Phantasie fehlen, bleibt man pfadabhängig. Vielleicht dominieren auch einfach nur die wirtschaftlichen Interessen der etablierten Strukturen die dionysische Kraft der innovativen Ideen. Die Idee eines präventiven Hausbesuchs im höheren/hohen Alter wie z. B. im Modell der Gemeindegewest^{Plus} in einigen Kommunen des Landes Rheinland-Pfalz gehört in die Re-

gelversorgung – in den Niederlanden sind solche Aufgaben kommunale Pflichtaufgaben.

Mit Blick auf die medizinische Primärversorgung gilt ebenso: Die Ankerfunktion der Sozialraumidee gilt auch im Feld des SGB V das Wohnen der Menschen, verbunden mit der teilhabeorientierten Ermöglichung von Mobilität. Digitalisierung mag ein Baustein sein. Aber Verkehrspolitik wird hier sozialpolitisch relevant, ebenso die Politik bezahlbaren Wohnens in Städten und urbanen Verdichtungsräumen. Sozialpolitik und ihr Sozialrecht sind hierbei also Teile der gestaltenden Gesellschaftspolitik. Es geht also gar nicht nur um das Sozialrecht. Die Funktionsverflechtungen der verschiedenen Teilgebiete der Sozialpolitik (Pflegepolitik ist hier immer auch Familien-, Gender-, Berufsbildungs- und Arbeitsmarktpolitik, Vermögensbildungspolitik etc.) sind ebenso zu beachten wie die Idee der sozialen Marktwirtschaft und die Idee der Subsidiarität, die zeitgemäß im Lichte der Megatrends des sozialen Wandels engagiert neu ausgelegt werden müssen. In diesem Sinne habe ich die kommunale Steuerung und die Begrenzung der marktliberalen Ideologie in der Pflegepolitik eingefordert (Schulz-Nieswandt 2020a, 2020c).

16.7 Sozialraumorientiertes Wohnen im Alter

An diesem Punkt wird nochmals deutlicher, was unter Sozialraumorientierung von stationären Einrichtungen der Altenpflege gemeint ist: Öffnung hin zur inklusiven (z. B. „demenzfreundlichen“) Gemeinde. Hilfe muss „mitten im Leben“ ihren Platz finden. Dazu gehört die Offenheit der sozialen Austauschbeziehungen nicht nur im Generationengefüge, sondern mit Blick auf die gesamte Diversität moderner Gesellschaften. Soziale Ungleichheiten bei diesen Partizipationschancen müssen abgebaut werden, wobei im Grundsatz zu beachten ist:

Jede soziale Ungleichheit ist Differenzierung, aber nicht jede Differenzierung ist soziale Ungleichheit.

Hier sind seit der Föderalismusreform von 2006 die Wohn- und Teilhabegesetze (WTG) der Länder gefordert. Es geht vor allem um die Förderung von hybriden Formen („weder ambulante noch stationär“ im Sinne des diesbezüglich überholten § 3 SGB XI) „stambulanter“ Wohn-Care-Arrangements. Überhaupt muss es der Gesellschaftspolitik gelingen, die Wohnformen im Alter zu differenzieren, damit im dichotomen Spektrum zwischen privater Häuslichkeit einerseits und Heimsektor andererseits neue, innovative, ganz andere („heterotope“: Foucault 2013) Räume des gelingenden sozialen Miteinanders entstehen und sich entwickeln können.

Auch die private Häuslichkeit ist nicht immer die wahre Form menschlichen Wohnens. In der Situation besonderen Vulnerabilität der Hochaltrigkeit ist Netzwerkschwäche oder gar Netzwerklosigkeit der wichtigste Risikofaktor, einerseits für die Heimübersiedlung, andererseits für die Isolation und Vereinsamung bis hin zur Verwahrlosung und zum einsamen Sterben in der privaten Häuslichkeit. Erneut wird deutlich, dass und wie Sozialraumbildung Netzwerkbildung meint: Entwicklung vernetzter Lebenswelten in achtsamen Nachbarschaften.

Faszinierend ist die an die neuere KDA-Wohnen-6.0-Diskussion anknüpfende Idee der Vergabe von lokalen/regionalen Gesamtversorgungsverträgen gemäß § 72 SGB XI in der verantwortlichen Trägerschaft der genossenschaftlich organisierten individuellen wie institutionellen Bürgerschaft des Quartiers, also nicht in der Hand eines im lokalen oder regionalen Raum dominierenden Marktanbieters von Einrichtungen. Dieser wäre wie andere Einrichtungen auch eben nur Mitglied in der Quartiersgenossenschaft. In dieser Idee verknüpft sich die Sozialraumöffnung von Einrichtungen mit einer bürgerschaftlichen Demokratisierung der Steuerung.

16.8 Gemeinde als Genossenschaft

Ein Schritt weiter ist gedanklich in Richtung auf die konkrete Utopie einer achtsamen Nachbarschaft (weit über die Grenzen von Familie und Verwandtschaft hinaus als *philia* in der *polis* gedacht) zu gehen: Die Ordnung des Gemeindelebens muss wieder als genossenschaftsartiges Sozialgebilde verstanden und erlernt werden – nicht im Sinne der einzelwirtschaftlichen Rechtsform des Genossenschaftsgesetzes (GenG). Auch einzelwirtschaftliche Gebilde der eG oder auch z. B. eine Senioren-genossenschaft in Form eines eingeschriebenen gemeinnützigen Vereins (e. V.) können hier eine Rolle spielen. Insgesamt geht es aber um die kulturelle Grammatik des sozialen Miteinanders: Um Geben und Nehmen, also um die Gegenseitigkeitshilfe. Gemeint ist selbstorganisierte Selbsthilfe in Selbstverwaltung als Moralökonomik der Bedarfsdeckung. Auch hier bleibt im Hintergrund die Notwendigkeit professioneller sozialer Infrastruktur im sozialen Rechtsstaat als föderalem Gewährleistungsstaat bestehen und betont.

16.9 Sozialraumorientierung auch im Sektor der „Krankenversorgungsindustrie“ des SGB V

Aus die Idee der integrierten Versorgung (ehemals § 140a–h SGB V, dann § 140a–d SGB V, nunmehr § 140a SGB V: besondere Versorgungsformen) hat sich keine Mutation der medizinischen Versorgungslandschaften ergeben. Der § 140a SGB V ist sogar gemäß § 92b SGB XI mit Einrichtungen der Pflege verknüpfbar. Das System will nicht, kann nicht – was auch immer.

Dennoch brauchen wir eine Sozialraumorientierung auch im Medizinsektor. Der Klassiker der Problemanzeiger sind im Kontext der Krankenhausentlassung gemäß § 11 (4)

SGB V als Teil der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V Brückenfunktionslösungen – sonst fallen hochaltrige Menschen ohne Netzwerke in die No-Care-Zonen oder werden vorschnell (eventuell nach der zwischengeschalteten Anschlussrehabilitation) in der Einbahnstraße vom Akutkrankenhaus in die Pflegeheime fehlplatziert. Hier reichen der Expertenstandard und der Rahmenvertrag nicht aus.

Die Dichte der Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen dünnt sich im Siedlungsstrukturgefüge in Deutschland aus. Umso mehr brauchen wir dann einen innovativen Ausbau der Primärversorgung, insbesondere in der Form quartiersbezogener multi-professioneller *Primary Health and Nursing Care Center*. Sie können auch im strukturschwachen, dünn besiedelten ländlichen Raum Ausgangsbasis für mobile Dienste sein. Hier können die kommunalen Gesundheitsämter im jeweiligen Kreis einen Nukleus bilden. Neue Versorgungsbetriebsformen braucht die Gesellschaft.

16.10 Anthropologische Paraphrase: Freiheit, Ordnung, Einbettung

Letztendlich dreht es sich um die Freiheit des Menschen mit Blick auf sein gelingendes Dasein in der Führung des Lebenslaufs. Doch dies kann er immer nur im Knotenpunkt seiner sozialen Beziehungen. In diese bleibt die Möglichkeit seiner Freiheit eingebettet. Autonomie ist in dieser Kontextabhängigkeit daher relativ und relational. Genau hieran knüpfen die Idee und die zunehmende Praxis der Sozialraumorientierung der Sozialpolitik an.

Daher muss Freiheit geordnet werden. Freiheit benötigt Ermöglichungsräume, aber diese müssen von der Gesellschaftspolitik gestaltet werden. Das verweist uns auf die Aufgabe, dass das Zusammenspiel von primärer Vergemeinschaftung (in Familie, Partnerschaft und Freundschaft), Staat, Markt und Drittem Sektor (der Non-for-Profit-Organisa-

tionen) passungsfähig zum sozialen Wandel gelingt.

Im Schnittbereich dieses passungsfähigen Gefüges steht der lokale Verdichtungsraum der Caring Communities (die soziale Einbettung und Unterstützung genossenschaftsartiger Netzwerke als Sozialraum der Person). Das nennt man dann – jenseits des neuen Rechtspopulismus – Heimat. Denn aus der Entwicklungspsychologie, aus der Bindungsforschung etc. wissen wir sehr wohl, dass Individualisierung einer Einbettung in zwischenmenschliche Geborgenheit – auch in der modernen Gesellschaft – bedarf. Sonst scheidet der Mensch im Dasein seines Lebenslaufs.

16.11 Fazit und Diskussion

Wohnen ist in der Philosophie der Daseinsführung des Menschen in anthropologischer Tiefe als ein Existenzial begriffen worden, weil es die alltägliche Verankerung der Sorge als Struktureigenschaft menschlicher Existenz bezeichnet. Wohnend baut sich der Mensch in seine Welt ein. Aus dem Wohnen heraus erwächst alltäglich die Bedürftigkeit der Mobilität, um die Sorge zu bewältigen. Professionelles *Cure und Care* sind die satellitenartigen Module, die sich als infrastrukturelles Setting um die Lebenswelt der Menschen verstehen lassen.

Die Rechtsänderungen der Pflegepolitikreformen sollen diese Lebenswelten gestalten helfen und den Menschen die Chance gewähren, bis ins hohe Alter eine personale Daseinsführung in Form der Selbstbestimmung in aktiver Teilhabe am Gemeinwesen zu leben. An diesem grundrechtlichen Axiom der Würde ist die soziale Wirklichkeit zu skalieren.

Die Wohnlandschaft in Deutschland ist in ihrer Formendifferenzierung als Möglichkeitsraum der Vielfalt unterentwickelt. Die Präferenz für private Häuslichkeit fügt sich dem Sog-Effekt der Heimübersiedlung, weil die besondere Vulnerabilität des hohen Alters – die Netzwerkschwäche oder gar Netzwerklosig-

keit primärer sozialer Kreise (Familie, Partnerschaft) – nicht hinreichend aufgefangen wird durch komplexe, nachhaltig wirksame Caring Communities im Sinne von Hilfe-Mix-Arrangements im lokalen Raum im Kontext der regionalen Pflegestrukturplanung professioneller Infrastrukturen.

Die demographischen Prognosen werden in Verbindung mit den epidemiologischen Prognosen transformiert durch Berechnungen des Kapitalbedarfs für Heimstrukturinvestitionen (Schulz-Nieswandt 2020a). Damit zementiert die Gesellschaft pfadabhängig auf die Zukunft hin Fehlentwicklungen einer problematischen Kultur (Goffman 1973) des Umgangs mit dem Alter. Die Corona-Krise hat der Gesellschaft hier den Spiegel vorgehalten (Schulz-Nieswandt 2020d). Eigentlich wäre ein Moratorium angesagt. Doch der notwendige Kulturwandel ist nicht wie ein Kippschalter zu erwirken – das wäre eine unverantwortliche Vereinfachung der Sicht auf die Problematik. Soziale Lernprozesse der Gesellschaft benötigen ihre Zeit, doch die Weichen müssen vom sozialen Rechtsstaat gestellt werden. In dem Maße, wie der traditionelle stationäre Sektor stagniert und in Zukunft relativ schrumpfen kann, muss die Idee der Caring Communities als soziale Wirklichkeit wachsen. Und es müssen sich als hybride Formen jenseits einer vereinfachten Dichotomie von privater Häuslichkeit einerseits und stationären Settings der Langzeitpflege andererseits neue „stambulante“ Formen in der Versorgungslandschaft als Möglichkeitsräume entfalten. Das Recht der WTG der Länder und die dort implizierten Anreizstrukturen müssen die Entwicklung bahnen. Aber das ist nur eine notwendige Voraussetzung – hinreichende Bedingung ist ein Haltungswandel bei den involvierten Akteuren des Feldes. Das betrifft auch die Offenheit der Bürgerinnen und Bürger in den Quartieren. Der „alte Mensch“ muss in einer entsprechend „gastfreundlichen“ Kommune erwünscht sein.

Netzwerkbildung ist aber keine triviale Angelegenheit. Sie ist – dass zeigt u. a. die interdisziplinäre Vertrauensforschung – in komplexer Weise voraussetzungsreich, demnach eben

auch von Risiken der Fragilität geprägt. Daher ist die Substitutionselastizität zwischen privater Häuslichkeit und Heimlösung komplizierter, als es sich das quasi hydraulische Denken von Sozialreformingenieuren vorstellen mag. Reine Gesinnungsethik hilft hier nicht weiter; eine angemessene achtsame Verantwortungsethik ist erforderlich. Aber eben auch Mut als politische Tugend, mit sozialer Phantasie das Wagnis eines Kulturwandels einzugehen.

Der Sektor stationärer Settings kann demnach nicht einfach „abgeschafft“ werden. Dann bedarf er aber einerseits der systematischen Sozialraumöffnung und eines weiteren Kulturwandels im Innenraum, der vor allem aus der Steigerung seiner „aktualgenetischen“, also auf Geist, Seele und Körper der dort wohnenden Menschen abstellenden aktivierenden Qualität besteht. Mag sein, dass der soziale Code „satt, sauber, sicher, trocken, still“ ein nicht zu unterlaufender Mindeststandard der personalen Würde im Sinne der Vermeidung von Demütigung im Sinne von Margalit (2012) darstellt, aber die Lebensqualitätsforschung (Kaltenegger 2016) zeigt uns, dass es um mehr geht als um das „nackte Leben“ (Agamben 2002). Aber solange Pflegeheime nach dem Effizienz-Dispositiv der *Economics of Scale, Scope and Density* konzeptionell gedacht sind und sodann finanziert werden, bleibt das Kulturproblem ungelöst.

Das Kulturproblem der Pflegepolitik (Schulz-Nieswandt 2020c) als Teil der Sozialpolitik im Rahmen der Gesellschaftspolitik ist auf mehreren Ebenen angesiedelt. Der Sektor bedarf mehr gemeinwirtschaftlichen Denkens (Schulz-Nieswandt 2020a). Aber nicht zuletzt mit Blick auf die hier eingeforderte Stärkung der Kommunen bedarf es auch der kommunalen Kompetenz zur Pflegestrukturplanung vor dem Hintergrund der Idee eines bedingten Kontrahierungszwangs der Kassen. Auch dies ist – im Lichte der Verwaltungskulturforchung – ein sozialer Lernprozess. Thematisiert wurde aus der Haltung des Sollens vorwiegend die Notwendigkeit des Wollens; aber die Kommunen müssen auch im Können befähigt werden. Auch dies benötigt

Zeit. Zuvor müssen aber die ordnungspolitischen Wege gebahnt werden. Dazu muss auch der Gewährleistungsstaat seine „Wächterfunktion“ kulturell modernisieren und im dialogischen Verfahren die Inkubation sozialer Innovationen anschieben.

Die angesprochene Kooperation und Mischfinanzierung von Kommunen und den Sozialversicherungen, die durchaus verfassungskonform ausgestaltbar ist, ist ebenso eine Entwicklungsaufgabe. Die Sozialversicherungen sollten sich – das war ein Thema bei der Einführung des § 140a–h SGB V – im Rahmen von Selektionsverträgen integrierter Versorgung als „Player“, nicht nur als „Payer“ der regionalen Daseinsvorsorge verstehen lernen.

Ich begann ja die Skizze der Vision (Schulz-Nieswandt et al. 2021) mit dem Hinweis auf eine „konkrete Utopie“. Im Fazit sind einige Herausforderungen auf dem Weg dorthin benannt.

Literatur

- Agamben G (2002) Homo sacer. Die souveräne Macht und das nackte Leben. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Foucault M (2013) Die Heterotopien. Der utopische Körper, 4. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Foundational Economy Collective (2019) Die Ökonomie des Alltags. Für eine neue Infrastrukturpolitik. Suhrkamp, Berlin
- Goffman E (1973) Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, 22. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Kaltenegger J (2016) Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen fördern. Kohlhammer, Stuttgart
- Margalit A (2012) Politik der Würde. Über Achtung und Demütigung, 2. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Nussbaum M (2015) Fähigkeiten schaffen. Alber, Freiburg i. Br., München
- Schulz-Nieswandt F (2020a) Der Sektor der stationären Langzeitpflege im sozialen Wandel. Eine querdenkende sozialökonomische und ethnomethodologische Expertise. Springer VS, Wiesbaden
- Schulz-Nieswandt F (2020b) Sozialrechtliche Möglichkeiten der Sozialraumorientierung. In: Wegner G, Lämmlin G (Hrsg) Kirche im Quartier: die Praxis. Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig, S 273–282
- Schulz-Nieswandt F (2020c) Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken. Gestaltfragen einer Re-

- form des SGB XI. Grundlagen, Kontexte, Eckpunkte, Dimensionen und Aspekte. (<https://kde.de>)
- Schulz-Nieswandt F (2020d) Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der „Altenpolitik“. <https://kde.de>
- Schulz-Nieswandt F (2020e) Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl. Nomos, Baden-Baden
- Schulz-Nieswandt F, Köstler U, Mann K (2021) Kommunale Pflegepolitik. Eine Vision. Kohlhammer, Stuttgart
- Sen A (2020) Ökonomie für den Menschen. Hanser, München

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Daten und Analysen

Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 17** **Pflegebedürftigkeit in Deutschland – 233**
*Sören Matzk, Chrysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt,
Kathrin Jürchott und Antje Schwinger*



Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Sören Matzk, Chrysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt, Kathrin Jürchott und Antje Schwinger

Inhaltsverzeichnis

- 17.1 Datengrundlage und Methodik – 234**

- 17.2 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen
bei Pflegebedürftigkeit – 234**
 - 17.2.1 Prävalenz der Pflegebedürftigkeit – 234
 - 17.2.2 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit – 237
 - 17.2.3 Ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen – 241

- 17.3 Kennzahlen zur medizinisch therapeutischen
Versorgung von Pflegebedürftigen – 248**
 - 17.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung – 248
 - 17.3.2 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege
in der ambulanten Pflege – 251
 - 17.3.3 Stationäre Versorgung – 253
 - 17.3.4 Versorgung mit Arzneimitteln – 258
 - 17.3.5 Versorgung mit Heilmittelleistungen – 264

- Literatur – 270**

■ ■ Zusammenfassung

Der Beitrag liefert ein ausführliches Bild zum Stand der Pflegebedürftigkeit und der gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen in Deutschland. Die Analysen basieren auf GKV-standardisierten AOK-Daten. Sie zeigen Prävalenz, Verläufe und Versorgungsformen der Pflege sowie Kennzahlen zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen. Im Fokus stehen die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen, Polymedikation und Verordnungen von PRISCUS-Wirkstoffen und Psychopharmaka. Die Ergebnisse werden der Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters gegenübergestellt und differenziert nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungssetting ausgewiesen.

The article provides empirical insights on the scope and state of long-term care services in Germany. This includes health service provision for persons in need of care. The article lays out key figures regarding the prevalence, pathways and forms of care based on standardised AOK statutory health insurance data. An additional focus lies on the use of outpatient and inpatient health care services as well as on polypharmacy and prescriptions of PRISCUS medication and psychotropic drugs. Findings are contrasted with data on members of the same age group who are not in need of care and discussed in relation to the severity of the need of care and the care provision setting.

17.1 Datengrundlage und Methodik

Die Analysen basieren auf verschlüsselten Abrechnungsdaten der AOK. Für die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) seit 2011 ein bundesweiter Datensatz zur Verfügung. Diesen Daten ist der Personenbezug entzogen, sie können aber sowohl jahresübergreifend als auch in Kombination mit weiteren, im WIdO vorliegenden Abrechnungsinforma-

tionen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) analysiert werden. Für die Standardisierung der AOK-Routinedaten wurde die amtliche Statistik über die Versicherten der GKV (KM 6) mit dem Erhebungsstichtag 1. Juli eines Jahres verwendet. Die Darstellung der AOK-Routinedaten erfolgt demnach so, als würden die AOK-Versicherten bezogen auf 5-Jahres-Altersklassen die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die gesamte gesetzlich krankenversicherte Bundesbevölkerung aufweisen. Verzerrungen der Ergebnisse durch Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen AOK- und GKV-Population sind damit ausgeglichen und die Übertragbarkeit der Informationen ist erhöht. Für andere Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme von Pflege- oder Gesundheitsleistungen gilt dies nicht. An einigen Stellen wird auf die amtliche Statistik PG 2 „Leistungsempfänger nach Pflegegraden, Altersgruppen und Geschlecht“ des Bundesministeriums für Gesundheit zurückgegriffen. Die PG 2 ist als stichtagsbezogene Statistik von allen SPV-Trägern zum 30. Juni bzw. 31. Dezember zu erstellen und zu melden. Die statistischen Berechnungen und graphischen Aufbereitungen wurden mit Hilfe der Statistiksoftware R (4.0.3) unter Verwendung folgender Pakete RODBC(1.3-17), dplyr(1.0.0), tidyverse(1.3.0), mapprotools(1.0-1), rgdal(1.5-18) und ggplot2(3.3.2) erstellt.

17.2 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

17.2.1 Prävalenz der Pflegebedürftigkeit

■ ■ Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht

Mit Ende des Jahres 2019 waren laut amtlicher Statistik der Sozialen Pflegeversicherung 4 Mio. Personen pflegebedürftig, davon etwas weniger als zwei Drittel (61,9 %) Frauen (2,5 Mio. Pflegebedürftige). Mehr als die Hälfte

17.2 · Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

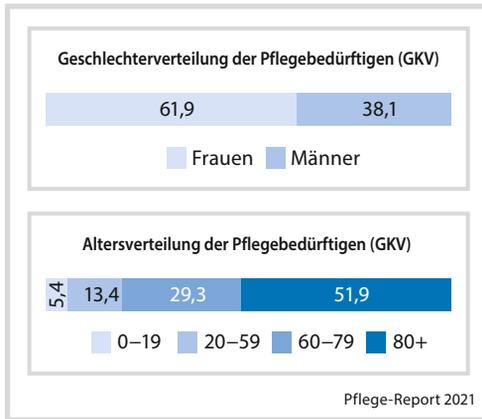


Abb. 17.1 Pflegebedürftige in der GKV nach Alter und Geschlecht, in % (2019) (inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, Amtliche Statistik KM 6)

te der Pflegebedürftigen (51,9 %) sind 80 Jahre und älter (2,1 Mio. Pflegebedürftige). Rund ein Zwanzigstel der Pflegebedürftigen (5,4 %

sind Kinder und Jugendliche (215 Tsd. Personen) (Abb. 17.1).

