

Professionalisierung PflBC  
Flexibilität Reform Pflegequa  
egeberufegesetz Pflegewissensch  
Beratung Fürsorglichkeit  
legepraxis Palliative Care Amb  
generalistische Ausbildung Perspe  
Fachkräftemangel Risiko  
form Digitalisierung

Johanne Pundt  
Michael Rosentreter (Hrsg.)

**Pflege dynamisch  
vorwärtsgerichtet**  
Aktuelle Tendenzen



University of Applied Sciences

**APOLLON**  
University Press

**Johanne Pundt, Michael Rosentreter (Hrsg.)**

**Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet**  
**Aktuelle Tendenzen**





**Johanne Pundt, Michael Rosentreter (Hrsg.)**

# **Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet**

## **Aktuelle Tendenzen**



University of Applied Sciences  
**APOLLON**  
University Press

Der vorliegende Themenband vertieft die Ergebnisse des 11. APOLLON Symposiums der Gesundheitswirtschaft und ergänzt den dort angestoßenen Diskurs zum Thema „Pfleger dynamisch vorwärtsgerichtet“ facettenreich um weitere Perspektiven.

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen  
1. Auflage 2021

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement: Corinna Dreyer und Julia Gwiasda, Bremen  
Lektorat: Corinna Dreyer und Julia Gwiasda, Bremen  
Korrektur: Ruven Karr, Saarbrücken, Birgit Siekmann, Solingen  
Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven  
Cover: © Ilka Lange, Hückelhoven  
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:  
<http://www.dnb.de>

Den Autorinnen und Autoren des vorliegenden Themenbands war es freigestellt, welche Genderschreibweise sie verwenden. Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

ISBN: 978-3-943001-56-3

<http://www.apollon-hochschulverlag.de>

# Inhalt

|   |    |
|---|----|
| Vorwort (Stefan Görres)   | 11 |
| Vorwort (Andreas Westerfellhaus)  | 15 |
| Einleitung – Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet: Aktuelle Tendenzen<br>(Johanne Pundt; Michael Rosentreter)                                     | 17 |
| <br>  |    |
| I Pflege heute: Hintergrund und aktuelle berufliche Situationen   |    |
| <br>  |    |
| <b>1 Pflegetheorie: Bedeutung für Praxis und Gesundheitspolitik</b><br>(Sabine Bartholomeyczik)   | 31 |
| 1.1 Einführung: Das öffentliche Bild der Pflege   | 31 |
| 1.2 Pflegetheorie als Pflegeverständnis   | 34 |
| 1.3 Pflegetheorie und Gesundheitspolitik  | 38 |
| 1.4 Sollvorstellungen und Widersprüche  | 47 |
| 1.5 Fazit   | 51 |
| <br>  |    |
| <b>2 Pflegequalifikation im europäischen Kontext</b><br>(Gertrud Stöcker)   | 57 |
| 2.1 Pflegeausbildung als dauerhaft aktuelles Thema  | 57 |
| 2.2 Auf dem Weg zu einer integrativen Lösung  | 58 |
| 2.3 Integrationshemmnisse des deutschen Ausbildungsmodells  | 60 |
| 2.4 Pflegeausbildung zukunftsfähig machen   | 61 |
| <br>  |    |
| <b>3 Interprofessionelles Lernen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe</b><br>(Ronja Behrend; Mareen Machner; Harm Peters) | 65 |
| 3.1 Einleitung  | 65 |
| 3.2 Ausbildung und Studium ausgewählter Gesundheitsberufe in Deutschland  | 66 |
| 3.3 Interprofessionelle Ausbildung in Deutschland   | 68 |
| 3.4 Interprofessionelles Lernen in der Fort- und Weiterbildung  | 73 |
| 3.5 Herausforderungen, Chancen und Grenzen interprofessioneller Lehrveranstaltungen   | 78 |

|  |   |     |
|--|---|-----|
| 3.6  | Bedeutung informeller Begegnungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit                            | 79  |
| 3.7  | Zusammenfassung und Fazit   | 80  |
| <b>4</b>   | <b>Was bewirkt eine Pflegekammer für die Berufsgruppe? Pro und Kontra der Pflegekammer</b>              |     |
|  | (Nora Wehrstedt von Nessen-Lapp; Anja Wiedermann)   | 85  |
| 4.1  | Einleitung  | 85  |
| 4.2  | Entwicklung und Aufgaben der Pflegekammer Niedersachsen   | 86  |
| 4.3  | Pflegekammern in Europa   | 87  |
| 4.4  | Pflegekammern in Deutschland  | 89  |
| 4.5  | Bedeutung von Pflegekammern auf der Landesebene   | 93  |
| 4.6  | Bedeutung von Pflegekammern auf der Bundesebene   | 100 |
| 4.7  | Pro und Kontra der Pflegekammern  | 101 |
| 4.8  | Fazit   | 105 |
| <br>   |   |     |
| <b>II Probleme in der pflegerischen Versorgung</b> |   |     |
| <b>5</b>   | <b>Neue Verfahren der Qualitätsbeurteilung in der pflegerischen Versorgung</b>                          |     |
|  | (Klaus Wingenfeld)  | 113 |
| 5.1  | Ausgangssituation   | 113 |
| 5.2  | Grundsätze des neuen Systems der Qualitätsbeurteilung   | 116 |
| 5.3  | Qualitätsbeurteilung in der stationären Langzeitpflege  | 119 |
| 5.4  | Qualitätsprüfungen in der ambulanten und teilstationären Pflege   | 124 |
| 5.5  | Öffentliche Qualitätsberichte (Qualitätsdarstellungen)  | 129 |
| 5.6  | Die COVID-19-Pandemie und die Folgen  | 131 |
| 5.7  | Schlussbemerkung  | 133 |
| <b>6</b>   | <b>Umsetzung von mitarbeiterorientierten Arbeitszeitmodellen im Krankenhaus – ein Erfahrungsbericht</b> |     |
|  | (Andrea Albrecht; Barbara Mayerhofer)   | 135 |
| 6.1  | Systemfehler  | 136 |
| 6.2  | Lösungsansätze  | 143 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>7 Internationale Fachkräfteakquise als Bestandteil des strategischen Personalmanagements – Eine empirische Sekundärdatenanalyse bei einem mittelständischen Pflegeunternehmen</b> |     |
| (Aleksandr Vogelsang)  | 151 |
| 7.1 Internationale Fachkräfteakquise als Bestandteil des strategischen Personalmanagements   | 152 |
| 7.2 Empirische Untersuchung der internationalen Fachkräfteakquise bei der Medizin Mobil  | 157 |
| 7.3 Diskussion und Fazit   | 164 |
| <b>8 Pflegende Angehörige: eine wichtige Ressource bei der Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen</b>   |     |
| (Adina Dreier-Wolfgramm; Stefan Teipel; Ina Zwingmann)   | 169 |
| 8.1 Einleitung   | 169 |
| 8.2 Aspekte der Betreuung Pflegebedürftiger  | 171 |
| 8.3 Belastungen pflegender Angehöriger und gesundheitliche Folgen  | 175 |
| 8.4 Entlastungs- und Unterstützungsangebote  | 177 |
| 8.5 Multimodale Unterstützung am Beispiel pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz   | 181 |
| 8.6 Fazit  | 185 |
| <b>9 Palliative Versorgung in Deutschland – Entwicklungslinien und -tendenzen</b>  |     |
| (Gabriele Müller-Mundt; Silke Freihoff; Wenke Walther)   | 189 |
| 9.1 Einleitung   | 189 |
| 9.2 Hospizbewegung und Entwicklung der spezialisierten Palliativversorgung   | 192 |
| 9.3 Philosophie und Handlungsmaximen der Palliativversorgung   | 196 |
| 9.4 Strukturelle Verankerung der Palliativversorgung im Versorgungssystem  | 201 |
| 9.5 Fazit und Ausblick   | 211 |