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein (Abb. 17.2). Sind im Jahr 2019 bei Kindern und Jugendlichen sowie Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen einem und zwei von 100 gesetzlich Krankenversicherten pflegebedürftig, betrifft dies bei den 75- bis 79-Jährigen bereits jeden Siebten (14,5 %). In den höchsten Alterssegmenten verdreifacht sich diese Prävalenzrate auf 47 % bei den 85- bis 89-Jährigen. Bei den über 90-Jährigen sind zwei Drittel der Personen (67,0 %) pflegebedürftig. Mit steigendem Alter unterscheidet sich zudem deutlich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen (Abb. 17.2): Während etwas über ein Drittel der 85- bis 89-jährigen Männer (37,7 %) von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, betrifft dies etwas mehr als die Hälfte aller Frauen (51,9 %) im gleichen Alterssegment. Bei den über 90-jährigen Männern ist schließlich rund jeder Zweite (56,3 %) pflegebedürftig, bei den gleichaltrigen Frauen

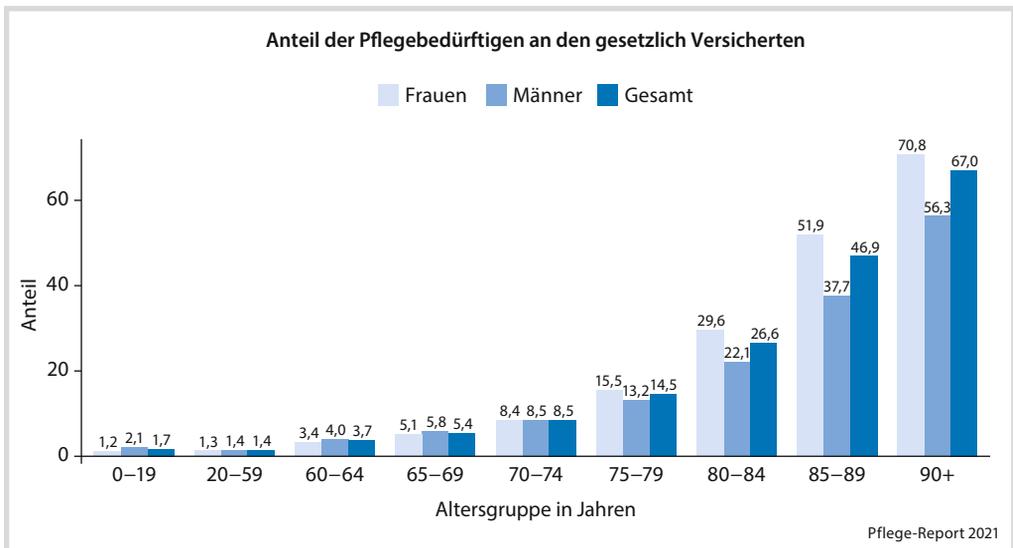


Abb. 17.2 Anteil der Pflegebedürftigen an den gesetzlich Versicherten nach Alter und Geschlecht, in % (2019) (inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, Amtliche Statistik KM 6)

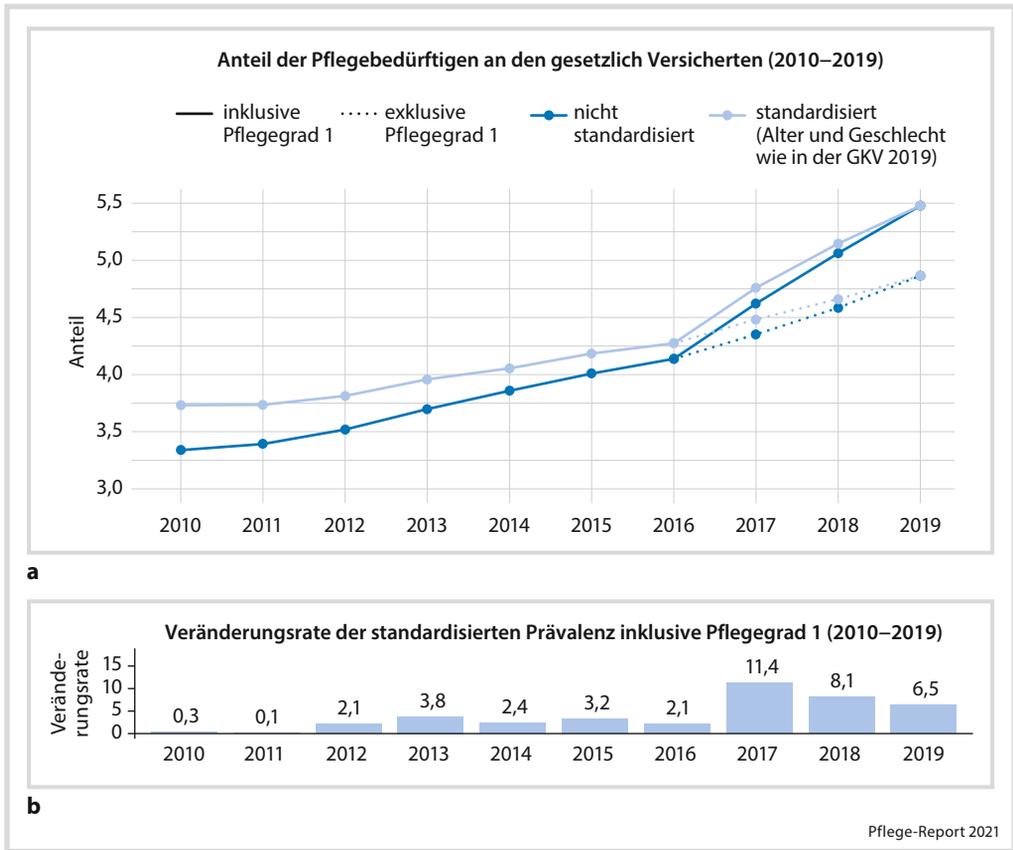


Abb. 17.3 Anteil der Pflegebedürftigen an den gesetzlich Versicherten im Zeitverlauf, in % (2010–2019) (inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, Amtliche Statistik KM 6)

hingegen sind es rund zwei Drittel (70,8%). Innerhalb der unter 75-jährigen GKV-Population unterscheidet sich die Pflegeprävalenz zwischen den Geschlechtern hingegen kaum.

■ ■ Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich gestiegen: Im Jahr 2019 waren im Durchschnitt 6% der gesetzlich versicherten Bundesbürger pflegebedürftig (Abb. 17.3). Im Jahr 2010 betraf dies noch 3%, was einem Anstieg um 64% entspricht. Bereinigt man die Werte um die fortschreitende Alterung der Gesellschaft und legt für alle Jahre die Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV-Versicherten des

Jahres 2019 zugrunde, dann fällt der Anteil deutlich schwächer aus (Abb. 17.3): Bereits 2010 waren demgemäß 4% der gesetzlich Versicherten pflegebedürftig gewesen, der Anstieg bis zum 2019er Wert beträgt dann noch 47%. Folglich lässt sich die beobachtete Zunahme der Pflegeprävalenz zwischen 2010 und 2019 nur zu einem Teil auf die Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung zurückführen. Die deutliche Zunahme der Pflegeprävalenz ab 2016 ist mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Januar 2017 verbunden. Mit der Reform war u. a. die Erwartung verbunden, dass sich der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung weiter verbessert. Deutlich wird durch

■ Abb. 17.3 aber auch, dass der Zuwachs an Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 den Anstieg der Pflegeprävalenz überwiegend begründet: Pflegebedürftig in Grad 2 bis 5 sind lediglich 4,9 von 100 gesetzlich Versicherten und der Prävalenzanstieg unter Bereinigung der fortschreitende Alterung der Gesellschaft seit 2010 liegt bezogen auf diese Gruppe bei noch 30 %.

■ Schwere der Pflegebedürftigkeit

Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Januar 2017 unterteilt sich die Schwere der Pflegebedürftigkeit definitiv in fünf Pflegegrade (zuvor drei Pflegestufen). Etwas mehr als jeder neunte Pflegebedürftige hat im Jahr 2019 laut amtlicher Statistik PG 2 „geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ (Pflegegrad 1; 11,2 %), 42 % wiesen „erhebliche Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 2) auf. Im Schnitt ein Viertel der Pflegebedürftigen ist von „schweren Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 3; 28,1 %) bzw. von „schwersten Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 4 und 5; 19,2 %) betroffen (■ Abb. 17.4). Die Pflegeschwere hat sich in diesem kurzen zeitlichen Verlauf deutlich verändert. ■ Abb. 17.4 zeigt auf, dass der Anteil Personen in den Pflegegraden 2, 4

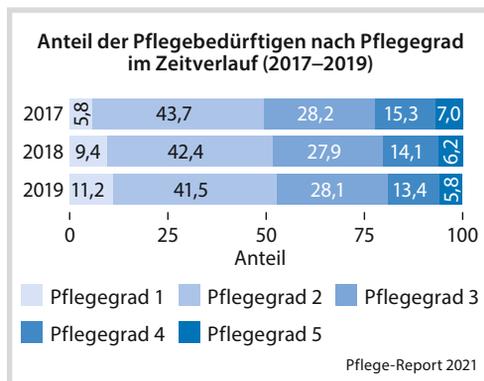
und 5 abnimmt, der mit Pflegegrad 1 hingegen deutlich zunimmt. Bei der Interpretation dieser Veränderungen ist jedoch zu beachten, dass diese aufgrund der formalen Überleitung aller Pflegebedürftigen im Reformjahr 2017 eine artefaktische Entwicklung widerspiegelt. Es ist davon auszugehen, dass sich die faktische Prävalenz der neuen Pflegegrade erst im Zeitverlauf herauskristallisieren wird, und zwar in der Rate, mit der die formal übergeleiteten Personen verstorben oder aufgrund einer erneuten Prüfung höhergestuft wurden.

17.2.2 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

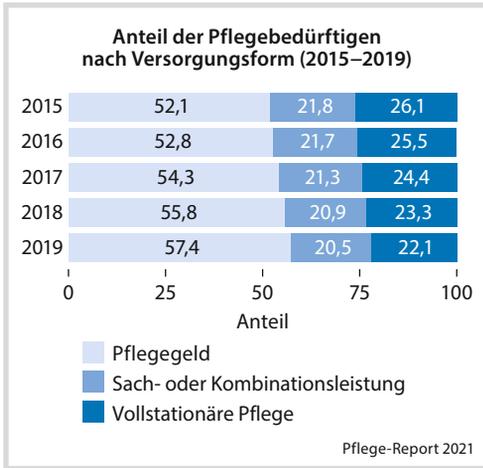
■ Versorgungsformen nach Alter und Geschlecht

Die folgenden Analysen vergleichen ambulant und vollstationär versorgte Pflegebedürftige (§ 43 SGB XI). Die Betrachtung der ambulant Gepflegten unterscheidet zwischen Empfängern reiner Geldleistungen (d. h. Personen mit Pflegegeldbezug (§ 37 SGB XI) ohne jegliche weitere Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst (im Sinne des § 36 SGB XI) und solchen mit Sachleistungs- (§ 36 SGB XI) bzw. Kombinationsleistungsbezug (§ 38 SGB XI)). Im Jahr 2019 wurden etwas mehr als drei von vier Pflegebedürftigen (77,9 %) in ihrer häuslichen Umgebung betreut: Die Hälfte aller Pflegebedürftigen (57,4 %) bezog ausschließlich Pflegegeld (■ Abb. 17.5). Ein Fünftel (20,5 %) entschied sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Etwas weniger als jeder vierte Pflegebedürftige (22,1 %) wurde in einem stationären Pflegeheim versorgt. Der Anteil vollstationär Versorgter ist rückläufig und betrug im Jahr 2015 noch 26 % (■ Tab. 17.5).

Die Unterschiede zwischen den Versorgungsformen sind weniger geschlechts- als vielmehr altersabhängig (■ Abb. 17.6): Leistungen bei pflegebedürftigen Kindern und Jugend-



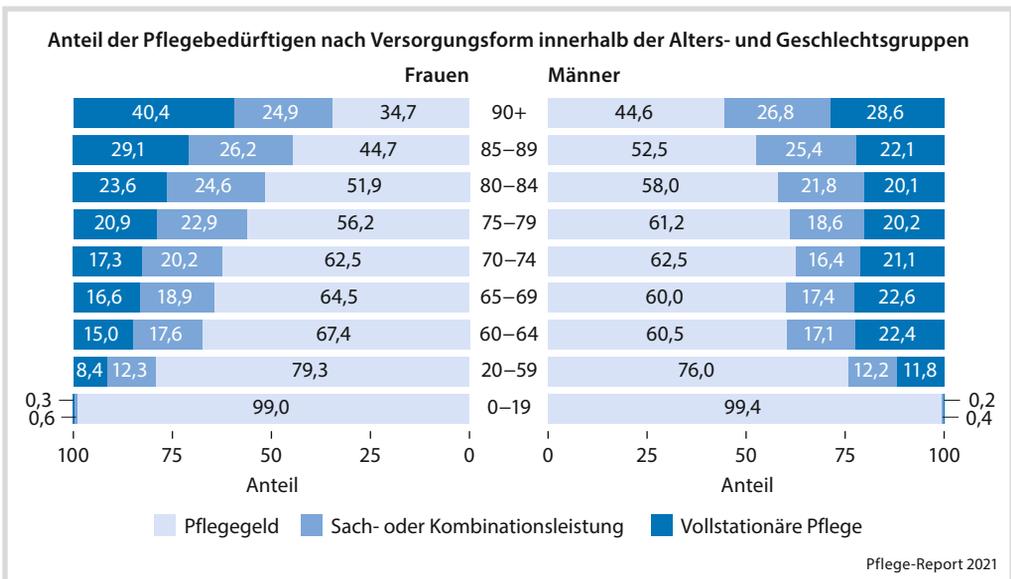
■ **Abb. 17.4** Anteil der Pflegebedürftigen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit (2017–2019), in % (inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2)



■ **Abb. 17.5** Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform im Jahresvergleich, im Durchschnitt der Monate, in % (2015–2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten) (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten. (Amtliche Statistik KM 6 2019))

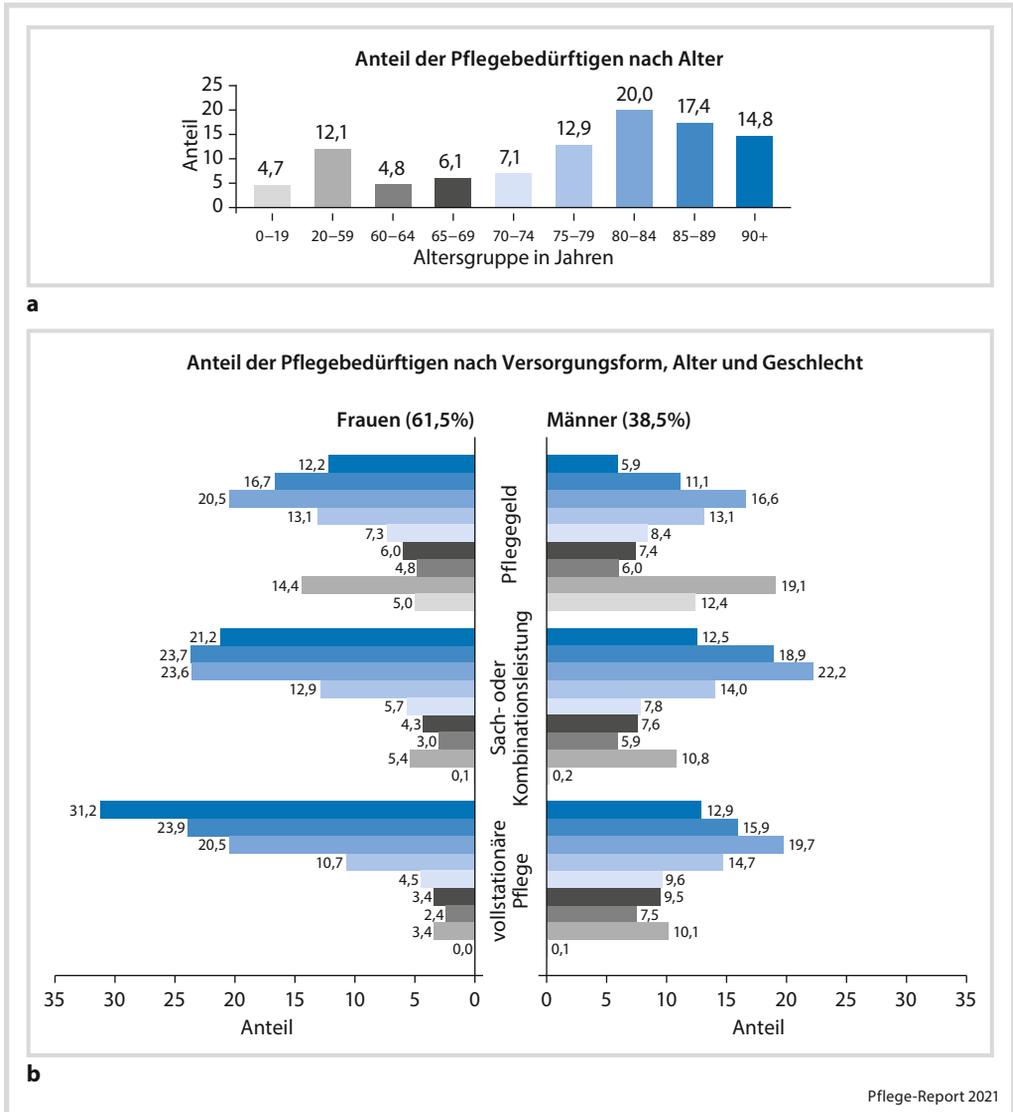
lichen nahezu immer die Angehörigen die Versorgung (Pflegegeld), trifft dies bei Personen im Alter von 20 bis 59 Jahren auf rund 76 % der Männer und 79 % der Frauen zu. Auch Pflegebedürftige zwischen 60 und 74 Jahren sind noch überwiegend reine Geldleistungsbezieher, ab 75 Jahren bei den Frauen und erst ab 90 Jahren bei den Männern sinkt dieser Wert deutlich. Komplementär steigt der Anteil von Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Während in jüngeren Jahren Männer wesentlich häufiger als Frauen vollstationär versorgt werden, kehrt sich dieses Verhältnis ab einem Alter von 85 Jahren um (■ Abb. 17.7). Innerhalb der einzelnen Versorgungsformen variiert die Altersverteilung bei geschlechtsspezifischer Betrachtung ebenso: Drei Viertel (75,7 %) der vollstationär gepflegten Frauen sind mindestens 80 Jahre alt, die Männer sind mit einem entsprechenden Anteil von 49 % hingegen im Durchschnitt deutlich jünger. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den ambulant



■ **Abb. 17.6** Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform, innerhalb der Alters- und Geschlechtsgruppen, im Durchschnitt der Monate, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

17.2 · Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit



■ **Abb. 17.7** Anteil der Pflegebedürftigen nach Alter, innerhalb der Versorgungsform und Geschlechtsgruppe im Durchschnitt der Monate, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

gepflegten Empfängern von Pflegegeld sowie von Sach- oder Kombinationsleistungen. Der Anteil an Pflegebedürftigen in den obersten Altersdekaden ist in allen Versorgungsformen bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern.

■ **Versorgungsform stationär nach Bundesland**

Der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen, der sich 2019 im Bundesdurchschnitt auf 22% beläuft, variiert regional erheblich. ■ **Abb. 17.8** zeigt die Pflege-

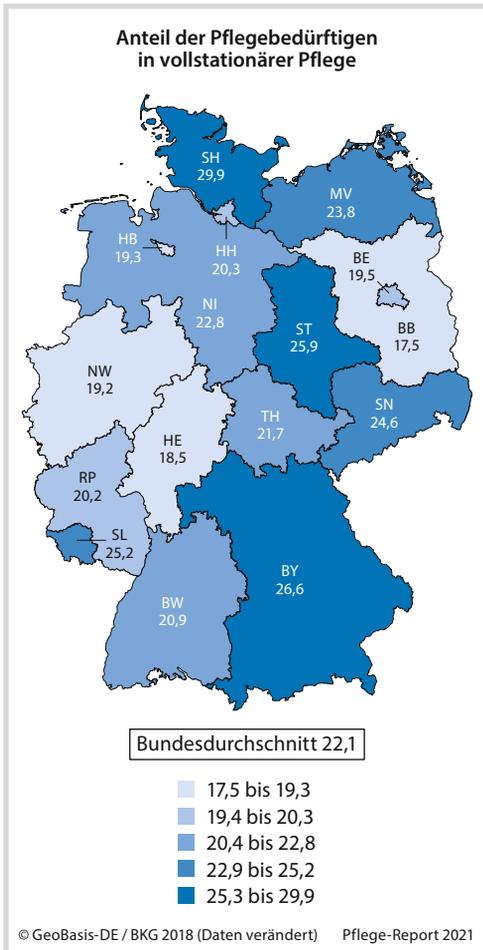


Abb. 17.8 Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege nach Bundesland im Durchschnitt der Monate, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

heimquoten je Bundesland, bereinigt um länderspezifische Alters- und Geschlechtsunterschiede. Bundesländer, die trotz Alters- und Geschlechtsbereinigung deutlich überdurchschnittliche Quoten aufweisen, sind Schleswig-Holstein (29,9 %), Bayern (26,6 %) sowie Sachsen-Anhalt (25,9 %). Die niedrigsten Anteile von Personen in vollstationärer Pflege finden sich in Brandenburg (17,5 %), Hessen (18,5 %) und Bremen (19,3 %).

Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Versorgungsformen

Die Schwere der Pflegebedürftigkeit ist zwischen den Versorgungsformen unterschiedlich verteilt. Während im Jahr 2019 56 % der reinen Pflegegeldbezieher Pflegegrad 2 aufwiesen, waren dies in der vollstationären Pflege nur 18 %. Gleichsam ist hier knapp jeder Zweite (47,6 %) von schwersten Beeinträchtigungen (Pflegegrad 4 und 5) betroffen, von den Geldleistungsempfängern lediglich 14 % (Abb. 17.9). In umgekehrter Aufschlüsselung – wie verteilen sich die Personen eines Pflegegrades auf die Versorgungsformen – zeigt sich: Zwei Drittel der Menschen mit Pflegegrad 2 (70,8 %) beziehen demnach ausschließlich Geldleistungen, deutlich weniger als jeder Zehnte (8,7 %) wird vollstationär versorgt. Mit Zunahme des Pflegegrades steigt der Anteil der Personen im Pflegeheim deutlich – 44 % bzw. 54 % der schwerstpflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 4 und 5 sind vollstationär versorgt (Abb. 17.9).

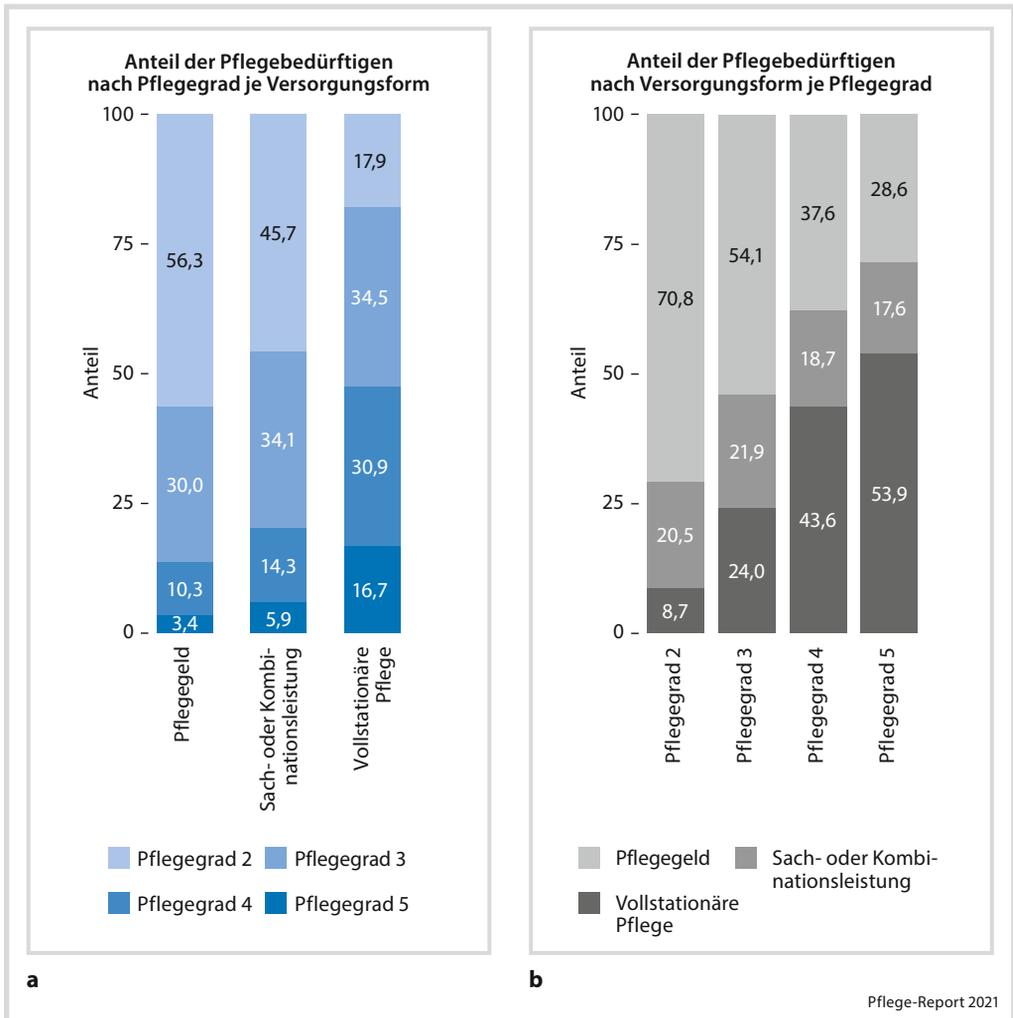
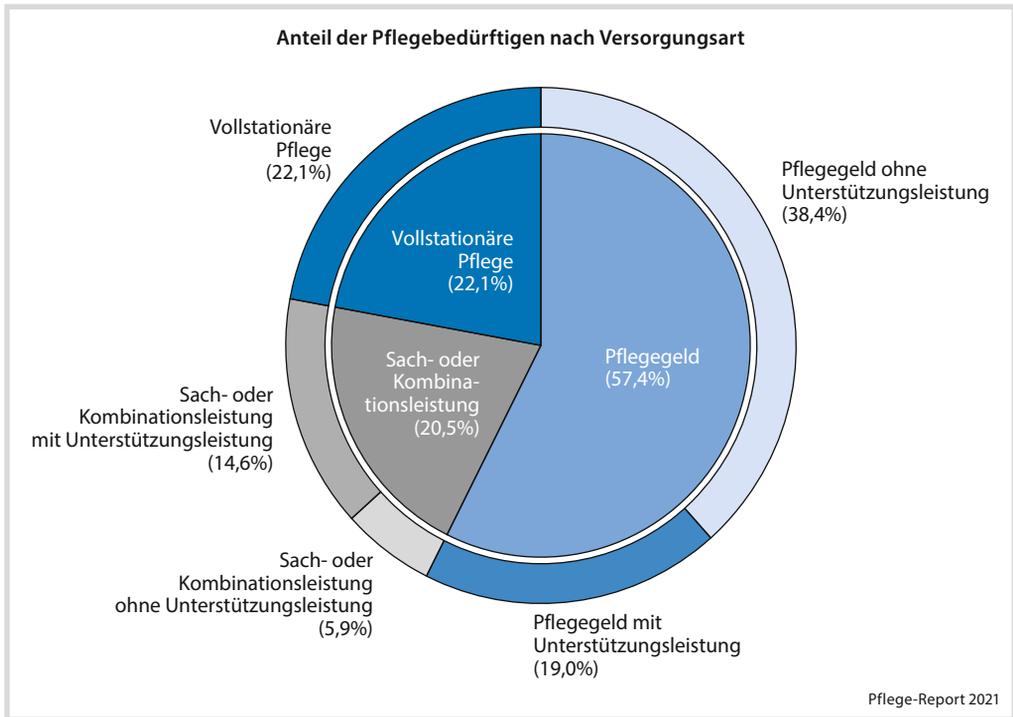


Abb. 17.9 Anteil der Pflegebedürftigen differenziert nach Pflegegrad je Versorgungsform (a) sowie differenziert nach Versorgungsform je Pflegegrad (b), im Durchschnitt der Monate, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

17.2.3 Ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen

Ambulant versorgte Pflegebedürftige haben die Möglichkeit, zusätzlich zum Pflegegeld bzw. parallel zur ergänzenden Versorgung durch einen Pflegedienst weitere Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige zu be-

ziehen. Geld- und Sachleistungen können mit einer Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGBXI) ergänzt werden. Der Pflegebedürftige kann hierdurch für Zeiten im Tagesablauf in einer entsprechenden teilstationären Einrichtung betreut und gepflegt werden. Neben den Leistungen zur Abdeckung des täglichen Hilfebedarfs gibt es für ambulant versorgte Pflegebedürftige Angebote der Verhinderungs- (§ 39 SGB XI)

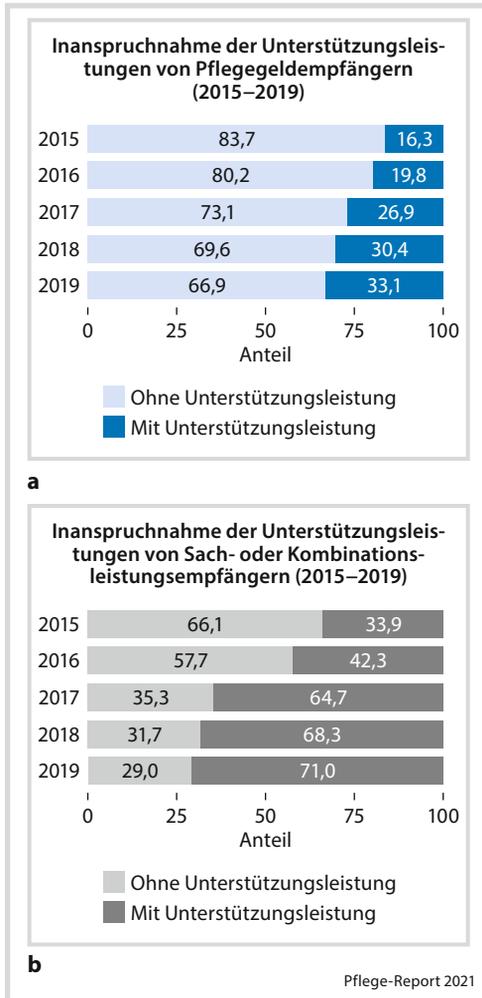


■ **Abb. 17.10** Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart mit und ohne zusätzliche Unterstützungs- und Entlastungsleistung, im Durchschnitt der Monate, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

und Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI), um die Hauptpflegeperson für einige Wochen im Jahr zu entlasten. Kurzzeitpflege kann darüber hinaus nach einem Krankenhausaufenthalt genutzt werden, um den Übergang in die weitere Pflege abzusichern, oder als Ersatzpflege in Krisensituation, in denen eine häusliche Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, zum Einsatz kommen. Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben ferner Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) in Höhe von bis zu 125 € pro Monat zur Erstattung von Aufwendungen im Rahmen der Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI und Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI.

■ ■ Übersicht zur Inanspruchnahme

■ **Abb. 17.10** und **17.11** zeigen die Inanspruchnahme der oben genannten ambulanten Unterstützungsleistungen. Besonders auffällig ist dabei die geringe Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch Pflegegeldbezieher: Zwei von Dreien (66,9 %; ■ **Abb. 17.11**) nutzen keine einzige weitere ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistung (38,4 % aller Pflegebedürftigen). Genau umgekehrt ist es bei den Pflegehaushalten mit Einbindung eines ambulanten Pflegedienstes (Sach- oder Kombinationsleistung): Deutlich mehr als zwei Drittel (71,0 %; ■ **Abb. 17.11**) beziehen hier ergänzende unterstützende Leistungen. Gemessen an allen Pflegebedürftigen sind dies 15 % aller Pflegebedürftigen. Ein Viertel der Pflegebedürftigen (22,1 %) befindet sich in vollstationärer Pflege.



■ **Abb. 17.11** Anteil der ambulant Pflegebedürftigen mit und ohne zusätzliche Unterstützungs- und Entlastungsleistung im Jahresvergleich, im Durchschnitt der Monate, in % (2015–2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad I sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Sowohl der Anteil Geld- wie auch Sachleistungsempfänger mit zusätzlicher Unterstützungs- und Entlastungsleistung hat im Zeitverlauf deutlich zugenommen (■ **Abb. 17.11**).

■ **Abb. 17.12** stellt die Inanspruchnahme von ambulanten Unterstützungs- und Ent-

lastungsleistungen durch ambulant versorgte Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit (mindestens in einem Monat) für das Jahr 2019 dar. Sie differenziert dabei zwischen der zeitpunktbezogenen (Durchschnitt der Monate) und der zeitraumbezogenen Betrachtung (Jahresdurchschnitt¹). Die Jahresbetrachtung ermöglicht insbesondere eine genauere Darstellung der Inanspruchnahmeraten für die Nutzer von Kurzzeit- und Verhinderungspflege, da diese Leistungen nicht durchgehend über das ganze Jahr in Anspruch genommen werden, sodass eine Darstellung im Durchschnitt der Monate diesen Anteil unterschätzen würde. Folglich ergibt die Jahresanalyse durchgängig höhere Inanspruchnahmeraten bei den in ■ **Abb. 17.12** gelisteten Leistungen als die Berechnung des jeweiligen Monatsdurchschnitts. Im Jahresverlauf 2019 nutzte fast jeder Dritte mindestens einmal Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege (32,5 % der Empfänger von Pflegegeld und 30,3 % jener von Sach- oder Kombinationsleistungen). Im Bereich der Verhinderungspflege kommt der stundenweisen Unterstützung die höchste Bedeutung zu (16,4 % bzw. 17,7 %). Kurzzeitpflege erhielt rund jeder Zehnte (7,8 % bzw. 11,2 %) mindestens einmal im Laufe des Jahres 2019.

■ ■ Inanspruchnahme im Zeitverlauf

Die Inanspruchnahme der ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsleistung hat seit 2015 deutlich zu genommen (■ **Abb. 17.13**). Dies hängt damit zusammen, dass die Unterstützungsangebote in einer ganzen Reformkaskade deutlich ausgeweitet wurden, als letztes mit dem Pflegestärkungsgesetz I (2015). Seitdem kann die Tagespflege gänzlich additiv

1 Die Jahresbetrachtung erfasst alle Pflegebedürftigen, die mindestens einmal im Gesamtzeitraum 2019 die entsprechende Unterstützung bezogen haben; jedoch nur, wenn sie im zugrunde liegenden Monat auch Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungsempfänger waren. Somit wird ein Pflegebedürftiger, der bezogen auf das Jahr in einem Monat Pflegegeld, in anderen Monaten aber Sach- oder Kombinationsleistungen bezog, in beiden Gruppen mitgeführt.

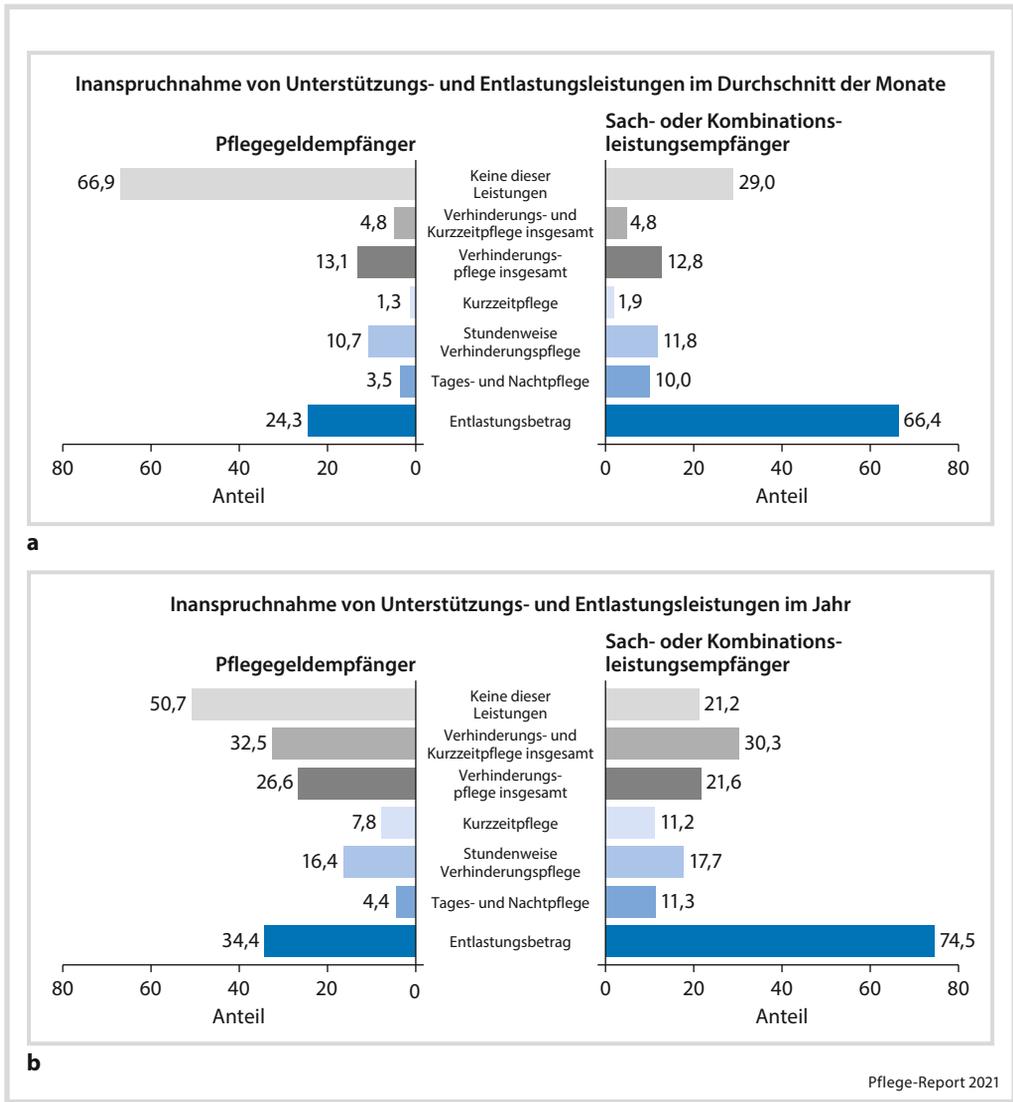
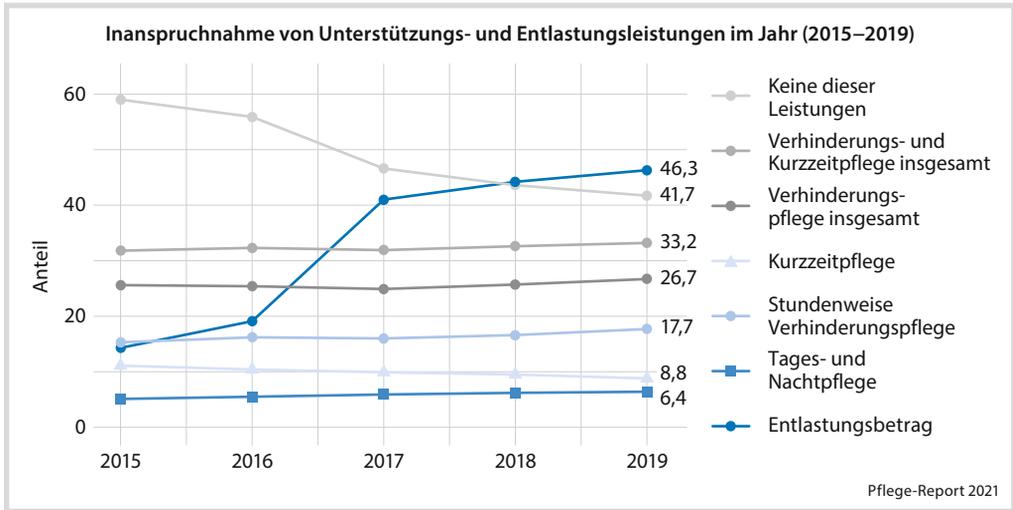


Abb. 17.12 Anteil der Empfänger von Pflegegeld bzw. von Sach- oder Kombinationsleistungen nach Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, im Durchschnitt der Monate und im Jahr, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad I sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

17

zur Sach-, Kombinations- oder Geldleistung genutzt werden. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege können seit dem PSG I anteilmäßig substituiert werden und der vormals auf demenziell Erkrankte beschränkte Anspruch auf Betreuungsleistungen bzw. niedrigschwellige Entlastungen wurde auf alle Pflegebedürftigen

ausgeweitet. Damit erklärt sich der deutliche Anstieg des Anteils Versicherte, die den Entlastungsbetrag nutzen, von 14 % im Jahr 2015 auf 46 % im Jahr 2019. Für alle übrigen Unterstützungs- und Entlastungsleistung ist der Anteil Pflegebedürftige, die solche mindestens einmal im Jahr nutzen, seit 2015 relativ kon-



■ **Abb. 17.13** Anteil der ambulant Pflegebedürftigen mit zusätzlicher Unterstützungs- und Entlastungsleistung im Zeitverlauf im Jahr, in % (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

stant geblieben. Die meisten Zuwächse seit 2015 verzeichnet die stundenweise Verhinderungspflege mit 2,4 Prozentpunkten und die Tagespflege mit 1,3 Prozentpunkten Zuwachs. Hervorzuheben ist zudem, dass der Anteil Pflegebedürftiger mit einer Nutzung von Kurzzeitpflege seit 2015 um 2,3 Prozentpunkte von 11 % auf 8 % zurückgegangen ist.

■ ■ Inanspruchnahme auf Kreisebene

■ **Abb. 17.14** visualisiert die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege im Jahr noch einmal kartographisch. Bei der teilstationären Pflege fallen in den Kreisen im Norden und Osten überproportionale hohe Raten auf, während für die Verhinderungspflege andersherum eher in Westdeutschland – ausgenommen Bayern – höhere Inanspruchnahmeraten zu sehen sind. Bei der Kurzzeitpflege ist zu beobachten, dass die Raten in den Kreisen in Ostdeutschland weitaus niedriger ausfallen als im Rest der Republik.

■ ■ Unterstützungs- bzw. Entlastungsleistungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit

Die Inanspruchnahme der durch die Soziale Pflegeversicherung finanzierten Unterstützungsleistungen nimmt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zu (■ **Abb. 17.15**). So nutzt z. B. knapp jeder dritte Sach- oder Kombinationsleistungsbezieher mit Pflegegrad 5 (29,5 %) bzw. nahezu jeder zweite Geldleistungsbezieher (42,5 %) mit diesem Pflegegrad die Verhinderungspflege, im Pflegegrad 2 sind dies hingegen lediglich 15 % bzw. 20 %. Ähnlich bei der Kurzzeitpflege: Diese nehmen 14 % der Sach- oder Kombinationsleistungsbezieher und 18 % mit schwersten Beeinträchtigungen (Pflegegrad 5) in Anspruch, im Pflegegrad 2 hingegen lediglich 6 % bzw. 4 %. Allein der Entlastungsbetrag zeigt mit einer durchgehend hohen Nutzung bei den Sach- oder Kombinationsleistungsbeziehern von rund drei Vierteln je Pflegegrad ein anderes Bild.