### III Pflegerische Interventionen (unterschiedliche Beispiele)

|  |     |
|--|-----|
| <b>10 Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege</b>                                    |     |
| (Nina Fleischmann)   | 221 |
| 10.1 Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege | 223 |
| 10.2 Erfahrungen aus Projekten: Hemmnisse und fördernde Faktoren                                 | 232 |
| 10.3 Die Rolle von Pflegefachpersonen in der Gesundheitsförderung                                | 236 |
| 10.4 Fazit und Ausblick  | 238 |
| <b>11 Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch ambulante Pflegedienste</b>                   |     |
| (Jörg Hallensleben)  | 243 |
| 11.1 Einführung und Fragestellung  | 243 |
| 11.2 Literaturrecherche und -auswahl   | 244 |
| 11.3 Abgrenzung der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI von anderen Beratungsformaten         | 245 |
| 11.4 Kontrollfunktion des Beratungsbesuchs   | 248 |
| 11.5 Beratungsqualität   | 253 |
| 11.6 Ökonomische Rahmenbedingungen   | 257 |
| 11.7 Fazit und Ausblick  | 259 |
| <b>12 Buurtzorg® – ein alternatives Pflegekonzept in der ambulanten Versorgung</b>               |     |
| (Barbara Mayerhofer)   | 265 |
| 12.1 Ambulante Versorgung im häuslichen Bereich  | 266 |
| 12.2 Buurtzorg® – ein Pflegekonzept aus den Niederlanden   | 269 |
| 12.3 Überlegungen  | 279 |
| 12.4 Fazit   | 281 |
| <b>13 Digitalisierung und künstliche Intelligenz in der Pflege – Hype oder Hope?</b>             |     |
| (Björn Sellemann)  | 287 |
| 13.1 Einführung  | 287 |
| 13.2 Digitalisierung in der Pflege   | 288 |
| 13.3 Künstliche Intelligenz  | 293 |
| 13.4 Wissensentdeckung in pflegerischen Leistungsdaten mithilfe künstlicher Intelligenz          | 299 |
| 13.5 Künstliche Intelligenz in der Pflege – Hype oder Hope?                                      | 308 |

## IV Perspektiven

|  |     |
|--|-----|
| <b>14 Bausteine für eine Struktur- und Finanzreform der Pflegeversicherung</b>   |     |
| (Thomas Klie)  | 317 |
| 14.1 Pflegemarkt stärker regulieren?   | 319 |
| 14.2 Finanzierung der Pflege neu ausrichten  | 322 |
| 14.3 Keine Finanzreform ohne Strukturreform  | 328 |
| 14.4 Ausblick  | 333 |
| <b>15 Ein Erfahrungsbericht zu den Aktivitäten junger Pfleger und dem Wandel von pflegerischer Identität</b>                               |     |
| (Ricarda Möller)   | 337 |
| 15.1 Junge Pfleger formieren sich  | 338 |
| 15.2 Aktivitäten junger Pfleger  | 341 |
| 15.3 Pflegerische Identität im Wandel  | 347 |
| 15.4 Fazit und Ausblick  | 352 |
| <b>16 Systemrelevant: der Beruf Servicehelfer – ein Modell für Deutschland</b>   |     |
| (Stephanie Rieder-Hintze; Almut Satrapa-Schill)  | 357 |
| 16.1 Einleitung  | 357 |
| 16.2 Grundlagen  | 360 |
| 16.3 Praxis  | 366 |
| 16.4 Ausblick  | 375 |
| <b>17 Ein Forum für die Gesundheitsberufe</b>  |     |
| (Gerhard Igl)  | 379 |
| 17.1 Staatliche Verantwortung für das Gesundheitswesen   | 379 |
| 17.2 Allgemeine Entwicklungen bei der Regulierung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen   | 380 |
| 17.3 Besondere Entwicklungen bei den Pflegefachberufen   | 383 |
| 17.4 Unkoordinierte und zögerliche Novellierungen der gesundheitsberuflichen Ausbildung  | 385 |
| 17.5 Mangelnder Dialog zwischen den verantwortlichen Akteuren für die Gesundheitsberufe, des Bildungssystems und der Gesundheitswirtschaft | 386 |
| 17.6 Zielsetzungen einer Beteiligung der Gesundheitsberufe an der Gestaltung des Gesundheitswesens   | 386 |
| 17.7 Ausblick  | 390 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Aus der Krise lernen – Versuch eines Ausblicks</b> | 393 |
| <b>Anhang</b>   | 407 |
| Autorinnen und Autoren                                | 407 |
| Abbildungsverzeichnis                                 | 415 |
| Tabellenverzeichnis                                   | 416 |
| Sachwortverzeichnis                                   | 417 |

## Vorwort

STEFAN GÖRRES

Der vorliegende Themenband erscheint im Nachgang des 11. APOLLON Symposiums „Pflege – dynamisch vorwärtsgerichtet: Aktuelle Tendenzen“. Der Titel war Programm und die Beiträge in diesem Themenband bestätigen dies.

Die Frage ausreichender pflegerischer Versorgung ist zu einer gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Herausforderung ersten Ranges geworden. Auch die Politik hat dies verstanden und das Thema Pflege ganz oben auf die Agenda gesetzt. Zahlreiche Entwicklungen in der Pflege zeigen, dass es notwendig ist, Lösungen nicht mehr allein an tagespolitischen Sachzwängen zu orientieren, sondern eine Gesamtstrategie, besser noch einen Masterplan bzw. eine Roadmap, zu erarbeiten und weitere Entwicklungen auf langfristige Zeiträume hin auszurichten. Was bedeutet das und welche Tendenzen sind aktuell sichtbar?

Grob umrissen wird sich die Pflege in den kommenden Jahren in einem dynamischen Umfeld bewegen und sich dem Wettbewerb und Modernisierungsdruck, aber auch ihrer ganz besonderen gesellschaftlichen Verantwortung stellen müssen. Die personelle und strukturelle Unterversorgung in allen pflegerischen Versorgungssettings ist das dringendste Problem, das sich durch simple Maßnahmen allein – wie „Mehr Köpfe und mehr Geld“ – nicht beheben lässt. Intelligente Lösungen sind mehr denn je gefragt. Dieser Band zeigt einige davon.

Das **erste Kapitel** des Buches weist zunächst darauf hin, wie bedeutsam es ist, die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern und ihre Professionalisierung voranzubringen. Ein hohes und damit auch akademisches Qualifikationsniveau, ähnlich vieler europäischer und außereuropäischer Länder, ist dabei ebenso ein zentraler Baustein wie multiprofessionelles und interdisziplinäres Handeln. Erforderlich sind daher neue, zukunftsweisende Qualifikationskonzepte sowohl im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung als auch in der Studiengangsentwicklung und der Anpassung an internationale Standards. Und all dies möglichst basierend auf einer theoriegeleiteten und evidenzbasierten Pflegewissenschaft und -forschung. Ohne eine starke berufsständische Organisation der Pflegeberufe wird diese Professionalisierungsstrategie aber nur teilweise gelingen. Sie fehlt bisher in Deutschland. Obwohl umstritten, wäre das Instrument Pflegekammer hier das Mittel der Wahl.

Nicht nur die Diskussion um die Zukunft der Pflegeberufe prägt das pflegepolitische Geschehen, auch das pflegerische Versorgungssystem befindet sich im Umbruch.

Das **zweite Kapitel** zeigt exemplarisch vorhandene Probleme auf und benennt gleichsam Tendenzen, wo und wie sich das Versorgungswesen inzwischen an die veränderten Anforderungen anpassen konnte oder noch anpassen muss. Dies vor allem auch deshalb, weil sich in den letzten Jahren sowohl in der stationären als auch der ambulanten Versorgung Rahmenbedingungen und Nutzerstrukturen tiefgreifend gewandelt haben. Die Einrichtungen haben hier konzeptionell, personell und qualifikatorisch nicht ausreichend Schritt gehalten. Aber es gibt viele hoffnungsvolle Entwicklungen: Angesichts des sich zuspitzenden Personalmangels und der häufig kritisierten Arbeitsbedingungen in der Pflege ist das Thema Vereinbarung von Familie und Beruf (Work-Life-Balance) aktueller denn je. Auch eine Reihe von Verfahrensinnovationen zur Qualitätsbeurteilung in der Pflege zeigt neue Möglichkeiten auf. Die bedeutsame Rolle der pflegenden Angehörigen als pflegerische Ressource zu erkennen, vor allem aber anzuerkennen und zu stärken, ist ebenfalls ein Thema, das die Zukunft der pflegerischen Versorgung bestimmen wird. Und schließlich hat sich auch die Bandbreite des vorzufindenden Pflege- und Unterstützungsbedarfs verändert und erweitert. Vor allem hat die pflegerische Versorgung am Lebensende (End-of-Life-Care) eine ganz neue Wertigkeit bekommen.