Die umgekehrte Betrachtung in ■ **Abb. 17.16** zeigt, wie schwer pflegebedürftig die Bezieher der jeweiligen Unterstützungsleistung sind: Deutlich wird,

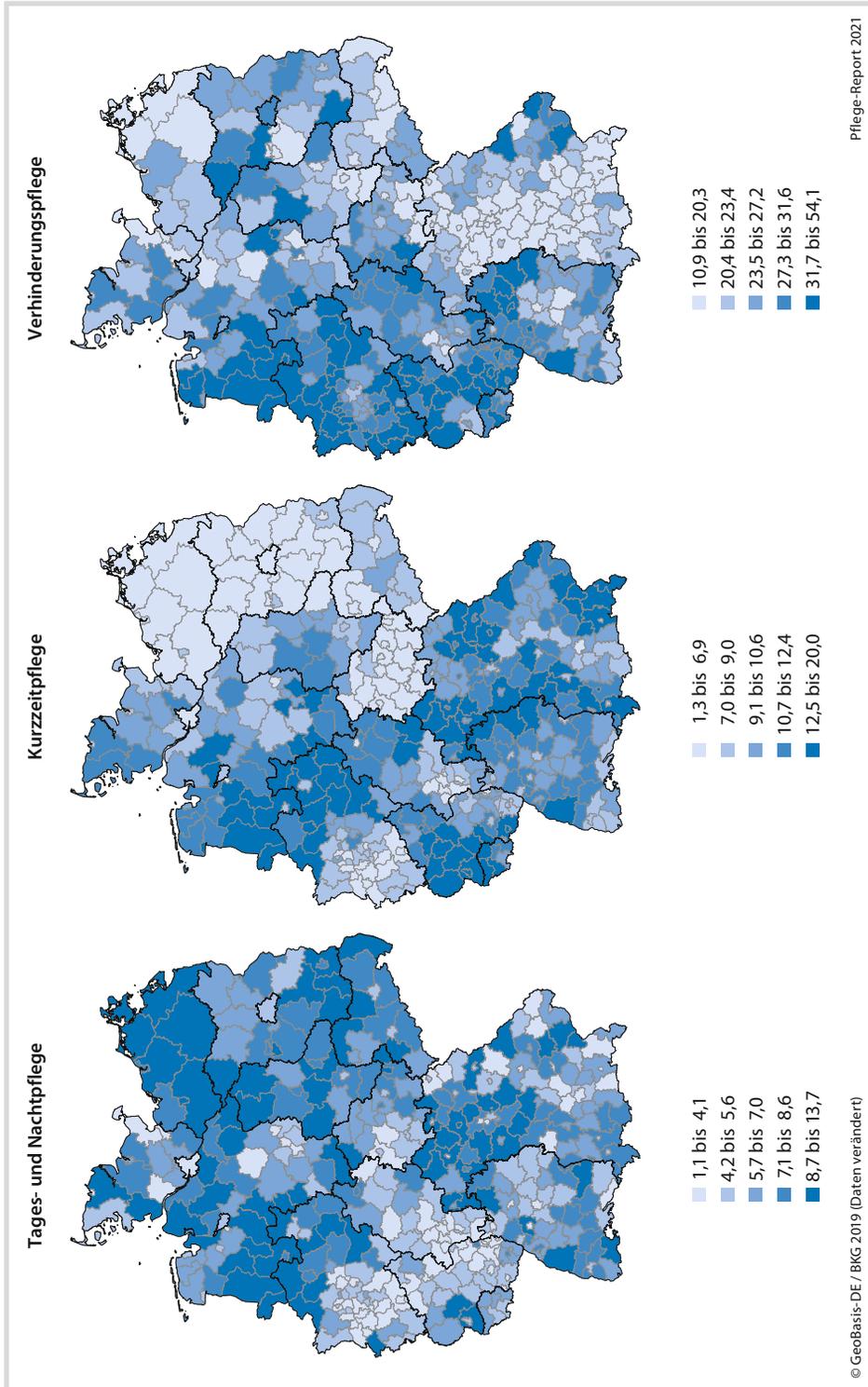


Abb. 17.14 Anteil der ambulant Pflegebedürftigen mit Tages- und Nachtpflege, Kurzzeit- oder Verhinderungspflege nach Kreisen, im Jahr, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

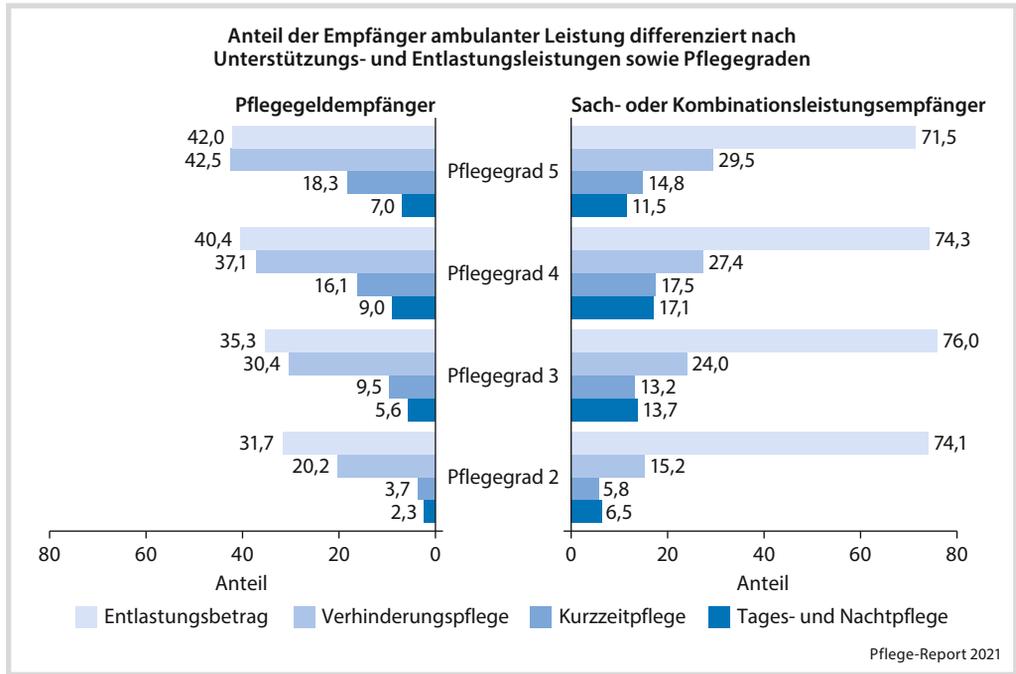


Abb. 17.15 Anteil der Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen nach Unterstützungs- und Entlastungsleistungen und Pflegegraden im Jahr, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

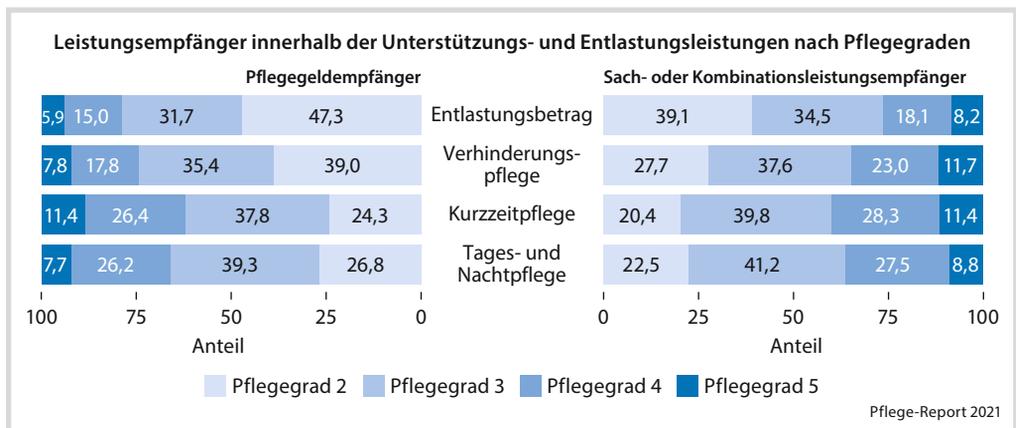
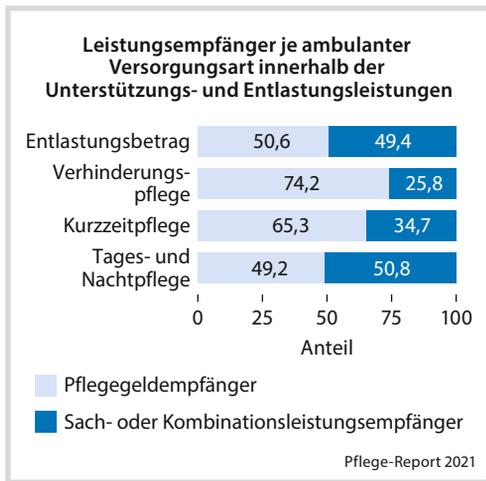


Abb. 17.16 Anteil der Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen innerhalb der Unterstützungs- und Entlastungsleistungen nach Pflegegrad, im Jahr, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

dass der Entlastungsbetrag und die Verhinderungspflege eher von Pflegebedürftigen mit geringerer Pflegeschwere, Tages- und Kurzzeitpflege vermehrt auch durch Pflegebedürftige mit höheren Pflegegraden in Anspruch genommen werden. So sind rund ein Drittel der Pflegebedürftigen mit Tages- und Nachtpflege und mit Kurzzeitpflege Personen mit Pflegegrad 4 oder 5 – unabhängig davon, ob sie Pflegegeld bzw. Sach- und Kombinationsleistungen beziehen.

■ ■ **Unterstützungs- bzw. Entlastungsleistungen nach Geld- und Sach- oder Kombinationsleistungsbezug**

Neben einer Aufgliederung nach Alter, Geschlecht und Pflegegraden liefert auch die Differenzierung nach Geld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungsbezug einen Beitrag zur Charakterisierung der Bezieher von zusätzlichen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen. ■ Abb. 17.17 zeigt in dieser Hinsicht ein



■ **Abb. 17.17** Anteil der Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen innerhalb der Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, im Durchschnitt der Monate, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

heterogenes Bild: Während die Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege überproportional, d. h. von über zwei Dritteln (65,3 bzw. 74,2 %) der Pflegegeldbezieher, beansprucht wird, ist der Anteil Geld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungsbezug bei den Nutzern der Tages- und Nachtpflege wie auch des Entlastungsbetrags ähnlich hoch.

17.3 Kennzahlen zur medizinisch therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen

17.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Die folgende Darstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland orientiert sich an der Kontaktrate zu niedergelassenen Ärzten. Diese Kennzahl erfasst sogenannte Abrechnungsfälle (mindestens ein Kontakt je Quartal und Arzt), die der ambulante ärztliche Leistungserbringer abrechnet. Ein Fall kann dabei unbekannt viele Arztkontakte im Quartal umfassen. Die Zahl der Abrechnungsfälle wiederum ist auf kollektivvertragsärztliche Leistungsfälle im Sinne des § 73 SGB V beschränkt. Auf das konkrete Leistungsgeschehen und auf Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, geht dieser Beitrag nicht ein.

■ ■ **Übersicht zur Inanspruchnahme**

Nahezu alle Pflegebedürftigen (96,5 %) hatten 2019 im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Arztkontakt, d.h. generierten einen Abrechnungsfall. Gleichfalls sahen fast alle Pflegebedürftigen (89,7 %) im Quartal im Durchschnitt einen Hausarzt, 72 % mindestens einmal einen Facharzt. Facharztgruppen, die häufig im Quartal kontaktiert wurden, waren Urologen mit 19 % der Männer pro Quartal

■ **Tab. 17.1** Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärzten durch Pflegebedürftige im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Arztgruppe	Ambulant	Vollstationär	Insgesamt
Alle Vertragsärzte	95,9	98,6	96,5
Hausärzte ^a	87,7	96,8	89,7
Fachärzte	71,1	71,3	71,8
Gynäkologen ^b	8,5	3,2	8,2
HNO-Ärzte	9,2	12,4	10,1
Internisten	18,6	7,0	15,9
Darunter			
Angiologen	0,6	0,2	0,5
Endokrinologen und Diabetologen	0,3	0,1	0,3
Gastroenterologen	1,0	0,3	0,9
Kardiologen	6,0	2,3	5,2
Nephrologen	3,3	1,5	2,8
Hämatologen und Onkologen	2,5	0,8	2,1
Pneumologen	4,0	0,9	3,3
Rheumatologen	1,1	0,2	0,9
Neurologen	14,4	30,3	18,4
Orthopäden	10,8	5,4	10,1
Psychiater	3,0	9,9	4,8
Urologen ^c	17,7	24,0	18,5

^a inkl. hausärztlich tätige Internisten

^b nur für Frauen berechnet (inkl. Fachärzte für Geschlechtskrankheiten)

^c nur für Männer berechnet; ohne Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind; ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten
Pflege-Report 2021

sowie Neurologen mit rund 18 % (beide Geschlechter pro Quartal) (■ Tab. 17.1). Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen Pflegebedürftigen, die ambulant (d. h. in der eigenen Häuslichkeit), und solchen, die in vollstationärer Pflege versorgt werden. Mit 97 % war die Inanspruchnahme von Hausärzten im vollstationären Kontext höher als im ambulanten Setting mit 88 % im Durchschnitt der Quartale.

Weitaus auffälligere Unterschiede beziehen sich auf einzelne Facharztgruppen: 19 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen hatten im Durchschnitt der Quartale mindestens einmal Kontakt zu einem Internisten. Bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen waren dies nur 7 %. Andersherum sah knapp jeder dritte Pflegeheimbewohner (30,3 %) einen Neurologen im Durchschnitt der Quartale, während

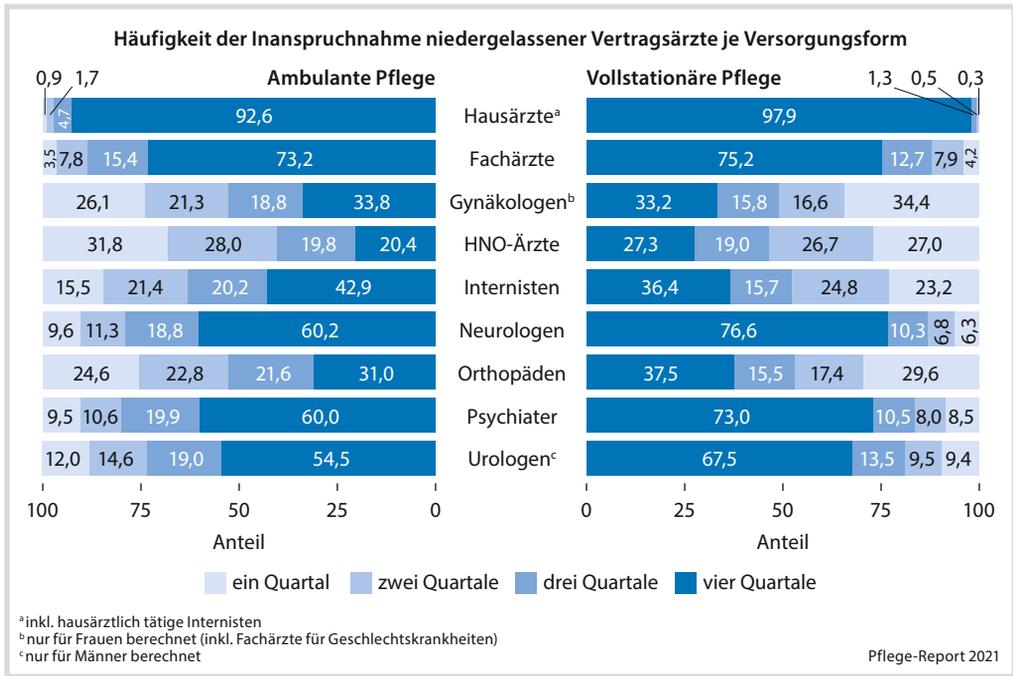


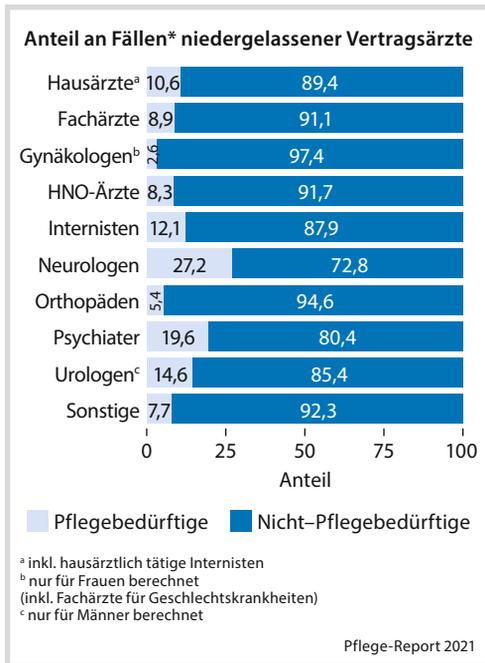
Abb. 17.18 Häufigkeit der Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärzten durch Pflegebedürftige nach Versorgungsform, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten; Fälle im Rahmen von Selektivverträgen nach § 73b oder § 140a SGB V wurden nicht in die Analysen einbezogen). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

dies in der ambulanten Versorgung nur bei 14 % der Fall war (Tab. 17.1).

Abb. 17.18 zeigt für die Pflegebedürftigen, die mindestens einen Arztbesuch im Jahr hatten, wie häufig – d. h. nur in einem Quartal, in zwei Quartalen usw. – diese Arztbesuche stattfanden. Deutlich wird, dass Hausärzte ganz überwiegend kontinuierlich konsultiert werden. Aber auch der Anteil Pflegebedürftiger, die zum Urologen, Neurologen oder Psychiater regelmäßig einmal im Vierteljahr mindestens einen Kontakt haben, ist hoch. Hierbei sind jedoch Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme zwischen ambulanter und stationärer Pflege zu beobachten. Im Jahresverlauf 2019 sahen beispielsweise mehr vollstationär Gepflegte (93,7 %) regelmäßig, d. h. mindestens in zwei Quartalen, einen Neu-

rologen als die ambulant Gepflegten (90,3 %). Des Weiteren hatten 36 % der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in allen vier Quartalen jeweils einen Kontakt zum Internisten – im Vergleich zu 43 % in der ambulanten Pflege.

In Abb. 17.19 wird die Perspektive gewechselt: Dargestellt ist hier, welche Relevanz die Versorgung von Pflegebedürftigen in der ärztlichen Praxis hat – oder anders ausgedrückt: welcher Anteil der Fälle bei den niedergelassenen Ärzten 2019 auf Pflegebedürftige entfiel. Mit Ausnahme der Neurologen, Psychiater, Urologen sowie Hausärzten und Internisten liegt diese Rate allgemein unter 10 %. In der neurologischen Praxis bezieht sich hingegen mehr als jeder vierte Fall (27,2 %) auf einen Pflegebedürftigen.



■ **Abb. 17.19** Anteil Fälle* bei niedergelassenen Vertragsärzten, die sich auf Pflegebedürftige beziehen, im Durchschnitt der Quartale, in % (2019) (*Fälle im Rahmen von Selektivverträgen nach § 73b oder § 140a SGB V wurden nicht in die Analysen einbezogen). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

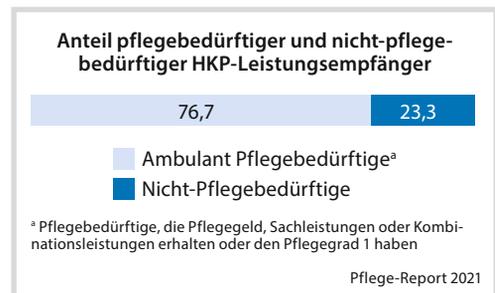
17.3.2 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in der ambulanten Pflege

Gesetzlich Krankenversicherte haben nach § 37 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf häusliche Krankenpflege (HKP). Voraussetzung für das Leistungsrecht ist vor allem, dass weder der Versicherte noch eine im Haushalt lebende Person die notwendigen und verordneten Pflegemaßnahmen leisten kann. Unterschieden wird bei der häuslichen Krankenpflege solche mit dem Ziel, Krankenhausbehandlung zu vermeiden (§ 37 Abs. 1 SGB V) bzw. bei akuter Verschlimmerung einer Krankheit – insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt – zu unter-

stützen (§ 37 Abs. 1a SGB V), und solcher, die dazu dient, die ärztliche Behandlung zu sichern (§ 37 Abs. 2 SGB V). Die häusliche Krankenpflege umfasst Grund- und Behandlungspflege, wobei Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 keinen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege erhalten Behandlungspflege regelhaft im Rahmen der Leistung der Pflegeversicherung. Bei besonders hohem Bedarf kann ausnahmsweise Behandlungspflege auch in stationären Pflegeeinrichtungen durch die Krankenversicherung finanziert werden. Die folgenden Analysen beziehen sich jedoch ausschließlich auf ambulant Pflegebedürftige. ■ Tab. 17.2 gibt einen Überblick zur Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V. Während diese Leistungsform bei Nicht-Pflegebedürftigen nur eine untergeordnete Rolle spielt – nur vier von 1.000 Nicht-Pflegebedürftigen haben innerhalb der Quartale 2019 mindestens eine HKP-Leistung in Anspruch genommen –, erhielten rund 29 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen eine solche Leistung.

Umgekehrt bedeutet dies, dass drei von vier HKP-Leistungsempfängern (76,1 %) pflegebedürftig sind (■ Abb. 17.20).

■ Abb. 17.21 zeigt auf, dass hierbei die pflegebedürftigen HKP-Leistungsempfänger



■ **Abb. 17.20** Ambulant Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige HKP-Leistungsempfänger, im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Tab. 17.2 Anteil ambulant Pflegebedürftiger und Nicht-Pflegebedürftiger mit HKP-Leistung im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

	Ambulant Pflegebedürftige ^a	Nicht-Pflegebedürftige
Mind. eine HKP-Leistung	29,4	0,4
Keine HKP-Leistung	70,6	99,6

^a Pflegebedürftige, die Pflegegeld, Sachleistungen oder Kombinationsleistungen erhalten oder den Pflegegrad 1 haben.
Pflege-Report 2021

ger deutlich älter sind als die Nicht-Pflegebedürftigen. Während im Jahr 2019 beispielsweise 20 % aller nicht-pflegebedürftigen HKP-Bezieher zwischen 20 bis 59 Jahre alt waren, fanden sich nur 8 % der Pflegebedürftigen HKP-Nutzer in dieser Altersgruppe. Andersherum waren rund 60 % der Pflegebedürftigen über 80 Jahre alt, bei den Nicht-Pflegebedürftigen hingegen nur 37 %.

Betrachtet man nun allein die HKP-Inanspruchnahme bei den Pflegebedürftigen, zeigt sich ein leichter Anstieg mit der Schwere des Unterstützungsbedarfs. Während im Pflegegrad 2 27 % eine Leistung erhielten, waren es in Grad 5 39 % (Tab. 17.3). Die Unterschiede sind jedoch erheblich, wenn man nach der Versorgungsform differenziert: Von den reinen Geldleistungsempfängern bezogen nur 15 % HKP, während der Anteil bei Personen mit Einbindung eines Pflegedienstes auch im Kontext der SPV (Sach- und Kombinationsleistung) mit 70 % fast um das Fünffache höher lag (Tab. 17.3).

Schaut man innerhalb der Versorgungsformen, so zeigt sich, dass deutlich mehr als die Hälfte (57,0 %) der Pflegegeldbezieher mit HKP dem Pflegegrad 2 zuzuordnen waren, während dies bei den Sach- und Kombinationsleistungsempfängern lediglich 42 % waren (Abb. 17.22b). Andersherum sinkt folglich der Anteil reiner Geldleistungsbezieher, bezogen auf alle HKP-Leistungsbezieher je nach Schwere der Pflege. Waren von den HKP-Empfängern mit Pflegegrad 2 noch 45 % reine

Geldleistungsempfänger, sind es im Pflegegrad 5 nur noch 26 %.

Anteil der HKP-Leistungsempfänger differenziert nach Alter innerhalb der Pflegebedürftigkeit

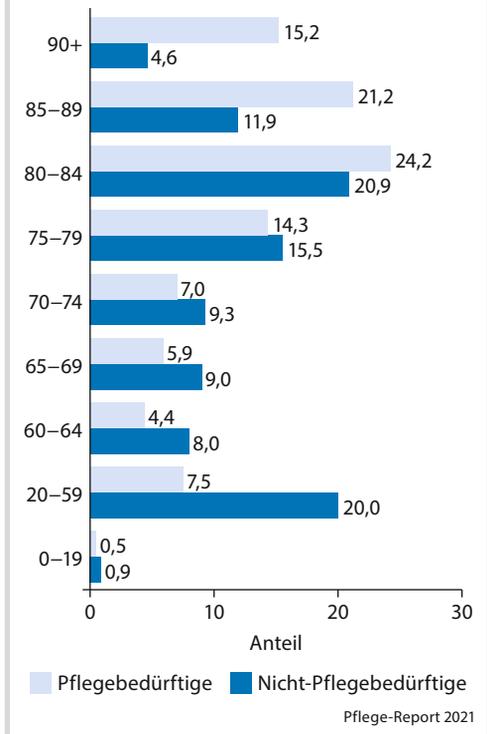


Abb. 17.21 Nicht-Pflegebedürftige und Pflegebedürftige HKP-Leistungsempfänger nach Alter, im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Tab. 17.3 Anteil pflegebedürftiger HKP-Leistungsempfänger nach Pflegegrad und Pflegeart, im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Alle ambulant Pflegebedürftigen ^b
Pflegegrad 1	–	–	29,2
Pflegegrad 2	15,4	65,3	26,6
Pflegegrad 3	14,7	73,0	31,5
Pflegegrad 4	14,1	72,3	33,5
Pflegegrad 5	16,2	74,0	38,6
Alle Pflegegrade	15,1	69,5	29,4

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte.

^b Pflegebedürftige, die Pflegegeld, Sach- oder Kombinationsleistungen erhalten oder den Pflegegrad 1 haben. Pflege-Report 2021

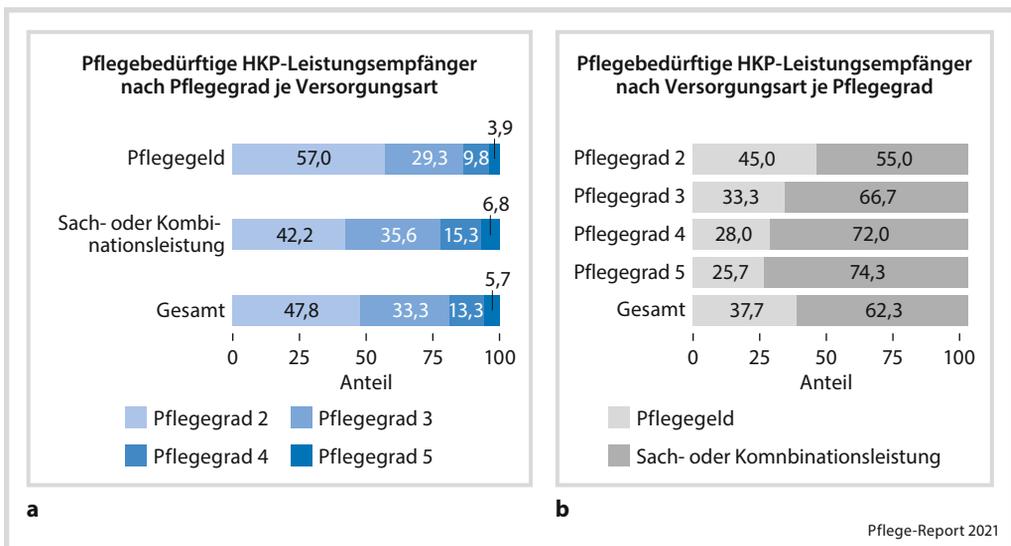


Abb. 17.22 Anteil Pflegebedürftiger HKP-Leistungsempfänger differenziert nach Pflegegrad je Versorgungsform (a) sowie nach Versorgungsform je Pflegegrad (b), im Durchschnitt der Quartale, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

17.3.3 Stationäre Versorgung

Die Darstellung der Krankenhausversorgung von Pflegebedürftigen bezieht sämtliche vollstationären Fälle im Sinne des § 39 SGB V ein.

Teil-, vor- und nachstationäre (§ 115a SGB XI) sowie ambulante (§ 115b SGB XI) Fälle sind nicht Bestandteil der Betrachtungen. Zudem werden ausschließlich Fälle mit abgeschlossener Rechnungsprüfung ausgewertet.

Tab. 17.4 Übersicht zu den Krankenhausaufenthalten von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

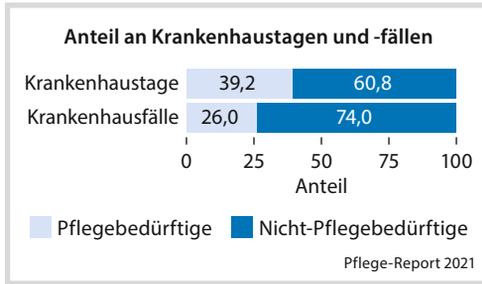
	Im Durchschnitt der Quartale		Im Jahr	
	Pflegebedürftige	Nicht-Pflegebedürftige	Pflegebedürftige	Nicht-Pflegebedürftige
Zahl der Fälle je Patient	1,4	1,2	2,1	1,5
Krankenhaustage je Fall: insgesamt	9,1	4,9	8,2	5,1
Altersgruppe in Jahren:				
0–19	6,5	3,7	5,7	3,9
20–59	8,0	4,1	7,0	4,1
60–64	9,3	5,8	7,8	5,7
65–69	9,6	6,1	8,1	6,2
70–74	9,5	6,4	8,3	6,4
75–79	9,0	6,1	8,5	6,9
80–84	9,8	7,1	8,5	7,3
85–89	9,5	7,5	8,7	8,1
90+	8,7	7,2	8,6	9,0
Während des Krankenhausaufenthalts verstorben: insgesamt			11,2	1,8
Pflegegeld			11,6	
Sach- oder Kombinationsleistung			9,2	
Vollstationäre Pflege			12,9	
Ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten Pflege-Report 2021				

■ ■ Übersicht zur Inanspruchnahme

Bezogen auf das Quartal hatten Pflegebedürftige 1,4 und im Jahresblick 2,1 Krankenhausbearbeitungen (■ Tab. 17.4). Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen mit mehreren Krankenhausaufenthalten werden demzufolge innerhalb eines kurzen Zeitintervalls (d. h. innerhalb eines Quartals) mehrmals stationär behandelt. Je Aufenthalt sind Pflegebedürftige im Jahr durchschnittlich acht Tage und Nicht-Pflegebedürftige fünf Tage im Krankenhaus (■ Tab. 17.4). Erwartungsgemäß hängt die Länge des Aufenthalts sehr stark vom Alter ab: Bei der jungen Ko-

horte der bis 19-jährigen Pflegebedürftigen waren es im Jahr durchschnittlich sechs Krankenhaustage je Fall, ab einem Alter von 90 Jahren dagegen neun Tage und damit rund 50 % mehr. 11 % der Pflegebedürftigen und 2 % der Nicht-Pflegebedürftigen verstarben im Krankenhaus.

Bei jedem vierten Krankenhausfall (26,0 %) war der Patient ein Pflegebedürftiger (■ Abb. 17.23). Die Analyse nach Krankenhaustagen unterstreicht die Bedeutung für den stationären Versorgungsalltag zusätzlich: Mehr als ein Drittel aller Krankenhaustage (39,2 %) entfielen 2019 auf pflegebedürftige Patienten.



■ **Abb. 17.23** Anteil der Krankenhaustage und -fälle bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

■ Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts variiert deutlich zwischen den Altersgruppen. War im Durchschnitt der Quartale jeder fünfte Pflegebedürftige (18,4 %) im Krankenhaus (■ Tab. 17.5), betraf dies bei den unter 20-Jährigen rund jeden

Zehnten (9,2 %), bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter 20 bis 59 Jahre rund jeden Achten (11,8 %) und in der Altersgruppe der 70- bis 74- sowie der 75- bis 79-Jährigen schließlich fast jeden Vierten (22,1 % bzw. 22,2 %; ■ Abb. 17.24). Vergleicht man dies mit Krankenhausaufenthalten Nicht-Pflegebedürftiger, zeigt sich eine ähnliche Verteilung über die Altersgruppen, jedoch auf einem erwartungsgemäß deutlich niedrigeren Niveau. Anders als bei den Pflegebedürftigen ist hier in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt am höchsten (8,1 %). Bei beiden Gruppen sinkt die stationäre Behandlungsrate in den folgenden Altersgruppen wieder – jene der Pflegebedürftigen jedoch stärker. ■ Abb. 17.24 zeigt auch zwischen den Geschlechtern z. T. erhebliche Unterschiede: In den Jahrgängen unter 60 Jahren sind Frauen häufiger im Krankenhaus, ab 60 Jahre sind es dann die Männer. So wies 2019 beispielsweise rund jeder Vierte der 75- bis 79-jährigen pflegebe-

■ **Tab. 17.5** Pflegebedürftige mit Krankenhausaufenthalt nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen ^b
Pflegegrad 1	–	–	–	15,2
Pflegegrad 2	16,1	17,9	20,2	16,5
Pflegegrad 3	18,1	21,8	21,2	19,4
Pflegegrad 4	20,6	25,7	22,1	21,9
Pflegegrad 5	21,4	26,5	19,6	21,3
Alle Pflegegrade	17,3	20,9	21,0	18,4

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte.

^b Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Pflege-Report 2021

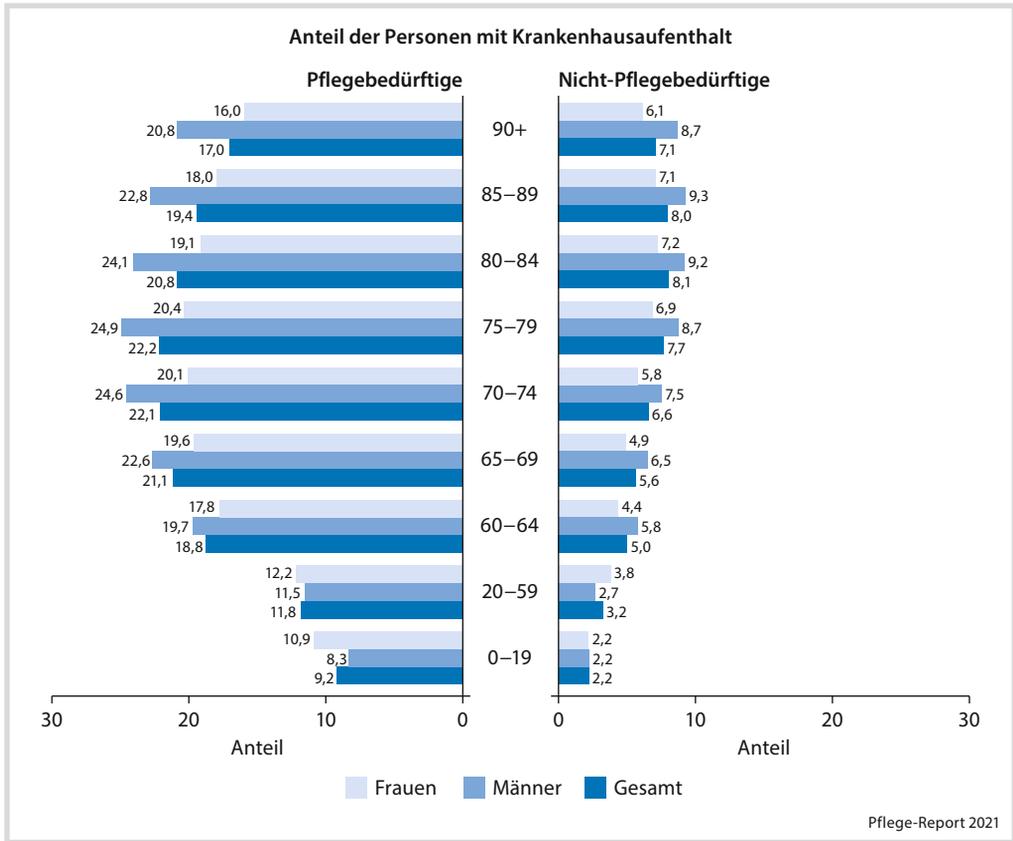


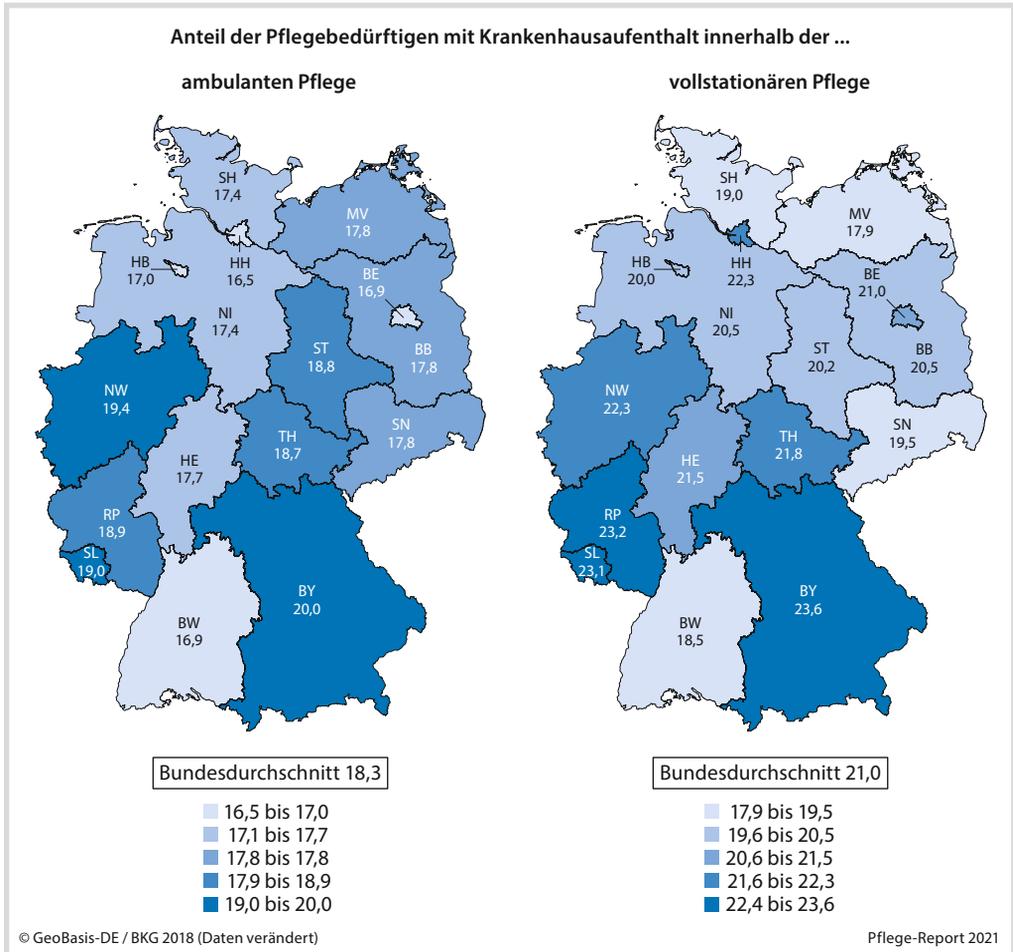
Abb. 17.24 Personen mit Krankenhausaufenthalt bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

dürftigen Männer (24,9 %) einmal im Quartal einen Aufenthalt im Krankenhaus auf, bei den Frauen betraf dies jede Fünfte (20,4 %). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme zeigen sich – wiederum auf einem niedrigeren Niveau – auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen.

Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Hospitalisierungsraten der Pflegebedürftigen je Quartal unterschieden sich ferner je nach Versorgungsform (Tab. 17.5). Im Jahr 2019 wurden 17 % der Bezieher von aus-

schließlich Pflegegeld, 21 % der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit Pflegedienst sowie 21 % der stationär betreuten Pflegebedürftigen im Quartal mindestens einmal im Krankenhaus aufgenommen. Insgesamt steigt – auch hier erwartungskonform – der Anteil der Personen mit einem Krankenhausaufenthalt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit (von Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 4) insbesondere bei Pflegebedürftigen mit ambulanten Pflegeleistungen an. Die vollstationär Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 5 kennzeichnet ein relativ konstantes Niveau der Inanspruchnahme: Rund ein Fünftel waren im Quartal mindestens einmal hospitalisiert.



■ **Abb. 17.25** Anteil der Pflegebedürftigen mit mind. einem Krankenhausaufenthalt nach Bundesland im Durchschnitt der Quartale, in % (2019) (ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

■ Inanspruchnahme nach Versorgungsform und Bundesland

■ **Abb. 17.25** präsentiert je Bundesland über alle vier Quartale des Jahres 2019 den durchschnittlichen Anteil der Pflegebedürftigen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Versorgungsform. Die Angaben wurden um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern bereinigt, standardisiert wurde auf die Struktur der gesetzlich Versicherten. Wesentliche Unter-

schiede zwischen den Versorgungsformen sind nicht erkennbar. In der vollstationären Pflege sind lediglich die Anteile der Pflegebedürftigen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt tendenziell höher als in der ambulanten Pflege. Die diesbezüglich regionalen Unterschiede in der ambulanten Pflege reichten von unter 17 % in Hamburg und Baden-Württemberg bis zu mehr als 20 % in Bayern. In der vollstationären Pflege schwankten diese Anteile 2019 zwischen unter 18 % der Pflegebedürft-

Tab. 17.6 Anteil Patienten mit Krankenhausaufenthalt mit einer als ambulant-sensitiv eingestuften Hauptdiagnose nach Versorgungsform und Schwere der Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen ^b	Nicht Pflegebedürftige/Gesamt
Pflegegrad 1	–	–	–	6,9	
Pflegegrad 2	6,6	7,3	9,1	7,9	
Pflegegrad 3	7,5	9,1	10,8	9,6	
Pflegegrad 4	9,1	12,1	13,7	12,5	
Pflegegrad 5	12,4	15,0	16,5	15,8	
Alle Pflegegrade	7,5	9,4	12,4	9,0	4,4

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte.

^b Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.
Pflege-Report 2021

tigen in Mecklenburg-Vorpommern und mehr als 23 % in Rheinland-Pfalz/Saarland und Bayern (■ Abb. 17.25).

■ ■ Krankenhausaufenthalte aufgrund einer als ambulant-sensitiv eingestuften Hauptdiagnose

Unter ambulant-sensitiven Hospitalisierungen werden jene Krankenseinweisungen gefasst, die – so die zugrunde liegende These – durch „Vorsorge oder rechtzeitige Intervention im ambulanten Sektor“ (Sundmacher und Schüttig 2015) nicht erforderlich wären. Nach US-amerikanischem Vorbild existiert seit einigen Jahren ein spezifischer deutscher Katalog ambulant-sensitiver Behandlungsanlässe im Krankenhaus (ASK), basierend auf einer Kernindikationsgruppe (22 Krankheitsgruppen) und einer Gesamtindikationsliste (40 Krankheitsgruppen) (Sundmacher und Schüttig 2015; Weissman et al. 1992). ■ Tab. 17.6 präsentiert den Anteil an Patienten mit einer als ambulant-sensitiv eingestuften Hauptdiagnose nach Versorgungsform und Schwere der Pflegebedürftigkeit. Erfasst werden nur jene Personen, die im Auswertungsjahr mindestens einen vollstationären

Krankenhausaufenthalt aufgrund einer der als ambulant-sensitiv gewerteten Diagnosen aufwiesen. Insgesamt war rund jeder zehnte Pflegebedürftige (9,0 %) Krankenhauspatient – bezogen aufs Quartal – gemäß dem oben genannten Ansatz von Sundmacher und Schüttig (2015) Krankenhauspatienten mit einer ambulant sensitiven Hauptdiagnose. Pflegebedürftige, die vollstationär gepflegt werden, fielen mit 12 % deutlich häufiger in dies Kategorie als ambulant Versorgte reine Geldleistungsempfänger mit 7 % oder Sach- und Kombinationsleistungsempfänger mit 9 %. Demgegenüber hatte weniger als jeder zwanzigste (4,4 %) Nicht-Pflegebedürftige eine ambulant sensitive Hauptdiagnose. Ferner zeigt ■ Tab. 17.6 deutlich, dass mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit der Anteil Patienten mit einem ambulant-sensitiven Behandlungsanlass steigt.

17.3.4 Versorgung mit Arzneimitteln

Die Betrachtung der Arzneimittelversorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland berück-

sichtigt die von niedergelassenen Ärzten verordneten Medikamente. Die Analyse konzentriert sich dabei auf potenziell risikobehaftete Arzneimitteltherapien, welche die Gefahr unerwünschter Arzneimittelereignisse erhöhen können. Im Speziellen sind dies Kennzahlen zur gleichzeitigen Verordnung von mehreren Wirkstoffen (Polymedikation) und zur Versorgung mit für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Wirkstoffen gemäß der sogenannten PRISCUS-Liste (s. u.). Ein vertiefender Blick widmet sich der Behandlung mit Psychopharmaka. Bei den Analysen werden die Arzneimittel nach Wirkstoffen unterschieden, wie sie im anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC) Klassifikationssystem gegliedert sind. Das ATC-System dient der Klassifikation von Arzneimitteln nach therapeutischen, pharmakologischen und chemischen Kriterien. Ausgenommen sind bei diesen Analysen die Wirkstoffe aus der anatomischen Gruppe V (Verschiedene).

■ Polymedikation nach Alter

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko einer Polymedikation. Die Betroffenen weisen dann eine Vielzahl verschiedener Wirkstoffverordnungen auf. Mit dieser Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. **Abb. 17.26** visualisiert, wie stark Pflegebedürftige im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen betroffen sind; denn knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen (61,2%), jedoch lediglich 12% der Nicht-Pflegebedürftigen erhielten in jedem Quartal des Jahres 2019 fünf oder mehr Wirkstoffe (siehe auch **Abb. 17.27**). Die höchste Wirkstoffrate findet sich bei den Pflegebedürftigen 70- bis 74-Jährigen: Hier wiesen rund ein Viertel (26,1%) der Betroffenen zehn oder mehr Verordnungen unterschiedlicher Wirkstoffe pro Quartal auf. Dieser Wert war rund fünfmal so hoch wie bei den Nicht-Pflegebedürftigen der gleichen Altersgruppe (4,8%).

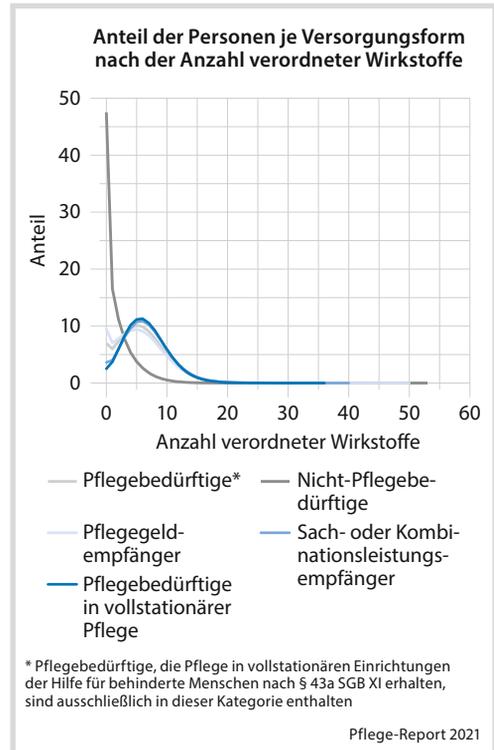
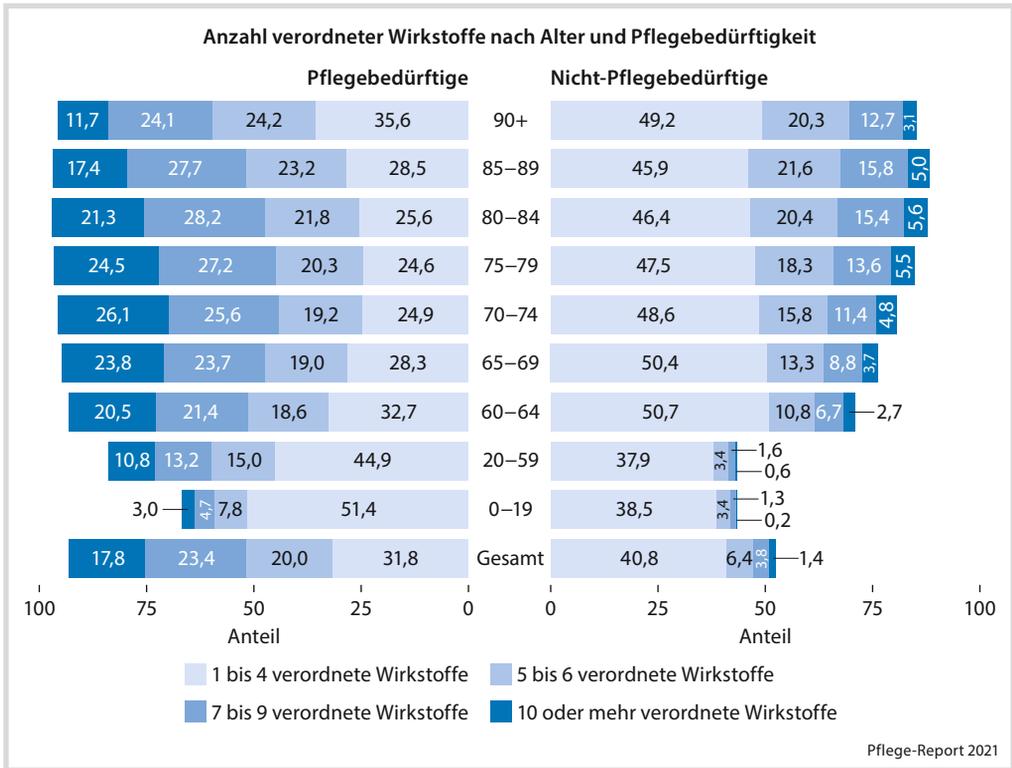


Abb. 17.26 Anzahl verordneter Wirkstoffe bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen insgesamt und nach Versorgungsform, im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

■ Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Eine nach Schwere der Pflegebedürftigkeit differenzierte Betrachtung der Polymedikation (fünf Wirkstoffe) zeigt ein homogenes Bild. So schwankte der Anteil der polymedikamentös versorgten Pflegebedürftigen in Abhängigkeit vom Pflegegrad marginal um die 62% (**Tab. 17.7**). Eine Ausnahme bildet hier der Pflegegrad 5: Bei Pflegebedürftigen mit schwersten Einschränkungen der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten verbunden mit besonderen Anforderungen an die Pflege sank dieser Anteil auf 57%. Eine Variation der Polymedikationsrate zeigt sich jedoch in **Tab. 17.7** zwischen den unterschiedli-



■ **Abb. 17.27** Anzahl verordneter Wirkstoffe bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter, im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

chen Versorgungsformen: Pflegebedürftige im häuslichen Setting ohne Einbindung von Pflegediensten (ausschließlich Pflegegeld) wiesen deutlich seltener Verordnungen von fünf und mehr Wirkstoffen auf als jene in anderen Versorgungsformen. In der vollstationären Pflege findet sich mit etwas mehr als zwei Drittel (69,3 %) der höchste Anteil an polymedikamentös Therapierten.