Das **dritte Kapitel** verweist anhand zentraler Zukunftsthemen auf die dringende Notwendigkeit eines Wandels, bestehend aus Reform- und zugleich Anpassungsszenarien. Diesen Wandlungsprozess gilt es zu gestalten: Hierfür sind innovative, synergieproduzierende Versorgungsmodelle gefragt, die in ihrem Erscheinungsbild wesentlich vielgestaltiger und differenzierter sind als bisher: Das Beispiel Buurtzorg aus der ambulanten Pflege hat uns gezeigt, wie moderne Pflegekonzepte mit hierarchiefreien, am Lean Management orientierten Teamstrukturen und einer Einbindung von Nachbarschaft und Ehrenamt gehen könnte. Einigkeit herrscht darin, dass die in Deutschland vorherrschende Verengung der Pflege und des Pflegebegriffs auf die kurative, häufig körperorientierte Unterstützung überwunden und das Aufgabenspektrum der Pflege insbesondere um beratende, anleitende, edukative und versorgungssteuernde Aufgaben erweitert werden muss. Hinzu kommt die Feststellung, dass der technologische Fortschritt inzwischen für viele Handlungsfelder der Pflege an Bedeutung gewonnen hat: fortschreitende Digitalisierung bei der Umsetzung des

Pflegeprozesses, zunehmender Einsatz technischer Hilfsmittel zur Unterstützung der Pflege sowie der Wandel zu primär digitalisierten Informations- und Kommunikationstechnologien (z. B. Telecare, Telenursing, Telediagnostik) und Robotik. Zu den größten Herausforderungen gehört schließlich die Intensivierung der Prävention und Gesundheitsförderung auch oder gerade trotz bereits beeinträchtigter Gesundheit und bestehender Pflegebedürftigkeit zur Stärkung der verbliebenen Gesundheit und Teilhabe.

Auf die Zukunft ausgerichtete Perspektiven werden exemplarisch im **vierten Kapitel** aufgezeigt – und dies auf ganz unterschiedlichen Ebenen: So geht es einmal um die noch spärlich vorliegenden Erfahrungen junger Pflegenden und den spürbaren Identitätswandel in der Pflege. Neue Aufgaben und veränderte Verantwortungsspielräume erfordern ein anderes Rollenverständnis und auch andere Kompetenzen in der Pflege. Aus diesem Professionalisierungsprozess heraus entsteht nicht nur eine identitätsstiftende Wirkung, sondern auch eine Organisations- und Konfliktfähigkeit, die der Pflege bisher fehlt. Auch scheint eine Neudefinition der Pflege an der Schnittstelle bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung und je nach Tätigkeit passgenauer Kompetenzzuschnitte der jeweils in einer Einrichtung tätigen Pflegenden in Deutschland unerlässlich. So werden angesichts des eklatanten Personalmangels in der Pflege und als Konsequenz aus jüngsten Studien zur Personalbemessung sogenannte Servicehelfer und Pflegeassistenten/-assistentinnen zunehmend fester Bestandteil des zukünftigen Personal-Mix sein und in Kooperation mit den Pflegefachkräften gemeinsam das Bild der Pflege prägen. Dennoch wird es nach wie vor notwendig sein, zusätzliche Pflegefachkräfte zu gewinnen. Die internationale Fachkräfteakquise ist eine Option, die zunehmend an Gewicht gewinnt, ähnlich wie schon in den 1970er-Jahren. Und schließlich wird auch verstärkt und sehr grundsätzlich über eine Struktur- und Finanzreform der Pflegeversicherung nachzudenken sein, damit Pflege für die Menschen finanzierbar bleibt und Strukturen sich dynamisch nach gewandelten Herausforderungen ausrichten können. Dazu gehören z. B. eine intelligente Steuerung von Prozessen, das Verhältnis von formeller und informeller Pflege, ein sozialräumlicher Quartiersansatz und die Stärkung der Kommunen sowie weitere infrastrukturelle Modellierungen von zukünftig notwendigen Versorgungsszenarien.

All dies ist für eine vorwärtsgerichtete Pflege absolut unabdingbar, wenn sie sich gegenüber anderen Playern in einem sehr dynamischen und stark vom Lobbyismus geprägten Gesundheits- und Pflegewesen behaupten, Strukturen verändern und

Qualität sichern will. Lesende des Buches finden zu vielen dieser Punkte eine Handlungsanleitung und eine Vielzahl von Ideen, die eine dynamische und zukunftsorientierte Pflege mehr denn je braucht. Lassen Sie sich also von den Beiträgen inspirieren und zur Gestaltung der Zukunft animieren.

Prof. Dr. Stefan Görres  
Universität Bremen

## Vorwort

ANDREAS WESTERFELLHAUS

Die Corona-Pandemie hat uns eindrücklich gezeigt, wie systemrelevant Pflegekräfte sind. Durch das Virus wurden uns – wie durch ein Brennglas – Stärken und Schwachstellen in der Versorgung der Pflegebedürftigen sowie Patientinnen und Patienten gezeigt, aber eben auch Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung gegeben. Hier müssen wir ansetzen, um auch künftigen Herausforderungen selbstbewusst und handlungsfähig begegnen zu können.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen stehen immer wieder vor der Herausforderung, von einem auf den anderen Tag die häusliche Pflege neu organisieren zu müssen, z. B. weil der Pflegebedarf sich ändert. Dazu ist ein hohes Maß an Flexibilität bei den ambulanten Pflegeleistungen notwendig. Für die aktuellen, pandemiebedingten Versorgungsprobleme wurde diese Flexibilität punktuell und befristet geschaffen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen benötigen sie jedoch deutlich umfassender und dauerhaft. Im Konzeptpapier zum Entlastungsbudget 2.0 wurde daher ein praktikabler Vorschlag zur Neujustierung der ambulanten Pflegeleistungen vorgelegt. Nahezu alle Leistungen bei häuslicher Pflege sollten demnach in zwei flexibel abrufbaren Budgets, dem Pflege- und Entlastungsbudget, zusammengefasst werden. Zusammen mit einer vertrauensvollen, unabhängigen Beratung vor Ort durch den „Pflege-Ko-Piloten“ werden individuelle und passgenaue Pflegesettings endlich möglich.

Die Pandemie hat es aber auch sehr deutlich gemacht: Pflegekräfte sichern – oft unter schwierigsten Bedingungen – zusammen mit anderen Berufsgruppen die gesundheitliche Versorgung der Menschen in unserem Land. Sie benötigen auch deshalb optimale Arbeitsbedingungen und faire Gehälter, um gute Arbeit zu leisten – wie die Beschäftigten in jeder anderen Branche auch. Pflegekräfte brauchen nicht nur Applaus oder einmalige Boni, sondern vor allem eine flächendeckend attraktive Entlohnung mindestens auf Tarifniveau sowie optimale und familienfreundliche Arbeitsbedingungen. Der Gesetzgeber hat deshalb die Refinanzierung von Tariflöhnen in der Langzeitpflege möglich gemacht. Jetzt sind die Sozialpartner am Zug. In diesem Tarifvertrag sollten neben attraktiven Löhnen insbesondere zeitgemäße Arbeitszeitmodelle vorgesehen sein, denn gute Arbeitsbedingungen sind absolut grundlegend, um Pflegekräfte im Beruf zu halten. 2019 wurde deshalb ein „Projekt



zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege“ gestartet, dass jetzt in einer zweiten Phase in den bundesweiten Roll-out geht.

Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ist darüber hinaus notwendig, um eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen auch in Krisenzeiten sicherzustellen. Mit den Corona-Gesetzen wurde Pflegekräften und anderen Gesundheitsfachberufen mehr Verantwortung durch die Befugnis zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ermöglicht. Dieser Schritt war richtig, da Pflegefachkräfte grundsätzlich zur Übernahme ausgewählter heilkundlicher Aufgaben qualifiziert sind. Und der Gesetzgeber hat diese Kompetenzen nun endlich anerkannt. Es ist deshalb wichtig und richtig, dass das Bundesministerium für Gesundheit einen Strategieprozess gestartet hat, um Aufgaben nach „Können“ zu verteilen – also Pflegekräften mehr Verantwortung zu geben und sie gleichzeitig von pflegefernen Aufgaben zu entlasten. Hier müssen jetzt zügig Ergebnisse geliefert werden. Die Versorgung der Zukunft wird nur mit einem guten Qualifikationsmix und in verstärkter interprofessioneller Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinaus gelingen können.

Diese verschiedenen Maßnahmen der Pflegeberufe werden im vorliegenden Band von den Autorinnen und Autoren in unterschiedlicher Intensität aufgegriffen und sollten weiterhin tatkräftig verfolgt werden.

Andreas Westerfellhaus  
Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung

## Einleitung

# Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet: Aktuelle Tendenzen

JOHANNE PUNDT; MICHAEL ROSENTERER

## Einführung

Anlässlich des 200. Jahrestags des Geburtstags von Florence Nightingale hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Jahr 2020 zum „Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen“ erklärt. Mit zahlreichen Aktionen sollte die Aufmerksamkeit der Weltöffentlichkeit auf die zentrale Bedeutung dieser Berufsgruppen für die Gesundheitsversorgung aller Menschen gerichtet werden (vgl. NursingNow, 2020). Das Bild der „Lady with the Lamp“ nahm der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) zur Metapher: „Florence Nightingale nutzte ihre Lampe, um die Orte zu beleuchten, an denen Pflegenden arbeiteten“ (vgl. DBfK, 2020a). Dabei wird außer Acht gelassen, dass eine ihrer Pionierleistungen vor gut 200 Jahren auch darin bestand, Pflegebedarf und Pflegeevidenz statistisch fundiert „auszuleuchten“ (vgl. ICN, 2020, S. 6).

Auch die Veranstalter/-innen des 11. APOLLON Symposiums, das im Oktober 2019 in Bremen stattfand, nahmen die Pflegepionierin zum Ausgangspunkt ihrer Konzeption. Unter dem Titel der Tagung „Pflege – dynamisch vorwärtsgerichtet“ kamen zahlreiche Experten/Expertinnen verschiedener Disziplinen zusammen, um in Vorträgen und Foren aktuelle Tendenzen und Entwicklungen in der beruflichen Pflege vorzustellen und zu diskutieren.

## Zielsetzung

Damals ahnte niemand etwas von der aufkommenden Gefahr der COVID-19-Pandemie, die im Frühjahr 2020 die gesamte Welt erfasste. Schlagartig rückte die zentrale Bedeutung der Pflegenden und ihre Arbeit in den Mittelpunkt zahlreicher politischer Diskussionen und Beiträge, um sie als „systemrelevant“ zu erkennen. Doch unter den Bedingungen einer Katastrophenlage verschärfte sich die bestehenden Probleme der beruflichen Pflege – die auch thematischer Gegenstand des Symposiums waren – zu einer brisanten Situation in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in allen Bereichen.

Der Applaus von den Balkonen für die Pflegenden als „Helden des Alltags“, der von Politikvertreterinnen und -vertretern gewährte Pflegebonus für bestimmte Gruppen in der Pflege während der Pandemie und die damit zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung können allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese zentrale Berufsgruppe mehr benötigt, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können: nämlich die Mobilisation nationaler Ressourcen für mehr Pflegeexpertinnen und -experten, eine angemessene Entlohnung, mehr berufliche Autonomie und Mitsprache in der Gesundheitsversorgung, mehr Wertschätzung sowie eine innovative Weiterentwicklung des Berufsfelds (vgl. NursingNow, 2020).

Obwohl seit Langem bekannt, unterstrich der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege Andreas Westerfellhaus aus aktuellem Anlass diese Schwierigkeiten, denn er sieht „die Corona-Pandemie als Brennglas“ (Westerfellhaus, 2020, S. 6) für die Pflegebranche, da ihre Problemfelder nun präsenter ins öffentliche Bewusstsein gerückt werden.

Diese Problemfelder mit ihren vielfältigen Herausforderungen betreffen u. a.:

- die Arbeitsbedingungen der Pflegenden (z. B. Arbeitsverdichtung und Zeitdruck sowie atypische Arbeitszeitlagen) (vgl. BMG, 2020; Schmucker, 2019)
- die damit verbundenen physischen und psychischen Belastungen (vgl. Rothgang et al., 2020; Feldmann, 2018)
- den Fachkräftebedarf (Rekrutierungsengpässe) mit den zu erwartenden Versorgungslücken in der Langzeitpflege (vgl. Jacobs et al., 2019)
- die Zunahme der Pflegebedürftigen und ihre Unter- und Fehlversorgung (vgl. StBA, 2020)
- den strukturellen Reformbedarf der Pflegeversicherung (vgl. Jacobs et al., 2020)
- die Notwendigkeit und Forcierung der akademischen Pflege (vgl. Ewers/Lehmann, 2019; Kälble/Pundt, 2016)
- die Bedarfslagen in häuslichen Pflegearrangements (vgl. Büscher, 2020)

Mit dieser Aufzählung sind nur einige der zahlreichen unbeantworteten Fragen angeführt. Doch selbst wenn die Probleme in der Pflege, ihre Ursachen und möglichen Lösungsansätze erkannt werden, sollten über Pflegereformen hinausgehende, hand-

lungsweisende Weichenstellungen in den Steuerungs-, Finanzierungs- und Leistungsstrukturen vorgenommen werden. Denn es wird nicht ausreichen, Probleme zu benennen, Absichten zu erklären und punktuelle Maßnahmen zu ergreifen, um den drohenden Kollaps der Profession in der ambulanten, stationären und häuslichen Pflegeversorgung abzuwenden. Vielleicht ist es illusorisch, von der „Konzertierten Aktion Pflege“ der Bundesministerien für Gesundheit, für Arbeit und Soziales sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (vgl. BMG, 2020) nach drei Jahren Laufzeit mehr zu erwarten (vgl. DBfK, 2020b).

Der Kollaps der Pflege ist nur deshalb noch nicht eingetreten, weil die Beschäftigten im Pflegealltag über ihre physischen und psychischen Grenzen hinausgehen, ohne den „Teufelskreis“ von Arbeitsbelastung, Erschöpfung und Krankheit sowie Personalmangel durchbrechen zu können (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 20, 137). Die Paradoxie besteht darin, dass sich nicht mehr Personal für diesen Beruf gewinnen lässt, ohne diese Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Über die Notwendigkeit, neue Ansätze und Potenziale in der Pflege zu implementieren, weil die Probleme in der pflegerischen Versorgung drängender werden, besteht fachlicher und politischer Konsens, wie in etlichen Publikationen nachzulesen ist (vgl. z. B. Rothgang et al., 2020; BMG, 2020; Jacobs et al., 2019; 2020; Wissenschaftsrat, 2012).

Wenn die Arbeitsbedingungen in der Pflege – und damit die Sicherheit und Qualität der pflegerischen Versorgung – verbessert werden sollen, wird es nicht ausreichen, mantraartig immer wieder die offensichtlichen Probleme und die dazugehörigen „Patentlösungen“ zu benennen. Vielmehr sollte es darum gehen, Chancen, Innovationen und Entwicklungen zu erkennen, gegebenenfalls zu akkommodieren, sie zu implementieren und zu evaluieren. Hierzu sind umfassende, vor allem langfristig angelegte und methodisch hochwertige wissenschaftliche Untersuchungen und Publikationen erforderlich.