■ ■ **PRISCUS-Wirkstoffe**

Die mit dem Alter einhergehenden physiologischen Veränderungen haben Auswirkungen auf die Wirkung und Verstoffwechslung von Arzneistoffen. Ältere Patienten sind aufgrund der veränderten Pharmakodynamik und -kinetik stärker von unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen der Arzneimittel betroffen. Die nachfolgenden Untersuchungen betrach-

ten die Wirkstoffe, die laut PRISCUS-Liste für ältere Menschen ab 65 Jahren als potenziell ungeeignet gelten (Holt et al. 2011).

■ ■ **PRISCUS-Verordnung nach Alter und Geschlecht**

Die Analyse von verordneten PRISCUS-Arzneien zeigt auf, dass Pflegebedürftige diese deutlich häufiger verordnet bekommen als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters. Etwas weniger als jeder siebte Pflegebedürftige (14,5 %) im Alter ab 65 Jahren erhielt 2019 mindestens einen Wirkstoff der PRISCUS-Liste (im Durchschnitt der Quartale). Bei den Nicht-Pflegebedürftigen ab 65 Jahren war dies etwas mehr als jeder dreizehnte (7,9 %). Das Risiko hierfür sinkt bei Pflegebedürftigen mit zunehmendem Alter (■ **Abb. 17.28**). Bei Nicht-Pflegebedürftigen hingegen ist der

17.3 · Kennzahlen zur medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen

Tab. 17.7 Anteil der Pflegebedürftigen mit Polymedikation (Anzahl Wirkstoffe ≥ 5) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen ^b
Pflegegrad 1	–	–	–	62,7
Pflegegrad 2	59,8	68,2	72,2	61,0
Pflegegrad 3	56,6	70,3	72,1	61,9
Pflegegrad 4	53,5	68,9	69,7	62,1
Pflegegrad 5	48,1	63,3	60,5	56,7
Alle Pflegegrade	57,8	68,7	69,3	61,2

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte.

^b Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.
Pflege-Report 2021

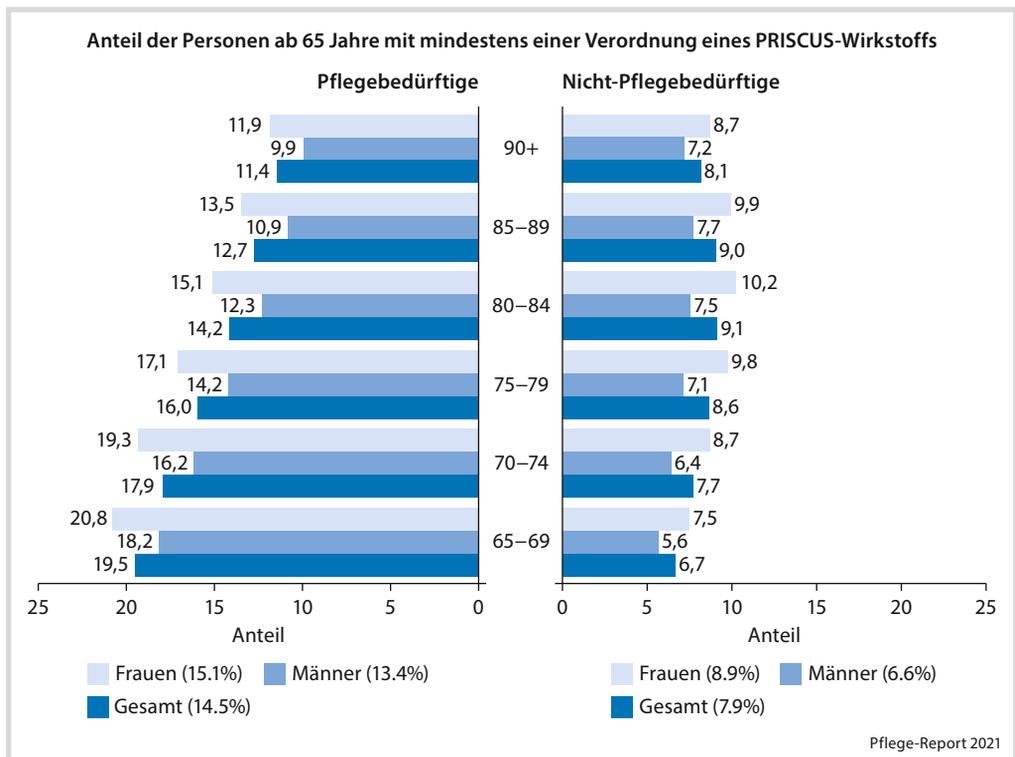
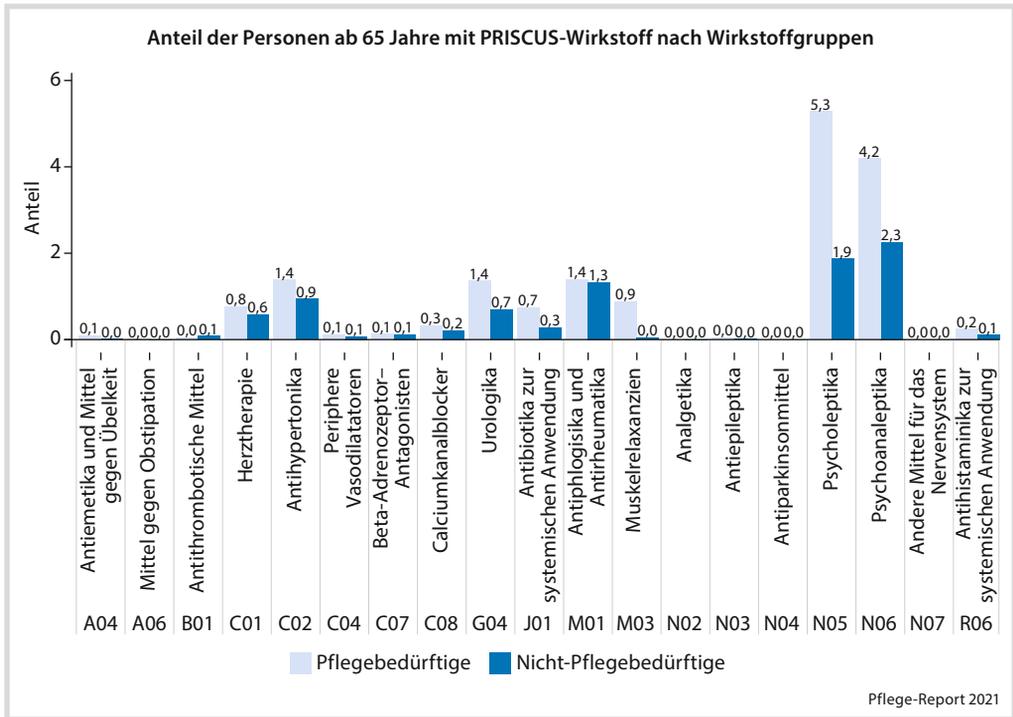


Abb. 17.28 Anteil der Personen ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung eines PRISCUS-Wirkstoffs im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))



■ **Abb. 17.29** Anteil der Personen ab 65 Jahren mit PRISCUS-Wirkstoff nach Wirkstoffgruppen im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Anstieg dieser Rate wesentlich schwächer ausgeprägt und variierte in den höchsten hier betrachteten Alterssegmenten mit einem Anteil zwischen 8 % und 9 % an PRISCUS-Verordnungsraten kaum noch. Die Spanne zwischen den Polymedikationsraten der Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen verringert sich mit steigendem Alter sichtlich: Während die 65- bis 69-jährigen Pflegebedürftigen noch dreimal so häufig PRISCUS-Verordnungen erhielten wie die Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters, verblieben in der höchsten Altersgruppe der mindestens 90-Jährigen nur noch rund drei Prozentpunkte Unterschied zwischen Pflegebedürftigen und gleichaltriger Vergleichsgruppe (11,4 % versus 8,1 %) (■ Abb. 17.28). Ferner zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Sowohl bei den Nicht-Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegebedürftigen

erhielten Frauen in allen Altersgruppen häufiger PRISCUS-Verordnungen als Männer (■ Abb. 17.28). Dies korrespondiert damit, dass Frauen generell in bestimmten Altersgruppen mehr Arzneimittel als Männer verordnet bekommen (Schauffer und Telschow 2016).

■ ■ **PRISCUS-Verordnung nach Wirkstoffgruppen**

Die nach Wirkstoffgruppen differenzierte Analyse des Einsatzes von PRISCUS-Wirkstoffen kennzeichnet die Psychopharmaka als mit Abstand häufigste verordnete Gruppe. Für 5 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre ließ sich im Durchschnitt der Quartale 2019 mindestens eine Verordnung von Psycholeptika und für 4 % von Psychoanaleptika feststellen – beide gelten als potenziell inadäquat bei älteren Menschen (■ Abb. 17.29).

Tab. 17.8 Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre mit Verordnung von Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Wirkstoffgruppen	Nicht-Pflegebedürftige			Pflegebedürftige		
	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Wirkstoff	Anteil mit PRISCUS-Wirkstoff	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Wirkstoff	Anteil mit PRISCUS-Wirkstoff
Antipsychotika (N05A)	1,5	0,1	7,1	17,2	1,0	5,6
Anxiolytika (N05B)	1,3	0,7	55,5	5,1	1,8	34,5
Hypnotika und Sedativa (N05C)	1,4	1,1	75,6	4,4	2,8	62,1
Homöopathische und Anthroposophische Psycholeptika (N05H)	0,0	0,0 ^a	0,0	0,0	0,0 ^a	0,0
Antidepressiva (N06A)	6,9	2,2	31,5	19,9	3,9	19,6
Psychostimulanzien (N06B)	0,1	0,1	93,7	0,3	0,3	96,7
Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)	0,0	0,0	–	0,0	0,0	–
Antidementiva (N06D)	0,5	0,0	2,7	6,1	0,0	0,5

^a kein PRISCUS-Arzneimittel definiert
Pflege-Report 2021

Ein detaillierter Blick auf die Wirkstoffgruppe der Psycholeptika zeigt, dass 17 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre 2019 ein Antipsychotikum erhielten (Tab. 17.8). Von diesen verordneten Wirkstoffen ist jedoch lediglich 1 % in der PRISCUS-Liste aufgeführt; insgesamt 6 % der für 2019 beobachteten Antipsychotika-Verordnungen gelten dementsprechend als potenziell ungeeignet für die betagten Patienten. Anxiolytika (Beruhigungsmittel) sowie Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmittel) hingegen werden insgesamt deutlich seltener verordnet. Die Wahrscheinlichkeit, in diesem Fall ein Arzneimittel mit PRISCUS-Wirkstoff zu erhalten, ist den Analysen zufolge jedoch sehr hoch: Mehr als ein Drittel (34,5 %) der Pflegebedürftigen über 65 Jahre mit einer Verordnung aus der Gruppe der Anxiolytika erhielten einen Wirkstoff der PRISCUS-Liste. Bei den Hypnotika und Sedativa traf dies sogar auf zwei Drittel (62,1 %) der Personen mit Verordnung zu. Unter den Psychoanaleptika haben die Anti-

depressiva die höchsten Verordnungsrate: Jeder fünfte (19,9 %) Pflegebedürftige im Alter von über 65 Jahren wies eine Verordnung eines Antidepressivums auf – wiederum rund jeder Fünfte (19,6 %) hiervon einen auf der PRISCUS-Liste aufgeführten Wirkstoff. Lediglich 6 % der Pflegebedürftigen erhielten ein Antidementivum; PRISCUS-Arzneimittel kommen hier nur selten vor (Tab. 17.8). Verordnungen von Psychostimulanzien sind kaum zu beobachten (0,3 %) – werden sie verordnet, findet sich jedoch nahezu jeder Wirkstoff auf der PRISCUS-Liste wieder. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen sind die Verordnungsrate insgesamt auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Wird ein entsprechendes Mittel verordnet, ist jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um ein Arzneimittel der PRISCUS-Liste handelt, höher. Abb. 17.30 fasst die verordneten Psychopharmaka nochmals zusammen: Mehr als jeder Dritte (36 %) der Pflegebedürftigen erhielt im Quartal mindestens ein Antipsychotikum (N05A) oder Anxiolyti-

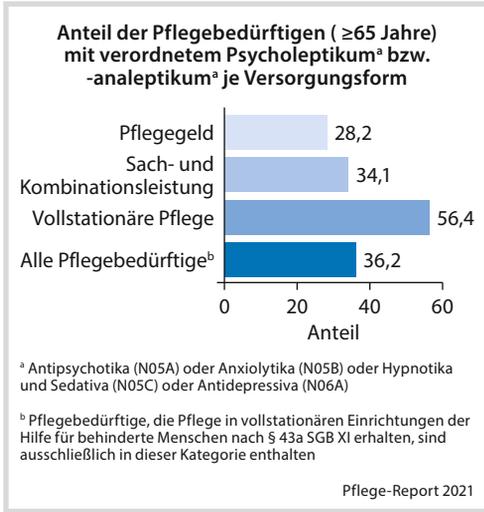


Abb. 17.30 Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre mit Verordnung von mind. einem Psycholeptikuma bzw. Psychoanaleptikuma nach Versorgungsform, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

kum (N05B) oder Hypnotikum und Sedativum (N05C) oder Antidepressivum (N06A). Bei den stationär Gepflegten traf dies mit 56 % auf über die Hälfte der Pflegeheimbewohner zu, während dieser Anteil bei Beziehern von ausschließlich Pflegegeld nur etwas mehr als halb so groß war (28,2 %).

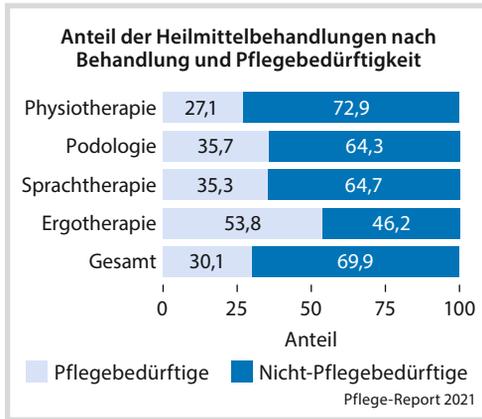
17.3.5 Versorgung mit Heilmittelleistungen

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit zu heilen bzw. ihr Fortschreiten aufzuhalten oder um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes frühzeitig entgegenzuwirken. Bei erwachsenen Pflegebedürftigen können Heilmittelverordnungen helfen, die Selbstständigkeit in Teilbereichen so lange wie möglich zu erhalten. Im Durchschnitt der Quartale 2019 wurden 29 % der Pflegebedürftigen mit mindestens einer Behandlung versorgt (■ Tab. 17.9). Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen für Pflegebedürftige entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie. Je Quartal waren im Mittel 23 % der Pflegebedürftigen in einer physiotherapeutischen Behandlung. Maßnahmen der Ergotherapie, Sprachtherapie sowie Podologie nahmen zwischen 3 % und 6 % der Pflegebedürftigen in Anspruch, wobei Männer ergo- und sprachtherapeutische Interventionen häufiger beanspruchten als Frauen. Die jeweilige Therapieintensität – gemessen in Behandlungen je Patient – unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern nur marginal (■ Tab. 17.9).

Tab. 17.9 Verordnungshäufigkeit nach Heilmittel-Leistungsbereichen im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

	Anteil an Pflegebedürftigen mit mind. einer Verordnung			Anzahl Behandlungen je Patient		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
Physiotherapie	24,2	21,2	23,0	15,3	16,1	15,6
Podologie	3,4	3,5	3,5	3,3	3,3	3,3
Sprachtherapie	1,9	3,6	2,6	12,5	12,4	12,4
Ergotherapie	4,9	6,6	5,6	13,7	13,8	13,8
Gesamt	29,2	27,7	28,6	13,8	14,0	13,8

Pflege-Report 2021



■ **Abb. 17.31** Anteil Heilmittelbehandlungen bei Pflegebedürftigen im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

■ **Abb. 17.31** zeigt die Verteilung nach Pflegebedürftigen sowie Nicht-Pflegebedürftigen ausgehend von den in Anspruch genommenen Heilmittelbehandlungen durch die Versicherten insgesamt im Jahr 2019. Ein Viertel aller physiotherapeutischen Behandlungen (27,1 %) war demnach Bestandteil der Therapie von Pflegebedürftigen. Bei der Ergothe-

rapie wurde mehr als die Hälfte (53,8 %) der Behandlungen von Pflegebedürftigen durchlaufen. Knapp ein Drittel der Versicherten, die 2019 Maßnahmen der Podologie oder der Sprachtherapie in Anspruch nahmen, waren Pflegebedürftige.

■ ■ Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

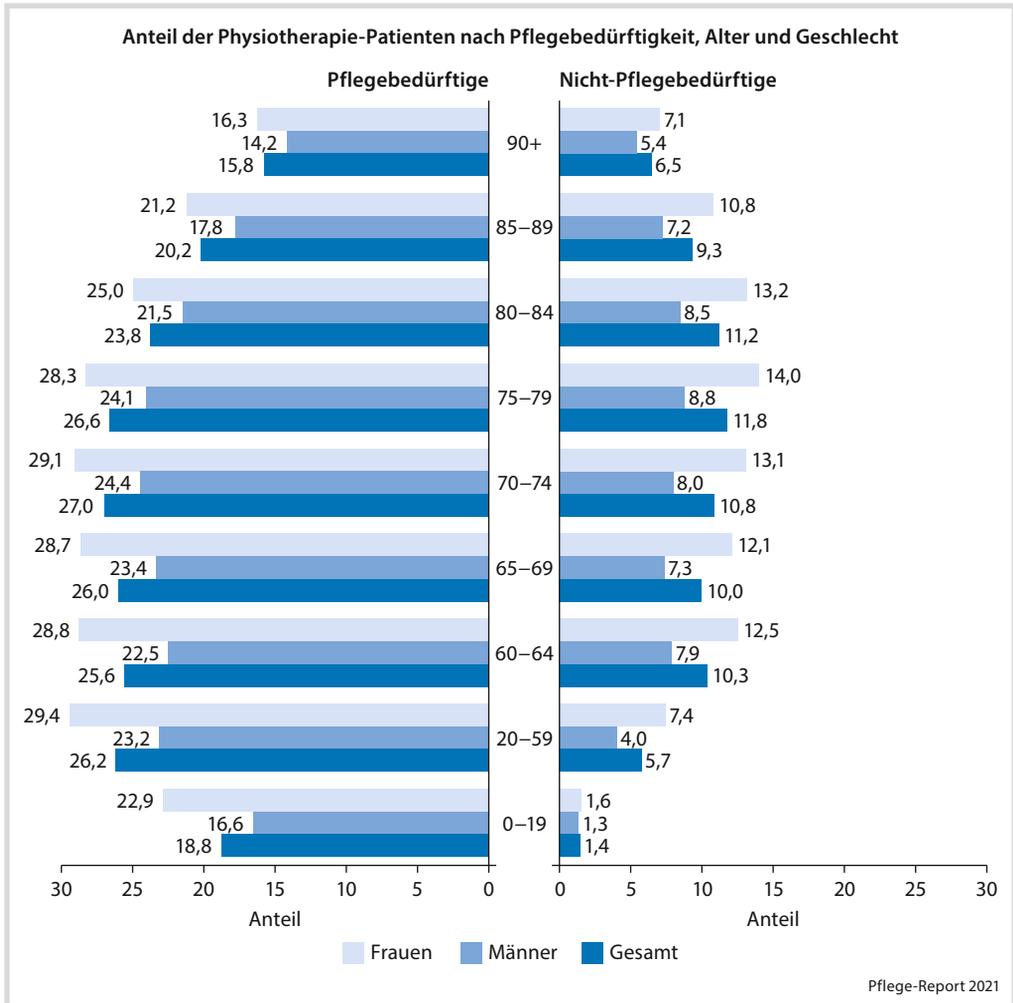
In der Physiotherapie stehen eine Vielzahl von Maßnahmen wie Manuelle Therapie, Massagetechniken, Sensomotorische Aktivierung und verschiedene Formen der Heilgymnastik zur Verfügung. Das Ziel physiotherapeutischer Maßnahmen sind die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Beweglichkeit und Funktionalität des Muskel- und Skeletapparats und häufig auch die Schmerzreduktion. Fast jeder vierte Pflegebedürftige (23,0 %) erhielt im Mittel der vier Quartale 2019 Physiotherapie (■ **Tab. 17.10**). Gemäß ■ **Abb. 17.32** ist der Anteil der physiotherapeutischen Patienten bei den weiblichen Pflegebedürftigen in jeder Altersgruppe höher als bei den männlichen. Die Nicht-Pflegebedürftigen erhalten insgesamt deutlich weniger Physiotherapie verordnet. Auch hier überwiegt der

■ **Tab. 17.10** Pflegebedürftige mit mindestens einer Physiotherapie-Behandlung nach Pflegegrad und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen ^b
Pflegegrad 1	–	–	–	20,9
Pflegegrad 2	20,0	22,7	21,6	20,3
Pflegegrad 3	21,5	28,3	24,4	23,7
Pflegegrad 4	24,5	34,8	23,8	26,5
Pflegegrad 5	35,9	44,1	24,7	32,1
Alle Pflegegrade	21,5	27,8	23,8	23,0

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte.