Um diese Lücke zu schließen, bietet es sich an, die unterschiedlichen Themen der beruflichen Pflege in diesem Themenband genauer zu betrachten und die verschiedenen Sichtweisen der Autorinnen und Autoren in den Fokus zu rücken. Dabei sollen sowohl auf Basis der bestehenden Versorgungssituationen und der bisherigen Erfahrungen Bilanz gezogen als auch Perspektiven für mögliche Weiterentwicklungen im Pflegeversorgungsprozess aufgezeigt werden. Um den skizzierten Entwicklungen und dem damit verbundenen Strukturwandel adäquat zu begegnen, soll die vorlie-

gende Publikation ganz bewusst eine umfassende inhaltliche Bandbreite aufzeigen und die verschiedenen Akteurinnen und Akteure in den unterschiedlichen wissenschaftlichen und praktischen Arbeitsfeldern ansprechen.

## Gliederung der Beiträge

Vier Themenblöcke strukturieren die insgesamt 17 Beiträge, die in Form einer Einstimmung in das Thema mit Vorworten von **Stefan Görres** und **Andreas Westerfelhaus** beginnen.

Den Auftakt des **I. Abschnitts** bilden vier Texte zur *Pflege heute: Hintergründe und berufliche Situationen*. Die Pflegewissenschaftlerin **Sabine Bartholomeyczik** startet mit einer kritischen Betrachtung der Pflegetheorie in der Praxis und der Gesundheitspolitik, indem sie trotz aller bisherigen Bemühungen, die Rahmenbedingungen für die Pflegenden zu verbessern (z. B. Akademisierung, Verkammerung), eine „innere Professionalisierung“ mit einer beruflichen Identität anmahnt. Dieser Appell ist älter, wird aber dennoch nicht gehört und gerät insbesondere aufgrund gewachsener Machtstrukturen innerhalb der Gesundheitsberufe immer wieder in den Hintergrund, anstatt ihn energisch und beharrlich durchzusetzen und damit auch die Abgrenzungsthematik gegenüber anderen Gesundheitsberufen zu verfestigen. Dieses Thema findet im folgenden Beitrag Fortsetzung. Die langjährige Vizepräsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe **Gertrud Stöcker**, die sich seit mehr als 30 Jahren für die Aufwertung des Pflegeberufs – insbesondere im Bereich der Pflegebildung – engagiert, konzentriert sich in ihrem Text auf die Europäisierung pflegeberuflicher Bildung, die sie als „ein absolutes Muss“ ansieht. Sie stellt die Problematik des deutschen Ausbildungsmodells im internationalen Vergleich dar, beschreibt integrative Lösungswege und betont die notwendige Vereinheitlichung und Harmonisierung der Ausbildungen in den Pflegeberufen. Schon lange wird über die Zusammenarbeit der Pflegenden mit anderen Berufsgruppen diskutiert und das interprofessionelle Lernen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe findet dabei besondere Beachtung. Zu diesem Thema berichten **Ronja Behrend**, **Mareen Machner** und **Harm Peters** in ihrem Beitrag, indem sie den aktuellen Stand in Deutschland beleuchten und unterschiedliche vorherrschende Qualifikationswege der heterogenen Berufs- und Ausbildungskulturen vorstellen, die immer noch ein Hindernis in der Patientenversorgung sein können. Interprofessionelle Lehre wird

zunehmend in den Ausbildungen und Studiengängen, aber auch in den Weiterbildungen der Gesundheitsberufe in Form von curricularen und extracurricularen Angeboten erprobt, sodass das Autorenteam sich dafür stark macht, bereits Erreichtes aus verschiedenen (Pilot-)Projekten zu verstetigen, interprofessionelle Lehre konsequenter in die Curricula zu integrieren und Inhalte miteinander zu vernetzen, damit diese Maßnahmen schlussendlich zur Selbstverständlichkeit für alle Lernenden der Gesundheitsberufe werden. Handlungsbedarf in Richtung der Pflegekammern sehen die Autorinnen **Nora Wehrstedt von Nessen-Lapp** und **Anja Wiedermann**, die am Beispiel der Pflegekammer Niedersachsen den Aufbau und Nutzen solcher berufsständischen Vertretungen sowohl für die Berufsgruppe der Pflegenden als auch für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung darlegen. Vor dem Hintergrund des europäischen Auslands richten sie ihren Blick auf die Ebenen von Bund und Ländern und stellen die Bedeutung von Pflegekammern u. a. für die Attraktivität und Ausbildungsqualität der Pflegeberufe und damit für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsqualität heraus, nicht ohne auch die in der Diskussion formulierte Kritik zu erörtern. Trotz der Bedeutung selbstverwalteter Kammern für die Professionalisierung der Pflegeberufe hat das Land Niedersachsen die politische Entscheidung getroffen, seine Pflegekammer aufzulösen. Zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Bands (Frühling 2021) liegt der Gesetzesentwurf des Bundeslandes Niedersachsen zur Auflösung der jüngst ins Leben gerufenen Pflegekammer vor (vgl. ZEIT Online, 2020).

Abschnitt II nimmt die *Probleme der pflegerischen Versorgung* ins Visier, in dem sich als erstes **Klaus Wingenfeld** der Frage nach der zentralen Rolle der Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung stellt. Dies ist zwar seit Langem hinlänglich bekannt, aber es gibt neue Konzepte. So stellt der Autor transparent und präzise die seit 2019 eingeführten Qualitätsbeurteilungen dar, bettet sie in die rechtlichen Regulierungen ein und beschreibt anhand der stationären Langzeitpflege, der ambulanten und auch teilstationären Pflege, welche Prüfverfahren mit welchen Widrigkeiten und Besonderheiten wie umgesetzt werden. Er appelliert, die damit zusammenhängenden organisatorischen und fachlichen Herausforderungen gerade in Pandemiezeiten ernst zu nehmen, um erneut über Pflegequalität nachzudenken. Die Pflegedienstleiterin **Andrea Albrecht** stellt ein mitarbeiterorientiertes Arbeitszeitmodell in der stationären Pflegeversorgung vor. Zahlreiche Publikationen haben die Probleme der Dienstplangestaltung im Schichtdienst und die gestörte Work-Life-Balance thema-

tisiert. Die Folgen sind eine stetige Zunahme der Teilzeitquoten und Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen. Deshalb beschreibt die Autorin am Beispiel ihres Krankenhauses Lösungswege über sogenannte „Flexpools“, die die Flexibilität der Dienste ermöglicht, die Arbeitsmotivation der Pflegenden steigert und die Bindung an die Klinik erhöht.

Dem Problem der Personalgewinnung widmet sich **Aleksandr Vogelsang** aus einer Perspektive des strategischen Personalmanagements. Seit 2014 wirbt ein Unternehmen, dem der Autor vorsteht, Pflegefachkräfte aus dem europäischen Ausland an. Die Erfahrungen eines mittelständischen Pflegedienstleiters bei der Akquise ausländischer Fachkräfte wird entlang der einzelnen Schritte von der Anwerbung über die Sprachkurse bis hin zur Einarbeitung und unter Beachtung der zahlreichen gesetzlichen Vorgaben dargestellt. Diese Ergebnisse unterlegt der Autor anhand deskriptiver Daten, die im Verlauf der Anwerbungsprozesse und Beschäftigungsverhältnisse entstanden sind.

Die besondere Relevanz von pflegenden An- und Zugehörigen wird im folgenden Beitrag von **Adina Dreier-Wolfgramm, Stefan Teipel** und **Ina Zwingmann** dargestellt. Dabei wird diese zentrale Ressource der Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen diskutiert. Das Autorenteam widmet sich zunächst einer Begriffsbestimmung dieser Zielgruppe und präzisiert fundiert Belastungen für Familie, Beruf und soziale Beziehungen, die aus einer Pflegeaufgabe im häuslichen Umfeld erwachsen können. Sodann reflektieren sie die aktuell bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsangebote und zeigen die Notwendigkeit der multimodalen Unterstützung am Beispiel von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz auf. Da die Bereitschaft in der Familie, Verantwortung für einen von Pflegebedürftigkeit betroffenen Angehörigen zu übernehmen, weiterhin hoch ist, wird von den Autoren/Autorinnen der Ansatz eines „GeriCoach“ angeregt, der gegenüber dem schwierigen Krankheitsbild der Demenz eine passende Angebotslücke darstellt. Die Autorinnen **Gabriele Müller-Mundt, Silke Freihoff** und **Wenke Walther** präsentieren in ihrem Text das komplexe, sensible und hochrelevante Versorgungskonzept der „Palliativ Care“ und zeigen auf, wie sich aus dem bürgerschaftlichem Engagement der Hospizbewegung die heutige Versorgung Sterbender und die Schmerzinitiative der WHO entwickelt haben. Eine adäquate palliative Versorgung können wir uns aus dem heutigen Versorgungsgeschehen nicht mehr wegdenken, da sie die Lebensqualität und die soziale Teilhabe schwerstkranker Menschen weitmöglichst gewährleistet und die

Bereiche Würde, Autonomie und Selbstbestimmung zu Maximen macht. Die strukturelle Integration der Palliativversorgung in die Versorgungsprozesse wird von den Autorinnen in der Hinsicht betont, dass sie neben der Darstellung der Institutionen und der Ressourcen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung ebenso die Aufnahme in die Regelversorgung für wichtig halten und damit auch die speziellen Versorgungsherausforderungen für besondere Zielgruppen „am Lebensende“ als beachtenswert ansehen.

Mit vier Beiträgen des **III. Abschnitts** möchten die Autorinnen und Autoren anhand *verschiedener Beispiele pflegerische Interventionen* vorstellen. Zwei dieser Handlungsansätze finden sich als konkrete Vorgaben im elften Sozialgesetzbuch (SGB XI). Das SGB XI enthält die leistungsrechtlichen Bestimmungen der Pflegeversicherung und bildet somit die rechtliche Grundlage für deren Finanzierung sowie die Bestimmung von Ansprüchen auf pflegerische Leistungen ab einem bestimmten Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit über eine gewisse Dauer hinweg (vgl. §§ 14, 15 SGB XI). Mit der Neubestimmung des sogenannten Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 01.01.2017 wurden der Erhalt der Befähigung zur selbstbestimmten Lebensführung und zur sozialen Teilhabe zentrale Aspekte.

Mit ihrem Beitrag zeigt die Pflegewissenschaftlerin **Nina Fleischmann** die Rahmenbedingungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der stationären Altenpflege auf. Die lebensweltliche Situation von Altenheimbewohnerinnen und -bewohnern ist oftmals durch sozioökonomische Risiken bei einer komplexen gesundheitlichen Versorgungssituation charakterisiert. Die Pflegekassen sind nach § 5 SGB XI verpflichtet, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen zu erbringen. So benennt der Leitfaden des GKV-Spitzenverbands (GKV-Spitzenverband, 2018) zentrale Aspekte für die Entwicklung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in fünf Handlungsfeldern: Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt. Dabei kommt den Pflegefachpersonen ein essenzieller Beitrag zu, da sie die intensivsten Kontaktzeiten zu Bewohnerinnen und Bewohnern haben. Damit sie diesen Anforderungen gerecht werden können, bedarf es entsprechender Qualifikationen und eines adäquaten Arbeitsumfelds, in dem gesundheitsförderliche Einstellungen und Verhaltensweisen gelebt werden können.

Ebenfalls auf der Grundlage des SGB XI widmet sich **Jörg Hallensleben** der Frage nach der Qualität der Pflegeberatung durch ambulante Pflegedienste. Nach § 37



SGB XI haben pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen nicht nur einen Anspruch auf regelmäßige Pflegeberatung, sondern auch die Verpflichtung, diese als Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld wahrzunehmen. Beratung und Kontrolle gehen hier Hand in Hand, denn einerseits soll die Beratung die Pflegequalität sicherstellen, andererseits können Sanktionsmittel wie die Kürzung des Pflegegeldes die Folge sein. Aufbauend auf einem Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und den aktuellen Forschungsstand fokussiert der Autor auf die Qualität der Pflegeberatung durch unterschiedliche Dienstleister und unter den Ausnahmerebedingungen der COVID-19-Pandemie.

Eine Anregung für alternative Pflegekonzepte ist die „Buurtzorg“. So skizziert **Barbara Mayerhofer** das in den Niederlanden entwickelte Pflegemodell, das einerseits als integrierte Versorgungsmöglichkeit im häuslichen Umfeld die Patientenselbstständigkeit fördern und andererseits den ambulanten Pflegeberuf an Attraktivität aufwerten soll. Die Autorin bewertet „Buurtzorg“ kritisch und versucht die dahinterstehenden Versorgungsprozesse und Pflegemaßnahmen auf deutsche Verhältnisse zu übertragen, indem sie die gesetzlichen Bestimmungen, die speziellen hierarchischen Strukturen und auch den Umgang mit Pflegebedürftigen in Deutschland in Beziehung zur Non-Profit-Organisation „Buurtzorg“ setzt. Zwar ist diese Versorgungsform inzwischen in zwei Bundesländern mit Pilotteams zur Umsetzung des Projekts und seiner Philosophie aktiv unterwegs, um die vier Säulen Selbstpflege-Ressourcen des Patienten, informelle Netzwerke, Buurtzorg Pflege team und formale Netzwerke zu realisieren, allerdings verbergen sich nach Aussagen der Autorin dahinter neben Chancen für die ambulante Pflegeversorgung insbesondere Risiken aufgrund gesetzgeberischer Hindernisse und der hierzulande üblichen Deckelung der Pflegekosten. Eine anstehende Evaluation der bisherigen Erfahrungen mit „Buurtzorg“ wird in den nächsten Jahren mehr Klarheit und ggf. eine richtungsweisende Haltung gegenüber Pflegebedürftigen und ambulanten Pflegekräften aufzeigen können.

**Björn Sellemann** ist zwar kein Informatiker, aber der diplomierte Pflegewirt hat sich in weiterführenden Studien zum Fachmann für Gesundheitsinformatik spezialisiert. So beschäftigt sich sein Beitrag mit den digitalen Anwendungsfeldern künstlicher Intelligenz in der Pflege. Er hebt hervor, dass die Digitalisierung längst keine Utopie mehr ist, sondern pflegerische Realität. Doch wie können die umfangreichen Datenmengen, die beispielsweise bei der Pflegedokumentation entstehen, zur Vereinfachung pflegerischer Routinen und zur Verbesserung der Pflegequalität und da-

mit schließlich zur Generierung neuen Wissens genutzt werden? Anhand eines Projektberichts gibt der Autor einen Eindruck der logarithmischen Herausforderungen. Dabei wird deutlich, dass Digitalisierung und künstliche Intelligenz dem Pflegepersonal abermals neuartige Qualifikationen abverlangen, der Faktor Mensch letztlich aber unersetzlich und bestimmend bleibt.

Der **IV. Abschnitt** zeigt mit vier Beiträgen mögliche *Perspektiven für die Entwicklung der Pflege* und ihre Stellung unter den Gesundheitsberufen auf. **Thomas Klie** nimmt im Zuge der Darlegung zur Struktur- und Finanzreform der Pflegeversicherung zunächst den Pflegemarkt – insbesondere im Hinblick auf die Ausweitung von Pflegeimmobilien – kritisch unter die Lupe. Er bezieht sich auf pflegepolitische Reformoptionen in Bezug auf die COVID-19-Pandemie und vertritt den Standpunkt, dass „sich weder die Appendix-Funktion der sozialen Pflegeversicherung für die gesetzliche Krankenversicherung als hilfreich erweist, noch dass die Pflegeversicherung eine flächendeckende und subsidiär ausgerichtete Pflegeinfrastruktur gewährleistet“ (vgl. Kap. 14).

Einen Erfahrungsbericht über die Aktivitäten junger Pfleger und ihrer Arbeit an einer genuin pflegerischen Identität gibt **Ricarda Möller**, die sich u. a. im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfG) engagiert. Welche Rolle wird der jungen Generation von Pflegenden zugeschrieben und welche sind sie bereit zu übernehmen? Mit regionalen „Pflegestammtischen“ in der gesamten Bundesrepublik, Aktionen wie dem „Walk for Care“ und Kulturwerkstätten demonstriert eine Anzahl gut vernetzter „Pflegeaktivisten“, dass sie nicht mehr bereit sind, sich als passive Verfügungsmasse in gesellschaftlich unverzichtbarer Funktion unter politischer Gängelung behandeln zu lassen. Kennzeichnend für diese junge, kreative, spontane und aktive Bewegung sind die Liebe zum Pflegeberuf, eine professionelle Auffassung von Pflege und ein hohes Maß an Medienkompetenz hinsichtlich der Nutzung sozialer Medien.