^b Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.
Pflege-Report 2021



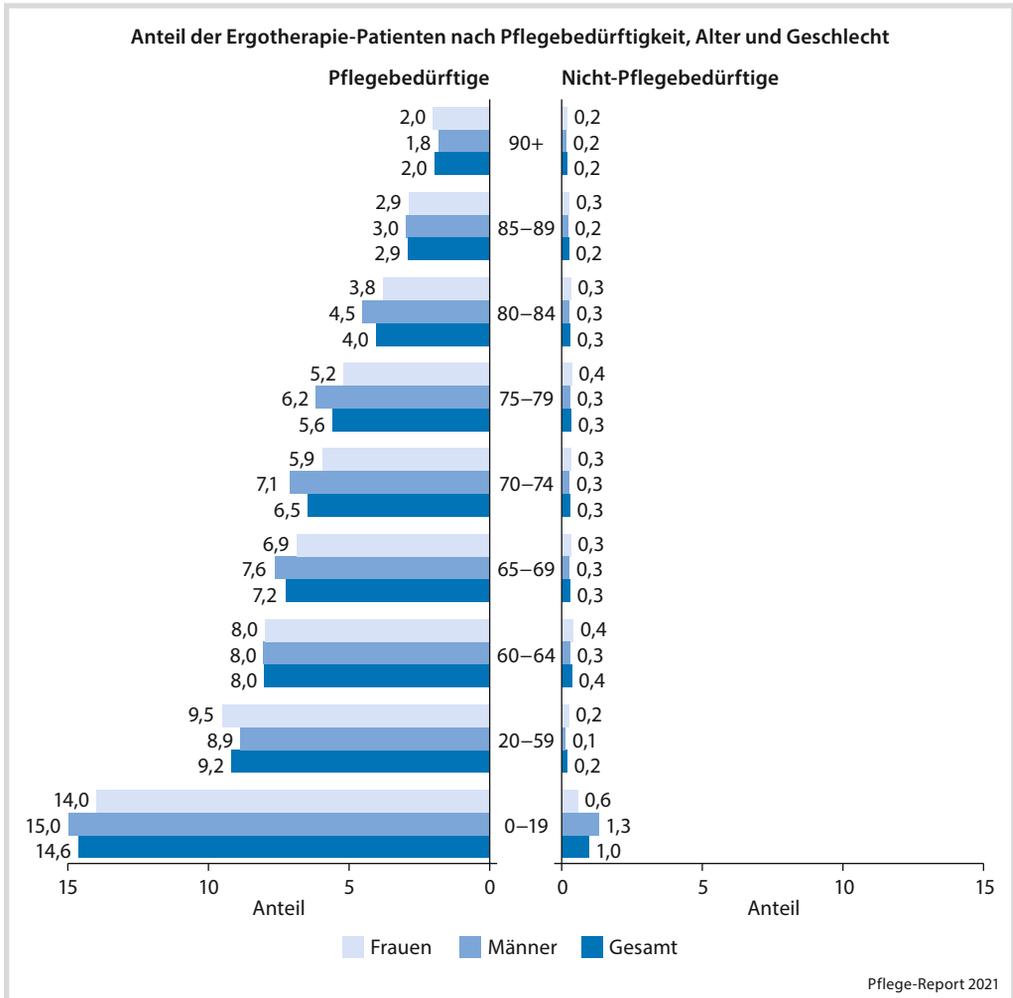
■ **Abb. 17.32** Pflegebedürftige und nicht-Pflegebedürftige Physiotherapie-Patienten nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Anteil der Frauen mit Verordnungen gegenüber den Männern.

■ **Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform**

Die Verordnung von Physiotherapie entwickelt sich erwartungsgemäß entlang der sich in Pflegebedürftigkeit äussernden körperlichen Einschränkungen. Vom Pflegegrad 1 und 2

(20,9% und 20,3%) bis zum Pflegegrad 5 (32,1%) nimmt der Anteil der Pflegebedürftigen mit physiotherapeutischer Unterstützung kontinuierlich zu (■ Tab. 17.10). Ausnahme ist hier die vollstationäre Pflege: Hier blieb dieser Anteil auf relativ konstantem Niveau. Die Analyse der Pflegesettings zeigt darüber hinaus, dass Pflegebedürftige mit ambulanten Sach- oder Kombinationsleistungen mit 28% überdurchschnittlich häufig diese Intervention in Anspruch nehmen.



■ **Abb. 17.33** Pflegebedürftige und nicht-Pflegebedürftige Ergotherapie-Patienten nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

■ **Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht**

Die Ergotherapie umfasst motorisch-funktionelle, psychisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Therapien sowie das sogenannte Hirnleistungstraining. Ziel der ergotherapeutischen Maßnahmen ist die Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und der Selbstversorgung bzw. deren Wiederherstellung. Bei Kindern kommt Ergotherapie

u. a. bei motorischen Entwicklungsstörungen (UEMF) zum Einsatz, bei Erwachsenen stehen rehabilitative Maßnahmen nach Stürzen, Operationen und schweren Unfällen im Vordergrund, bei Senioren wird sie primär bei Vorliegen dementieller Syndromen oder zur palliativen Versorgung verordnet. ■ **Abb. 17.33** unterstreicht, dass nur ein marginaler Anteil der Nicht-Pflegebedürftigen ergotherapeutische Leistungen in Anspruch nimmt. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Kinder- und

Tab. 17.11 Pflegebedürftige mit mindestens einer Ergotherapie-Behandlung nach Pflegegrad und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen ^b
Pflegegrad 1	–	–	–	2,3
Pflegegrad 2	3,4	3,3	3,2	3,5
Pflegegrad 3	6,1	7,0	5,5	6,3
Pflegegrad 4	8,3	11,4	7,1	8,5
Pflegegrad 5	12,5	18,2	9,0	11,8
Alle Pflegegrade	5,1	6,7	6,2	5,6

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte.

^b Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.
Pflege-Report 2021

Jugendlichen (0–19 Jahre): Hier ließen sich im Jahr 2019 1 % der nicht-Pflegebedürftigen Jungen und Mädchen auf diese Weise behandeln. Demgegenüber erhielten rund 15 % der Pflegebedürftigen im gleichen Alterssegment eine Ergotherapie. Dieser Anteil sinkt mit steigendem Alter kontinuierlich und bei beiden Geschlechtern.

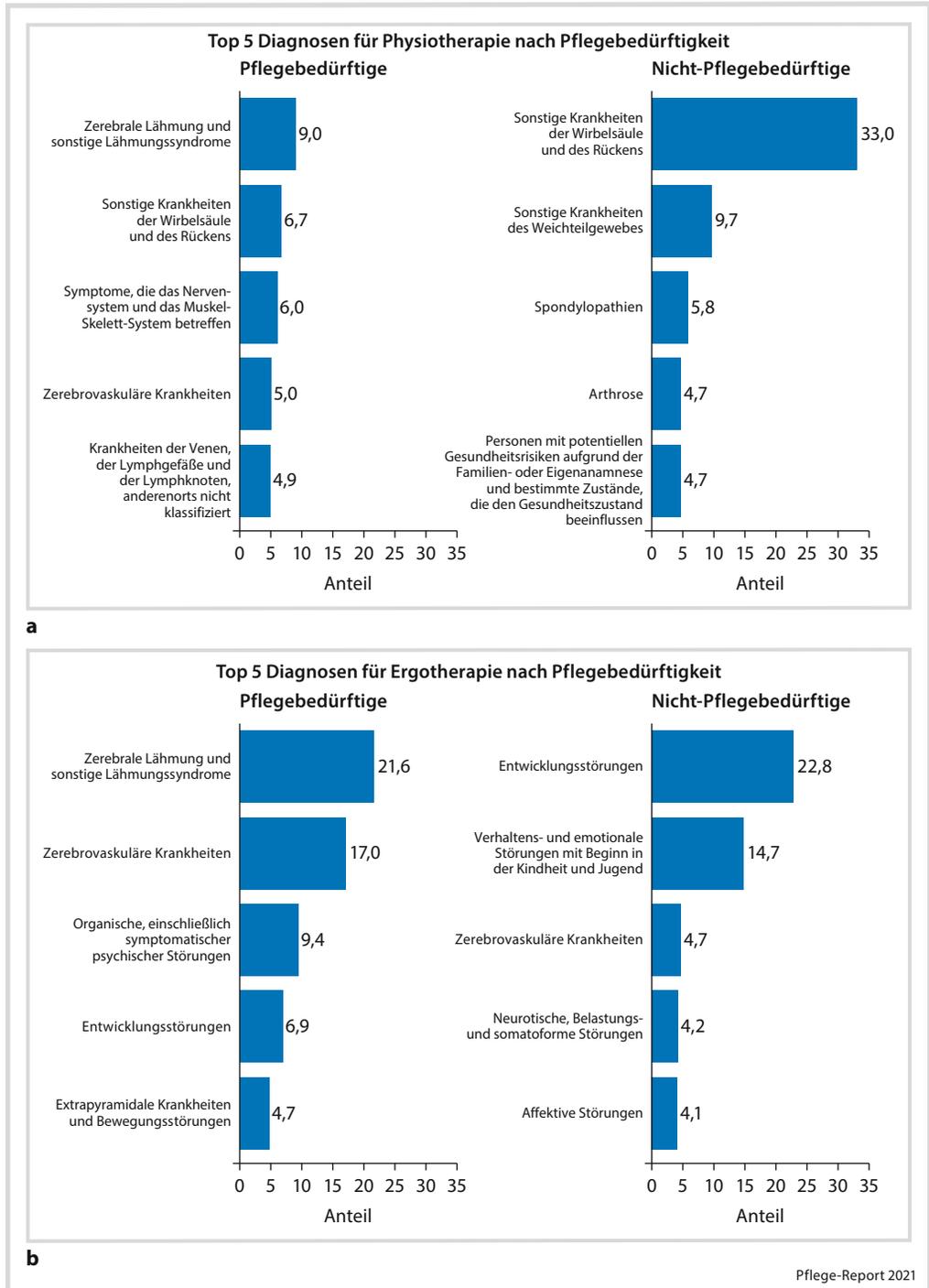
■ ■ Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Ergotherapie wiederum differenziert nach Versorgungsbereichen, so wird deutlich, dass der Anteil der Ergotherapie-Patienten mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zunimmt. Auch hier zeigt die Analyse, dass Pflegebedürftige mit ambulanten Sach- oder Kombinationsleistungen etwas häufiger eine ergotherapeutische Behandlung erhalten (6,7 %) als Bezüher von ausschließlich Pflegegeld (5,1 %) und auch als vollstationär Gepflegte (6,2 %) (■ Tab. 17.11).

■ ■ Diagnosen und physiotherapeutische sowie ergotherapeutische Behandlungen bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen.

■ Abb. 17.34 gibt einen Überblick über die fünf häufigsten Diagnosen in der Physiotherapie und Ergotherapie bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen. Für ein Drittel (33,0 %) der nicht-Pflegebedürftigen Physiotherapie-Patienten waren „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (ICD-10: M50–M54) der Anlass für die Behandlung. Bei Pflegebedürftigen Patienten waren „Zerebrale Lähmungen und sonstige Lähmungssyndrome“ (ICD-10: G80–G83) der häufigste Grund für eine physiotherapeutische und auch für eine ergotherapeutische Behandlung (9,0 % bzw. 21,6 %). Knapp ein Viertel der nicht-Pflegebedürftigen Patienten wurde aufgrund von Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80–F89) ergotherapeutisch betreut (22,8 %).

17.3 · Kennzahlen zur medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen



■ **Abb. 17.34** Pflegebedürftige und nicht-Pflegebedürftige Physiotherapie- und Ergotherapie-Patienten nach den fünf häufigsten Diagnosen im Durchschnitt der Quartale, in % (2019). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2019))

Literatur

- Holt S, Schmiedl S, Thürmann P (2011) Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste (Stand 01.02.2011). http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf. Zugegriffen: 2. Apr. 2020
- Schaufler J, Telschow C (2016) Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) Arzneiverordnungs-Report 2016. Springer, Berlin Heidelberg
- 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
- Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM (1992) Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA* 268:2388–2394

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Serviceteil

Die Autorinnen und Autoren – 272

Stichwortverzeichnis – 289

Die Autorinnen und Autoren

Susann Behrendt

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Berlin



Studium der Kommunikationswissenschaft, Soziologie und Interkulturellen Wirtschaftskommunikation an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, der Universidad de Salamanca und der University of Limerick. Wissenschaftliche Tätigkeiten am Europäischen Migrationszentrum, am Statistischen Bundesamt sowie am IGES Institut mit Schwerpunkt Versorgungsforschung, Qualitätsmessung und Sekundärdatenanalysen. Seit Dezember 2017 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am WIdO befasst mit Themen rund um die Versorgungsqualität in der Langzeitpflege.

Dr. Stefan Blüher

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Berlin



Stefan Blüher ist seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2012 Mitglied der Institutsleitung mit geschäftsführenden Aufgaben am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Studium der Sozialwissenschaften an der Universität Erlangen-Nürnberg. Von 2000 bis 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg. Bearbeitung zahlreicher Forschungsprojekte, insbesondere zu gerontologischen Themen. 2004 Promotion zum Dr. rer. pol. Langjährige Arbeitsschwerpunkte: Prävention und Gesundheitsförderung; medizinische und pflegerische Versorgung im höheren Lebensalter; Situation pflegender Angehöriger.

Dr. Grit Braeseke

IGES Institut GmbH
Berlin



Dr. Grit Braeseke ist Wirtschaftswissenschaftlerin (TU Dresden) und seit 2016 Bereichsleiterin Pflege beim IGES Institut GmbH in Berlin. Seit 25 Jahren arbeitet sie in der Gesundheits- und Versorgungsforschung. Arbeitsschwerpunkte sind der internationale Vergleich von Gesundheitssystemen, sozialpolitische Herausforderungen des demographischen Wandels, die Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen und der Aufbau effizienter Versorgungsstrukturen, der volkswirtschaftliche Beitrag, die Produktivität und Innovationen der Gesundheits- und Pflegewirtschaft, Digitalisierung und altersgerechte Assistenzsysteme (AAL), Themen rund um den Fachkräftemangel (einschließlich Migration von Gesundheitspersonal) und Ausbildung in der Pflege.

Dr. Andrea Budnick

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Berlin



Dr. Andrea Budnick ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Sie studierte Sozialwissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin und der Universität Utrecht, Niederlande. Sie promovierte zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige“ an der Charité. Zu ihren aktuellen Forschungsschwerpunkten gehört die Versorgungsforschung für ältere Menschen (z. B. pflegende Angehörige, Pflegeheimbewohner*innen).

Dr. Michael Drupp

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen
Unternehmensbereich Betriebliches Gesund-
heitsmanagement
Hannover



Dr. Michael Drupp studierte Sozialwissen-
schaften an der Ruhr-Universität in Bochum.
Nach Tätigkeiten als wissenschaftlicher Mit-
arbeiter am dortigen Lehrstuhl für Sozialpo-
litik und öffentliche Wirtschaft sowie in der
Enquete-Kommission „Strukturreform der ge-
setzlichen Krankenversicherung“ beim Deut-
schen Bundestag war er in verschiedenen Füh-
rungsfunktionen beim AOK-Landesverband
und der AOK Niedersachsen tätig. Dr. Drupp
leitet heute den Unternehmensbereich Betrieb-
liches Gesundheitsmanagement der AOK Nie-
dersachsen. Die AOK Niedersachsen ist u. a.
für Projekte zum „Betrieblichen Gesundheits-
bonus“, zur „Nachhaltigen Arbeits- und Ge-
sundheitspolitik in Unternehmen“ sowie zum
„Gesund Älter Werden“ bekannt.

Simon Eggert

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)
Berlin



Simon Eggert ist Geistes- und Sozialwissen-
schaftler und hat sein Studium an der Univer-
sität Hamburg abgeschlossen. Zwischen 2009
und 2014 war er unter anderem als Dozent
bei der Northern Business School tätig. Seit
2010 arbeitet er beim Zentrum für Qualität in
der Pflege (ZQP) und leitet dort den Bereich
Analyse. Zudem ist er seit 2014 Gastwissen-
schaftler am Institut für Medizinische Sozi-
ologie und Rehabilitationswissenschaft an der
Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Freja Engelmann

IGES Institut GmbH
Berlin



Freja Engelmann absolvierte zunächst in Berlin die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin im DRK-Klinikum Westend. Im Anschluss studierte sie Gesundheitswissenschaften (B.Sc.) an der Charité Berlin. Nach ihrer Ausbildung arbeitete sie vor allem im Bereich der Chirurgie und Geburtshilfe. Seit 2018 ist sie im Bereich Pflege beim IGES Institut tätig. Sie beschäftigt sich intensiv mit der Thematik Fachkräftegewinnung in der Pflege und der Alten- und Pflegeplanung.

Annabell Gangnus

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Berlin



Studium der Erziehungs- und Bildungswissenschaft. Seit 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung (insbesondere: die Lebensqualität in den stationären Pflegeheimen während der Coronapandemie und qualitative Sozialforschungsmethoden).

Prof. Dr. Paul Gellert

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Berlin



Prof. Dr. Paul Gellert ist Gesundheitspsychologe und Professor für soziale und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Er studierte und promovierte an der Freien Universität Berlin und arbeitet am Institute of Health and Society der Newcastle University, UK. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Förderung präventiven Verhaltens im Alter und über die Lebensspanne sowie in der Versorgungsforschung. Er ist Vorstandsvorsitzender der Sektion III der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie.

Dr. Katharina Graffmann-Weschke

AOK Pflege Akademie der AOK Nordost
Berlin



Frau Dr. Katharina Graffmann-Weschke studierte nach ihrer Krankenpflegeausbildung Humanmedizin und nach 1-jähriger ärztlicher Tätigkeit Public Health an der Freien Universität Berlin. 2007 war sie Abgeordnete Referentin im Bundesministerium für Gesundheit, Referat „Grundsatzfragen der Prävention, Eigenverantwortung, Selbsthilfe, Umweltbezogener Gesundheitsschutz“ und dabei beteiligt an der Erarbeitung des Nationalen Aktionsplans Prävention. 2007–2016 war sie Teamleiterin Prävention der AOK Nordost und Geschäftsbereichsleiterin Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung. 2016 gründete sie die AOK Pflege Akademie der AOK Nordost mit den Schwerpunkten der Qualifizierung und Fortbildung von Pflegeberater/-innen sowie Schulungen für Pflegenden Angehörige. Im Kontext der Corona-Pandemie ist sie zu Pflege Themen am Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 beteiligt.

Prof. Dr. Stefan Greß

Hochschule Fulda
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Fulda



Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie und Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Krankenversicherungswirtschaft, internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung.

PD Dr. Ulrike Grittner

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie
Berlin



Studium der Mathematik und Bildenden Kunst in Berlin. 1999–2002 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Schulpädagogik und Pädagogische Psychologie an der Humboldt-Universität Berlin. Seit 2002 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie der Charité und 2012–2018 am Center for Stroke Research, Berlin. Seit 2016 Biostatistikerin bei der Centogene AG, Rostock, und seit 2018 Co-AG-Leiterin der AG Beobachtungsstudien und Registerdaten des Instituts für Biometrie und Klinische Epidemiologie der Charité. 2006 Promotion und 2017 Habilitation. Forschungsschwerpunkte: Schlaganfall, Gedächtnis, seltene Erkrankungen, Versorgungsforschung, Alkoholepidemiologie, Methoden für klinische Studien und Beobachtungsstudien, Längsschnittanalysen, gemischte Modelle, Matching.

Melanie Hanemann

Konzern Versicherungskammer
München



Melanie Hanemann leitet das Projekt „Deutscher Pflegeinnovationspreis der Sparkassen-Finanzgruppe“ seit seiner Gründung im Jahr 2017. Im Rahmen ihrer Tätigkeit im Bereich „Sales Innovation & Projects“ des Konzerns Versicherungskammer verantwortet sie darüber hinaus das Engagement der Sparkassen-

Finanzgruppe auf dem „Deutschen Pflegetag“. Vor dem Wechsel zum Münchner Konzern Versicherungskammer 2012 studierte sie Kunstgeschichte, Betriebswirtschaftslehre und Denkmalpflege an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg und arbeitete u. a. im Museumsbereich.

Dr. Dörte Heger

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
Essen



Dörte Heger studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Mannheim und promovierte im Anschluss an der Queen's University in Kingston, Kanada. Seit 2014 arbeitet sie am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung als Wissenschaftlerin im Kompetenzbereich „Gesundheit“, dessen kommissarische Ko-Leitung sie seit November 2020 innehat. Zudem ist sie Sprecherin der durch die Leibniz-Gemeinschaft geförderten Forschungsoperation Leibniz ScienceCampus Ruhr mit dem thematischen Schwerpunkt „Herausforderungen im Gesundheitswesen in Regionen mit sinkenden Bevölkerungszahlen und alternierender Bevölkerung“.

Christian Hering, M. Sc.

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie und Reha-
bilitationswissenschaft
Berlin



Seit 2020 Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Thema der Promotion: Psychische Belastungen des Pflegepersonals in der vollstationären Langzeitpflege während der Corona-Pandemie (Projekt Covid-Heim). Zuvor Studium der Psychologie (B. Sc. und M. Sc.) von 2013 bis 2020 an der Humboldt-Universität zu Berlin und der MSB Medical School Berlin.

Gwendolyn Huschik

Prognos AG
Düsseldorf



Studium der Volkswirtschaftslehre, Politikwissenschaften und Philosophie an der Universität Bayreuth, der Georgetown University und der London School of Economics. Seit 2015 bei Prognos im Bereich Volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Grundsatzfragen tätig, derzeit als Projektleiterin. Mitwirkung im Team der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI sowie Mitarbeit an der wissenschaftlichen Untersuchung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für das Bundesministerium für Gesundheit. Arbeitsschwerpunkte: Pflegefinanzierung und -organisation, Care-Arbeit, Soziale Sicherung.

Prof. Dr. Klaus Jacobs

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Berlin



Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld. Promotion an der FU Berlin. Von 1981 bis 1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der FU Berlin und am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Von 1988 bis 2002 Gesundheitsökonom im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Peter Jaensch

Wilhelm Löhe Hochschule
Forschungsinstitut IDC
Fürth



Peter Jaensch ist Soziologe (M. A.) und Gerontologe (M. Sc.). Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Wilhelm Löhe Hochschule. Seine Forschungsschwerpunkte sind raumgebundene und mobile technische Assistenzsysteme in der professionellen und informellen Pflege, Bedingungsfaktoren der Akzeptanz von technischen Assistenzsystemen und deren Implementierung im Gesundheitswesen, Spiritualität als Wesensmerkmal von Organisationskultur.