Völlig andere Perspektiven außerhalb der Pflege und zugleich mit der Pflege als relevanten Aspekt nehmen die beiden letzten Beiträge dieses Bandes ein. **Stefanie Rieder-Hintze** und ihre Ko-Autorin **Almut Satrapa-Schill** stellen – ebenfalls in einem Erfahrungsbericht – das Modell der Servicehelfer/-innen vor und diskutieren deren Nutzen für das deutsche Gesundheits- und Sozialwesen. Im Jahr 2007 startete die Robert Bosch Stiftung ein Modellprojekt, in dem junge Menschen mit schlechten Schulabschlüssen nachqualifiziert und für eine Tätigkeit als Servicehelfer/-innen mit

staatlicher Anerkennung ausgebildet wurden. Mit dem Ablauf der Laufzeit übernahm der Verein „Caro Ass“ die Fortführung des Projekts. In der Schweiz schließt die zweijährige Ausbildung mit dem eidgenössischen Berufsattest „Assistent/-in Gesundheit und Soziales“ ab. Was in Deutschland noch Modellcharakter hat, ist in der Schweiz Versorgungsrealität: Dort sind Sozialassistenten und -assistentinnen Teil des Qualifikationsmix in den verschiedenen Versorgungseinheiten und entlasten z. B. die Pflegefachkräfte, indem sie Bewohner/-innen, Patientinnen und Patienten bei ihren Alltagsaktivitäten unterstützen. Gleichzeitig stellen sie ein potenzielles Reservoir für die Rekrutierung von Auszubildenden in den Pflege- und Pflegeassistentenberufen dar.

Mit dem letzten Beitrag dieses Bands schlägt der Rechtswissenschaftler **Gerhard Igl** den großen Bogen zur Positionierung der Pflege im Konzert der Gesundheitsberufe. Damit eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch in Zukunft gewährleistet sein wird, sollte die Ausbildung der Gesundheitsberufe zukunftsgerecht aufgestellt werden. Außerdem sind strukturelle Bedingungen zur Förderung von interdisziplinärem Dialog und Kooperation zu schaffen. Der Autor stellt fest, dass die Gründung des Nationalen Gesundheitsberuferrats den relevanten Akteurinnen und Akteuren im Gesundheits- und Bildungswesen ein neutrales Forum des Dialogs untereinander und mit der Politik bieten könnte.

Im anschließenden Ausblick entwickelt der Mitherausgeber **Michael Rosentreter** ausgehend von dem Pandemiegeschehen und den Belastungen für die Pflegenden Prämissen und Perspektiven, damit „die Pflege“ ihren Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung auch zukünftig professionell wahrnehmen kann.

## Danksagung

Da Publikationen dieser Art einen längeren Vorlauf haben, wurden die Herausgeber/-innen und Autoren/Autorinnen in der Buchkonzeption von COVID-19 überholt. Deshalb konnten zahlreiche Beiträge keinen Bezug zur Einschätzung dieser Krisensituation – gerade im Hinblick auf die Pflege – herstellen, wenngleich etliche Texte dennoch den Reform- und Innovationsbedarf in der beruflichen Pflege verdeutlichen. Das Herausgaberteam hofft deshalb sehr, dass dieses Buch die Diskussionen bereichern wird. Die durch die Pandemie ins Katastrophale verschärfte Situation der Pflegeberufe und der pflegerischen Versorgung verweist auf schmerzhaft Weise auf

die Notwendigkeit, diesen Diskurs fortzuführen. Wir wünschen uns deshalb, dass dieser Publikation weitere folgen, denn nur so kann eine Fortsetzung der Debatte um eine patienten- und bewohnerorientierte Pflege zielführend sein. Unser Wunsch ist es zudem, dass Diskussionen angestoßen werden und mögliche Erfahrungen aus der COVID-19-Krisenbewältigung dazu beitragen können, mit Courage, Beherztheit und Engagement auf eine baldige Besserung zu setzen.

Unser besonderer Dank gilt den beteiligten Autorinnen und Autoren für ihre konstruktive und kollegiale Zusammenarbeit. Ein Herausgeberwerk dieser Art ist immer auf die Mithilfe der Autorinnen und Autoren angewiesen, was hier professionell und gut verlaufen ist. Freilich muss betont werden, dass jede Autorin und jeder Autor in dieser Publikation ihre bzw. seine eigene Position zum Thema wiedergibt.

Ebenso danken wir dem Verlag APOLLON University Press und den Lektorinnen Corinna Dreyer und Julia Gwiasda, die das Buch konsequent lektoriert und geduldig begleitet haben, die uns wertvolle Anregungen gaben und denen ein großer Anteil bei der technischen Erstellung oblag.

Johanne Pundt, Michael Rosentreter

Bremen, im Januar 2021

## Literatur

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020). *Konzertierte Aktion Pflege. Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5.*  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-11-13\\_1\\_Bericht\\_zum\\_Stand\\_der\\_Umsetzung\\_der\\_KAP.PDF](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-11-13_1_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_KAP.PDF) (29.01.2021).
- Büscher, A. (2020). *Bedarfslagen in der häuslichen Pflege.* In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung.* Berlin: Springer, S. 56–63.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020a). *2020 – Internationales Jahr der Pflegenden und Hebammen.* <https://www.dbfk.de/de/presse/2020-jahr-der-pflegenden-und-hebammen/index.php> (22.01.2021).
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020b). *Konzertierte Aktion Pflege: Es gibt noch viel Handlungsbedarf.* <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2020/konzertierte-aktion-pflege-zwischenbilanz.php> (22.01.2021).
- Ewers, M./Lehmann, Y. (2019). *Hochschulqualifizierte Pflegenden in der Langzeitversorgung?!* In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer, S. 167–177.
- Feldmann, J. (2018). *Stress und Arbeitsdruck nehmen zu. Die Situation von Pflegekräften in Deutschland.* *baua: Aktuell*, 2, S. 18.

- GKV-Spitzenverband (2018). *Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI*. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention/praevention\\_leitfaden/Leitfaden\\_Praevention\\_2020\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf) (04.2.2021).
- ICN – International Council of Nurses (2020). *Nurses: A Voice to lead. Nursing the World to Health*. [https://www.dbfk.de/media/docs/presse/Die-Welt-GESUND-PFLEGEN-Auszuege-aus-dem-Handbuch-zum-Tag-der-Pflegenden\\_deutsch.docx.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/presse/Die-Welt-GESUND-PFLEGEN-Auszuege-aus-dem-Handbuch-zum-Tag-der-Pflegenden_deutsch.docx.pdf) (22.01.2021).
- Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.) (2020). *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin: Springer.
- Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.) (2019). *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer.
- Kälble, K./Pundt, J. (2016). *Pflege und Pflegebildung im Wandel – Der Pflegeberuf zwischen generalistischer Ausbildung und Akademisierung*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus*. Schattauer: Stuttgart, S. 37–50.
- NursingNow (2020). *Informationsblatt: Schlüsselbotschaften für das Internationale Jahr der Pflegenden und Hebammen 2020*. <https://www.dbfk.de/media/docs/presse/Schlüsselbotschaften-Jahr-der-Pflegenden-und-Hebammen-2020.pdf> (22.01.2021).
- Rothgang, H./Müller, R./Preuß, B. (2020). *Barmer Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen*. <https://www.barmer.de/blob/270028/6b0313d72f48b2bf136d92113ee56374/data/dl-report-komplett2020.pdf> (29.01.2021).
- Schmucker, R. (2019). *Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer, S. 49–59.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2020). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stemmer, R./Büker, C./Holle, B./Köpke, S. et al. (2019). *Der Beitrag der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft angesichts zukünftiger Herausforderungen*. *Pflege & Gesellschaft*, 24 (1), S. 60–74.
- Westerfellhaus, A. (2020). *Die Corona-Pandemie als Brennglas. Interview*. *Monitor Pflege*, 3, S. 6–8.
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. [https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=1) (29.01.2021).
- ZEIT online (2020). *Regierung: Gesetz zur Auflösung der Pflegekammer*. Artikel vom 03.11.2020. <https://www.zeit.de/news/2020-11/03/regierung-gesetz-zur-aufloesung-der-pflegekammer#:~:text=Der%20Gesetzentwurf%20sieht%20vor%2C%20dass,K%C3%BCndigen%20von%20Vertr%C3%A4gen%20E2%80%93%20zu%20erledigen> (27.01.2021).