Dr. Kathrin Jürchott

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
Berlin



Studium der Biochemie und Molekularbiologie an der Humboldt-Universität zu Berlin. Danach mehrere Jahre in Forschung und Entwicklung tätig in Bereichen der Genomforschung und Bioinformatik. Seit 2013 Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Zuständig für Datenbankmanagement und Datenanalyse im Bereich Pflege.

Anne Kempchen

AOK Nordost
Berlin



Nach dem Examen in der Gesundheits- und Krankenpflege 2011 absolvierte Frau Kempchen das Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegemanagement an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Seit 2012 ist sie bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse in den Bereichen Vertragsmanagement und Pflegeberatung/Pflegestützpunkte tätig. Aktuell führt sie das Team Grundlagen Pflegeberatung und Pflegestützpunkte im Bereich Casemanagement und begleitet die Geschäftsstelle der Pflegestützpunkte in Berlin.

Jürgen Klauber

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
Berlin



Studium der Mathematik, Sozialwissenschaften und Psychologie in Aachen und Bonn. Seit 1990 im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) tätig. Von 1992 bis 1996 Leitung des Projekts GKV-Arzneimittelindex im WiDO, von 1997 bis 1998 Leitung des Referats Marktanalysen im AOK-Bundesverband. Ab 1998 stellvertretender Institutsleiter und ab 2000 Leiter des WiDO. Inhaltliche Tätigkeitsschwerpunkte: Themen des Arzneimittelmarktes und stationäre Versorgung.

Raphael Kohl, M. A.

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Berlin



Raphael Kohl hat sein Bachelorstudium der Sozialwissenschaften und Politikwissenschaft an der Philipps-Universität Marburg und das Masterstudium der Soziologie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main absolviert. Seit 2019 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Prof. Dr. Ursula Kremer-Preiß

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
Berlin



Nach Forschungstätigkeiten in verschiedenen sozialwissenschaftlichen und gerontologischen Forschungsinstitutionen seit 1998 Referentin im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), seit 2010 Leiterin des Fachbereichs „Wohnen und Quartiersgestaltung“. Zu ihren Schwerpunktthemen gehören Wohnen im Alter, Quartiersentwicklung/Sozialraumorientierung, kommunale Seniorenpolitik und Alten(hilfe)planung/Pflegebedarfs- und Sozialplanung. Hierzu hat sie zahlreiche Forschungsprojekte für Bundes- oder Landesministerien, Stiftungen, Verbände oder Kommunen durchgeführt und geleitet. Darüber hinaus verfügt sie über Expertise im Erwachsenenbildungsbereich. Daneben ist sie Beiratsmitglied, Obfrau oder Gutachterin in verschiedenen Gremien.

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Prodekanat für Studium und Lehre
Berlin



Seit 2012 Wissenschaftliche Direktorin des Centrums für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Seit 2002 Leiterin des Instituts für Medizinische Soziologie an diesem CharitéCentrum. Davor Professorin für Soziale Gerontologie und Medizinsoziologie an den Hochschulen Neubrandenburg und Braunschweig-Wolfenbüttel. Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte: Alter und Altern, Gesundheitsentwicklung einer älter werdenden Bevölkerung und medizinische sowie pflegerische Versorgung. Seit Mai 2014 Prodekanin für Studium und Lehre der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Janina Kutzner, MPH

Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit (QPK)
Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin
Berlin



Janina Kutzner ist als Gesundheitswissenschaftlerin seit 2017 in der Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit (QPK) im Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin im Bereich der Gesundheits- und Sozialberichterstattung tätig. Zuvor war sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin in Projekten zur pflegerischen Versorgung u. a. am Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld tätig, ebenso wie als Mitarbeiterin in der Forschungs Kooperation „Nutzerorientierte Versorgung bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit (NuV)“ der Universität Bielefeld und der Fachhochschule Bielefeld. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der kommunalen pflegerischen Versorgung, Versorgungsforschung und Gesundheitsberichterstattung.

Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl

Katholische Hochschule für Sozialwesen
Berlin



Dr. Andreas Lob-Hüdepohl, (Jg. 1961), seit 1996 Professor für Theologische Ethik an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. Mitglied im Deutschen Ethikrat, Mitglied der Kommission Pflege 4.0 des Senats von Berlin.

Jakob Maetzel

Prognos AG
Düsseldorf



Studium der Sozialwissenschaft (Diplom) an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 1999 bei der Prognos AG im Bereich Strategie- und Programmentwicklung im Themenfeld „Pfle-

ge, Inklusion und Gesundheit“ als Projektleiter tätig. Mitwirkung im Team der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI. Arbeitsschwerpunkte liegen in der Evaluation modellhafter Versorgungsformen in der Pflege und in der Unterstützung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.

Sören Matzk

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
Berlin



Studium der Bioinformatik an der Universität Potsdam. Danach tätig als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Molekulare Genetik und an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seit 2018 Datenbank- und Softwareentwickler im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO).

Markus Meyer

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Berlin



Diplom-Sozialwissenschaftler. Berufliche Stationen nach dem Studium: Team Gesundheit der Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, BKK Bundesverband und spectrum|K GmbH. Tätigkeiten in den Bereichen Betriebliche Gesundheitsförderung, Datenmanagement und IT-Projekte. Seit 2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) im AOK-Bundesverband, Forschungsbereich Betriebliche Gesundheitsförderung, Heilmittel und ambulante Bedarfsplanung; Projektleiter Forschungsbereich Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeitsschwerpunkte: Fehlzeitenanalysen, betriebliche und branchenbezogene Gesundheitsberichterstattung.

Sebastian Müller

Wilhelm Löhe Hochschule
Forschungsinstitut IDC
Fürth



Sebastian Müller ist Soziologe (M. A.) und Elektroniker. Er arbeitet seit 2016 am Forschungsinstitut IDC der Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth. Arbeitsschwerpunkte sind aktuell Akzeptanzanalysen, ELSI-Fragestellungen, Implementierungsbedingungen von technologischen Systemen im Gesundheitsbereich, Versorgungsforschungsfragen und methodische Fragen der empirischen Sozialforschung.

Prof. Dr. Gerhard Naegele

TU Dortmund
Institut für Gerontologie
Dortmund



Gerhard Naegele war bis 2013 Professor für Soziale Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund und bis 2018 Direktor des Instituts für Gerontologie an der TU Dortmund. Er war u. a. Mitglied der Sachverständigen-Kommission zum 5. Altenbericht der Bundesregierung und wirkte ebenfalls am 6. Altenbericht der Bundesregierung mit. Von 2004 bis 2006 war er sachverständiges Mitglied der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ im nordrhein-westfälischen Landesparlament. Er ist gegenwärtig als Senior Researcher und Politikberater tätig.

Marina Otte

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Teltow



Nach der Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte erwarb Frau Otte den Abschluss als Krankenkassenfachwirt. Bis 2019 leitete sie den Bereich Rehabilitation der AOK Nordost. Seit 2020 ist sie für den Bereich Casemanagement verantwortlich

Dr. PH Miriam Räker

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Berlin



Dr. Miriam Räker ist als Gesundheits- und Politikwissenschaftlerin seit 2018 am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) tätig. Sie war vorher u. a. als Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Projektkoordinatorin sowie Beraterin in Forschung und Praxis tätig und absolvierte ein Fellowship an der UCLA, USA. Sie hat in Bielefeld und Malmö (Schweden) Gesundheitswissenschaften sowie Politikwissenschaft studiert und wurde 2016 an der Universität Bielefeld promoviert. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Gesundheitssystemgestaltung und der Versorgungssteuerung.

Ralph Schilling

Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
 Gesundheitsökonomie
 Berlin



Ralph Schilling ist Diplom-Soziologe und MSc in Public Health. Nach dem Studium an der Freien Universität Berlin war er zunächst u. a. wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert Koch-Institut sowie am Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Zurzeit ist er Wissenschaftler am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Seine Arbeitsfelder liegen im Bereich Methoden sowie Prävention und psychosozialer Gesundheitsforschung.

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt

Institut für Soziologie und Sozialpsychologie
 Universität zu Köln
 Köln



Univ.-Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt ist Erster Prodekan der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln und dort Lehrstuhlinhaber für Sozialpolitik und Methoden qualitativer Sozialforschung sowie Direktor des dortigen Seminars für Genossenschaftswesen im Institut für Soziologie und Sozialpsychologie. Er ist Honorarprofessor für Sozialökonomie der Pflege an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Dr. Antje Schwinger

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
 Berlin



Pflegestudium an der Napier University Edinburgh und Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. Nach Tätigkeiten im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) und im AOK-Bundesverband mehrere Jahre am IGES Institut tätig mit den Themenschwerpunkten vertragsärztliche Vergütung und Pflegeforschung. Leitung des Forschungsbereichs Pflege im WiDO. 2017 Abschluss der Promotion an der Universität Bremen zum Thema Pflegekammern.

Susanne Sollmann

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
Berlin



Susanne Sollmann studierte Anglistik und Kunsterziehung an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und am Goldsmiths College, University of London. Von 1986 bis 1988 war sie wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Informatik der Universität Bonn. Seit 1989 ist sie im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) tätig, u. a. im Projekt Krankenhausbetriebsvergleich und im Forschungsbereich Krankenhaus. Verantwortlich für das Lektorat des Pflege-Reports.

Thomas Stein

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Berlin



Thomas Stein studierte Demographie in Rostock und Barcelona. Seine Promotion erforscht die statistische Sichtbarkeit und räumliche Segregation gleichgeschlechtlicher Partnerschaften. Er befasste sich im Rahmen seiner Masterarbeit mit Demenz als bedeutsamer Determinante für Pflegebedürftigkeit in Deutschland und erstellte eine kleinräumige geographische Analyse der Prävalenzen von Demenz mit ihren Komorbiditäten (Universität Rostock). Parallel dazu forschte er am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Rostock. In seiner Masterarbeit an der Autonomen Universität Barcelona untersuchte er die psychische Gesundheit von gleichgeschlechtlichen Partnerschaften mit den Daten des Mikrozensus. Seit 2017 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Renate Stemmer

Katholische Hochschule Mainz
Mainz



Prof. Dr. phil. Renate Stemmer ist Professorin an der Katholischen Hochschule Mainz, Fachbereich Gesundheit und Pflege mit den Schwerpunkten Pflegewissenschaft und Pflegemanagement. Studium und Promotion an der Bergischen Universität Wuppertal. Forschungsaktivitäten in den Bereichen Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz; Evaluation von Pflegequalität; pflegebezogene Organisationsentwicklung.

Dr. Christian Teubner

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)
Berlin



Dr. Christian Teubner ist Volkswirt mit Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsökonomie und hat seinen Abschluss an der Universität Mannheim gemacht. Nach langjähriger Beratungstätigkeit im Bereich der Akutversorgung ist er seit 2012 beim Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) als Projektleiter beschäftigt.

Chrysanthi Tsiasioti

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiO)
Berlin



Diplomstudium der Volkswirtschaftslehre an der Freien Universität Berlin und Masterstudium Statistik an der Humboldt-Universität Berlin. Seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin im WiO. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte: Datenanalysen, Versorgungsforschung mit Routinedaten im Bereich Pflege, unter anderem mit Schwerpunkt auf Arzneimittelversorgung, ambulant-ärztlicher und rehabilitativer Versorgung.

Heike Wehrbein

Berlin



Freie Pflege- und Gesundheitsjournalistin. Die Germanistin und Fachjournalistin betreut seit zwei Jahren u. a. den „Pflegeinnovationspreis der Sparkassen-Finanzgruppe“. Zuvor war sie über zehn Jahre als Pressereferentin für Bundesverbände im Altenpflegebereich tätig. Vor ihrem Magisterstudium der Germanistik und Linguistik an der Universität Bremen arbeitete sie als Sozial- und Mileupädagogin im Behindertenbereich und in der ambulanten Altenpflege.

Werner Winter

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Nürnberg



Studium der Sozialpädagogik und Betriebswirtschaft. Change Manager und Organisationsentwickler. Seit 1982 in unterschiedlichen Feldern der Gesundheitsförderung, insb. der Betrieblichen Gesundheitsförderung tätig. Seit 1989 Mitarbeiter der AOK Bayern. Leiter des Fachbereichs Betriebliches Gesundheitsmanagement. Arbeitsschwerpunkte: Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement, psychosoziale Belastungen, Sucht und Führung.

Prof. Dr. Jürgen Zerth

Wilhelm Löhe Hochschule
Forschungsinstitut IDC
Fürth



Prof. Dr. habil. Jürgen Zerth ist Vizepräsident der Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth und lehrt im Bereich der Wirtschaftswissenschaften und Gesundheitsökonomie. Weiterführend leitet er das Forschungsinstitut IDC an der Wilhelm Löhe Hochschule. Seine Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte umfassen die Gesundheitsökonomie mit Schwerpunkten Mikroökonomie/Industrieökonomie sowie die Gesundheitsökonomische Evaluation, die normative Institutionenökonomie und Ethik sowie Management in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

Stichwortverzeichnis

A

Abbrecherquote 182
 Advanced Practice Nurse (APN) 181
 Alleinlebende 97, 100
 Alltagshilfen 224
 Altenberichterstattung 202
 Altersdiskriminierung 29
 ambulant vor stationär 132
 Ambulantisierung 152
 ambulant-sensitive Krankenhausdiagnosen (ASK) 15
 Anerkennungskultur 127
 Angehörige 127, 128
 – pflegende 146, 200
 Ansteckungsrisiko 77
 AOK-Pflegemediathek 83, 86
 Arbeitsbedingungen 176, 177
 Arbeitsplatzsicherheit 176
 Arbeitsqualität 175, 176, 182
 Arbeitsschutzmaßnahmen 87
 Arbeitsunfähigkeit 177
 – Daten 73, 87
 – Tage 74
 Arbeitszeit 176
 Assistenzsysteme 158
 Atemwegserkrankungen 79, 81

B

Babyboomer 93
 Bachelorabsolventen 181
 Bedarfseinschätzung 105
 Bedarfserfassung 108
 Bedarfsplanung 190–192
 Befragung 36
 Behandlungspflege 180
 Belastung
 – emotionale 46, 50, 57
 – körperliche 176
 – psychische 177
 Belastungssituation 45, 77, 79
 Beratungsmöglichkeiten 107
 Bestandsindikatoren 202
 Besuchseinschränkungen 5, 7
 Betreutes Wohnen 122
 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) 74, 87
 Bezahlung 175
 BGF-Maßnahmen 73, 81
 BGF-Projekte 87
 Bundesteilhabegesetz (BTHG) 223

C

Caring Communities 222, 227
 Case Management 107, 112
 Corona-Pandemie 5, 23, 24, 60, 63, 65, 67, 73, 86, 106, 108
 COVID-19 23
 – Diagnose 12, 77
 – Pandemie 29, 36, 41, 77

D

Daseinsvorsorge 192, 221, 223
 Delegation 179
 Demenzerkrankung 61, 95
 Deutscher Pflegerat (DPR) 182
 Dringlichkeit 28
 duale Finanzierung 187

E

Ehrenamtliche 122, 126, 127, 199, 212, 214
 Einsamkeit 7, 45, 49
 Einschränkungen, Corona-bedingte 49
 Einstufungsempfehlung 97
 Employee Assistance Programm (EAP) 84
 Empowerment 222
 Engagement, bürgerschaftliches 199
 Enthospitalisierung 125
 Entlassmanagement 139
 Entlastung, psychosoziale 85
 e-Pflege-Studie 160, 162, 167
 Erkrankungen, psychische 79, 81
 Exploitation 167, 168

F

Fachkräftemangel 94, 106, 153, 207
 Fallmanagement 198
 Fall-Verstorbenen-Anteil 6
 Fallzahlreduktion 7
 Fehlzeiten 74, 75, 77, 87
 – krankheitsbedingte 79
 Finanzierungsverantwortung 188
 Fortschritt, medizinischer 154
 Fundamentalität 25

G

Gemeindeleben 226
 generalistische Pflegeausbildung 179, 182

Gesundheit

- Ausgaben 147
- Dienstleister 65
- psychische 44, 56
- Güterabwägung 23–25

H

- Hauptpflegepersonen 61
- Haushaltsvorbehalt 187
- Health Technology Adoption 167
- Hochaltrige 93, 150
- Hygienemaßnahmen 23

I

- Identität, personale 120
- Implementierbarkeit 166, 168
- Implementierung 169, 170
- Infektionsprävention 41
- Infektionsrisiko 43, 48, 106
- Infektionsschutzgesetz (ifSG) 5
- Infektionsschutzmaßnahmen 4
- Infrastruktur, soziale 223
- Infrastrukturplanung 223
- Integration, soziale 120
- Investitionsbedarf 154
- Investitionsbereitschaft 167
- Investitionsförderung 187, 192
- Investitionskosten 138, 187, 192
- Isolation
 - Maßnahmen 49
 - soziale 23, 27

J

- junge Pflegende 112

K

- Karrieremöglichkeiten 177
- Kinder, pflegebedürftige 111
- Kommunen 193
- Kontaktmöglichkeiten, eingeschränkte 47, 51
- Kontaktreduktion 43, 56
- Konzertierte Aktion Pflege 182
- Krankenstand 75
- Krisenbewältigung 85
- Kulturmittler 110
- Kurzzeitpflege 132, 142
 - eingestrente 135, 137, 142
 - solitäre 135, 137, 142
- Kurzzeitpflegeeinrichtungen 136

L

- Landespflegeausschüsse 187, 188
- Landespflegegesetz 135, 197–199
- Langzeitpflege, stationäre 186
- Lebenserwartung 93, 95
- Lebensqualität 56
- Lebensweltorientierung 120
- Leistungsansprüche 107
- Leitlinien, seniorenpolitische 206
- Lockdown 7, 17, 22, 26, 36, 41, 44, 46

M

- Masterabsolventen 181
- Mehrgenerationen-Wohnprojekte 121
- Menschenwürde 26
- Mitarbeiterpartizipation 178
- Mobilität, eingeschränkte 48
- Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen 120
- Multimorbidität 6, 13, 95
- Muskel-/Skelett-Erkrankungen 79, 81

N

- Nachfragereduktion 152
- Netzwerke 216, 225, 227
- Notfallbetreuung 41
- Nutzerorientierung 125
- Nützlichkeitserwartung 165

P

- Pandemie
 - Pläne 84, 87
 - Prävention 82
- Partizipation 22, 96
- Personalbedarf 152
- Personalmangel 17
- Pflege
 - ambulante 215
 - professionelle 146
 - quartiersnahe 210
- Pflegeangebote
 - außerhäusliche 186, 187
 - bedarfsgerechte 192
- Pflegearrangements 186
 - häusliche 132
- Pflegeassistenten 179
- Pflegeaufwand 38, 61
- Pflegeausbildung, generalistische 153
- Pflegebedarfsplanung 135, 138, 142

Pflegebedürftigkeit 93, 95, 104, 106
 Pflegebedürftigkeitsbegriff, neuer 105, 148, 150
 Pflegeberatung 107, 108, 112, 113, 200
 – biographiesensible 109
 – kultursensible 109
 – suchtsensible 111
 Pflegeberatungs-Richtlinie 109, 114
 Pflegeberufegesetz (PflBG) 179, 180
 Pflegegeldempfänger 152
 Pflegegradeinstufung 96, 100
 Pflegeinfrastrukturplanung 198
 Pflegeinnovation 168, 170
 Pflegeinnovationspreis 210–212
 Pflegekammer 182
 Pflegekassen 188, 189, 193
 Pflegeleistungen, informelle 146
 pflegende Angehörige 60–64, 67, 104, 106, 112
 pflegende Berufe 74
 Pflegendе, hochschulisch qualifizierte 180
 Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) 82
 Pflegeplanung 196
 Pflegepolitik 222, 228
 Pflegequote 95, 150
 Pflegereform 142
 Pflegerisiko 100
 Pflegeroboter 166
 Pflegesituation 64
 – familiäre 106
 Pflegesozialplanung, integrierte 203
 Pflegestärkungsgesetze (PSG I bis III) 93, 224
 Pflegestatistik 148
 Pflegestützpunkte 108, 113, 200
 Pflegetechnologien 159, 161, 162, 170
 Pflege-TÜV 128
 Pflegeversicherung 107, 147
 Pflegewahrscheinlichkeit 152
 Pflege-Wohngemeinschaft 127, 213
 Planungsverpflichtung 197
 Polypharmazie 95
 Präsentismus 87
 Prävention 154
 Präventionsgesetz (PrävG) 142
 Priorisierung 22, 23, 25, 28
 Professionalisierung 152

Q

Qualifikationsmix 153
 Qualifizierung
 – Angebote 178
 – Level 178
 Quarantäne-Auflagen 41
 Quartiersentwicklung 216
 Quartiersinitiative 214
 Quartiersmanagement 212, 214, 216
 Quartiersprojekte 210, 211, 216

R

Reha vor Pflege 135
 Rehabilitation, medizinische 135
 Rehabilitationsfähigkeit 135, 139
 REKUP-Studie 139
 Resilienzstärkung 85, 86
 Risikofaktoren 7
 Roboter 165
 Rund-um-die-Uhr-Betreuung 125

S

Schichtdienst 176
 Schutzinteresse 27
 Schwerpflegebedürftigkeit 133
 Selbstbestimmtheit 210
 Selbstbestimmung 25, 120, 222, 227
 Selbsthilfegruppen 112
 Selbstverantwortung 121, 126
 Senioren- und Pflegebegleiter 215
 Senioren- und Pflegeplanung 202, 207
 Seniorenpolitische Gesamtkonzepte (SPGK) 200
 Sicherstellungsauftrag 189
 Skill- und Grade-Mix 180, 181
 social distancing 27
 Sockel-Spitze-Tausch 128
 Sozialkapital 200, 222, 224
 Sozialraum 221–226
 Sozialrecht 187
 Sterberate 6, 8, 10
 Sterbewahrscheinlichkeit 13
 Sterblichkeit 7–9
 Stressbelastung 87
 Stressbewältigung 85

T

Taktilität 26
 Technikkompetenz 85
 Technologieimplementierung 160, 163
 Teilhabe 227
 – soziale 46, 56, 122, 215
 Teilhabechancen 222
 Teilzeitbeschäftigung 175
 Triage 28
 – Ex-post-Triage 27, 28
 – medizinische 27, 29

U

Über- und Unterversorgung 190
 Übersterblichkeit 6, 11
 Unterstützung, informelle 65
 Unterstützungsangebote 84
 Unterstützungsarrangements 97
 Unterstützungsbedarf 105, 211
 Unterversorgung 190

V

- Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 61, 63, 67
- Verhinderungspflege 133
- Verkammerung 182
- Versorgung
 - bedarfsgerechte 35
 - fachärztliche 52
 - gesundheitliche 55
 - hausärztliche 52
 - pflegerische 44, 49, 55
- Versorgungslücke 93
- Versorgungsplan 107, 113
- Versorgungssetting
 - häusliches 36
 - vollstationäres 36

- Versorgungssicherheit 120, 124, 125
- Versorgungsverträge 188, 189, 193
- Vulnerabilität 13

W

- Weiterbildungsmöglichkeiten 177
- Wohn- und Teilhabegesetze (WTG) 225
- Wohnen im Alter 200
- Wohnformen 225
 - neue 120, 122, 124
- Wohngruppenzuschlag 127
- Wohnraum, barrierearmer 200
- Work-Life-Balance 176
- Würde 26