I

Pflege heute: Hintergrund und  
aktuelle berufliche Situationen



# 1

## Pflegetheorie: Bedeutung für Praxis und Gesundheitspolitik

SABINE BARTHOLOMEYCZIK

Trotz des politischen Konsenses, dass die Pflege weiterentwickelt werden muss, wird wenig über die inhaltliche Eigenständigkeit der Pflege in der Gesamtheit der gesundheitlichen Versorgung diskutiert. Deshalb versucht dieser Beitrag zu begründen, dass alle Bemühungen um die Entwicklung der Pflege, vor allem um ihre Professionalisierung, nur wenig nachhaltig sein können, wenn nicht neben den immer wieder hervorgehobenen Rahmenbedingungen Kompetenzen, Verantwortungsbereiche und die zugrunde liegende Bildung umfassend geändert werden und wenn dies nicht auf einem gemeinsamen professionellen Selbstverständnis, einer Theorie der Pflege, aufbaut. Praxisbeispiele und Aspekte der Gesundheitspolitik sollen die Auswirkungen eines fehlenden vertieften Theorieverständnisses der Pflege zeigen.

### 1.1 Einführung: Das öffentliche Bild der Pflege

Auch wenn seit der Existenz der Bundesrepublik Deutschland – mit Ausnahme weniger Jahre der Nachwendezeit – immer wieder über einen eklatanten Mangel an Pflegepersonal geklagt wurde und mancherlei Maßnahmen ergriffen wurden (z. B. 1993 die PPR), so gab es wohl noch nie so viel politische Aufmerksamkeit für die Pflege wie seit dem Frühjahr 2018. Im Bundesgesundheitsministerium (BMG) existiert mit dem Staatssekretär als Pflegeverantwortlichem erstmals eine Person mit Pflegehintergrund, der im Übrigen zuvor Funktionär eines Pflegeberufsverbandes war. Neben einigen ohnehin überfälligen Gesetzen zur inhaltlichen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (SGB XI) gab es eine ressortübergreifende Konzertierte Aktion Pflege (KAP), für die sich drei Ministerien mit ihren leitenden Köpfen in der Öffentlichkeit „konzertierend“ zeigten: Das BMG (CDU), das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (SPD) und das Ministerium für Arbeit und Soziales (ebenfalls SPD). Dieses „Konzert“ möchte mit seinen 2019 veröffentlichten Vereinbarungen – in Stichworten: mehr Personal, eine bessere Ausbildung und eine bessere Bezahlung –



durch eine so zu erreichende Aufwertung der Pflege dem Pflegepersonalmangel in allen Bereichen abhelfen (KAP, 2019).

Der vorliegende Text wird in Zeiten der „Corona-Krise“ geschrieben, wo der Ruf nach Anerkennung der Pflege sehr laut geworden ist, wo Pflegende in Krankenhäusern vor allem in der Intensivpflege zu Helden bei der Bekämpfung einer todbringenden Krankheit stilisiert und Pflegende in Altenheimen als systemerhaltende Retter alter Menschen beklatscht werden. Dem gesellt sich langsam der Ruf nach besserer Bezahlung hinzu, zunächst nur als Zulage für die anstrengenden „Corona-Zeiten“, aber schließlich auch für eine langfristige bessere Bezahlung.

In dieser Öffentlichkeitsreaktion spiegeln sich die beiden Bilder der Pflege als Beruf, die ziemlich gegensätzlich, aber doch persistierend sind, wider. Auf der einen Seite wird die Pflege im Krankenhaus betrachtet als Tätigkeit, die die lebensrettende Arbeit von Ärzten unterstützt, die in diesem Zusammenhang gute Fachkenntnisse verlangt und intellektuell anspruchsvoll ist. Ergänzend zu der naturwissenschaftlich orientierten Arbeit der Ärzte darf diese Pflege auch verstärkte Zuwendung und Fürsorge enthalten. Auf der anderen Seite wurde in der politischen Diskussion über die Pflege der letzten Jahre sehr häufig nur die Langzeitpflege als eine Versorgungsform für alte und gebrechliche Menschen verstanden. Verbunden mit dieser Arbeit sei eine geduldige Zuwendung, für die nur eine geringe fachliche Fundierung erforderlich sei.

Als Beispiel für diese Auffassung sei der Präsident der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände genannt, der sich anlässlich der Ausbildungsreformen ähnlich – wie andere vor ihm – äußert: „Arbeitgeberpräsident Ingo Kramer hat vor einer Verschärfung des Pflegenotstandes durch überzogene Ausbildungsanforderungen für Pflegekräfte gewarnt. ‚Wir brauchen junge Menschen mit normalen Schulnoten, aber viel Herzenswärme und Geduld gerade in der Altenpflege.‘ (...) ‚Wenn wir sie mit Anforderungen eines Studiums ‚Medizin light‘ abschrecken und überfordern, verschärfen wir den Pflegenotstand.‘“ (Ärzteblatt, 2018). Er bezieht sich damit laut Ärzteblatt auf die reformierten Pläne für die Pflegeausbildung, die ab 2020 gelten. Interessant ist bei derartigen Aussagen, dass bessere als „normale Schulnoten“, die vielleicht als Wissen und theoretische Kenntnisse interpretiert werden können, als Gegensatz von „Herzenswärme“ und Geduld angesehen werden. Es wird der Eindruck vermittelt, als würde eine intellektuelle Auseinandersetzung oder vielleicht auch nur eine gute Wissensbasis Fähigkeiten zur Empathie oder auch Geduld

vertreiben. Außerdem scheint typisch zu sein, dass mehr Wissen und Kenntnisse in der Gesundheitsversorgung nur mit Medizin verbunden werden können, wenn hier von einem Studium „Medizin light“ gesprochen wird. Die Pflegewissenschaft ist in diesem Kontext nicht existent, weil sie scheinbar nicht bekannt ist. Bedeutet diese Auffassung, dass Ärzten wegen ihres langen Studiums Empathie grundsätzlich abgesprochen werden muss?

Die Intention dieses Beitrags besteht im Grunde in der Vergegenwärtigung einer alten These: Alle Bemühungen um die Entwicklung der Pflege, vor allem um ihre Professionalisierung, können nur wenig nachhaltig sein, wenn nicht neben den genannten Rahmenbedingungen in der Pflege Kompetenzen, Verantwortungsbereiche und die zugrunde liegende Bildung umfassend geändert werden und wenn dies nicht auf einem gemeinsamen professionellen Selbstverständnis, einer Theorie der Pflege, aufbaut. Dies scheint noch keineswegs erreicht zu sein. Beklagt wird beispielweise die mangelnde kognitive Identität (vgl. Schroeter, 2019) oder eine unzureichende disziplinäre Klarheit (vgl. Remmers, 2014). Diese beiden Quellen beziehen sich zwar vor allem auf die Wissenschaft von der Pflege, die Kennzeichnungen betreffen aber genauso die Praxis. Trotz der notwendigen Distanz zwischen Wissenschaft und Praxis sind beide Dimensionen dieser Disziplin miteinander verflochten. Die Unklarheit der einen Dimension – Pflegepraxis – wirkt sich auf die Unklarheit der anderen – Wissenschaft – direkt aus, und umgekehrt. Es ist nicht nur die disziplinär-inhaltliche Entwicklung der Wissenschaft, die dem strukturellen Aufbau der Akademisierung hinterherhinkt (vgl. Stemmer et al., 2019), sondern es ist auch die inhaltliche Entwicklung, Begründung und Abgrenzung der pflegerischen Versorgungsaufgaben im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsversorgung, die der inzwischen weitreichenden Diskussion um Rahmenbedingungen (Personalausstattung, Bezahlung) hinterherhinkt. Remmers ordnet die Pflegewissenschaft den Handlungswissenschaften zu – wie z. B. die Medizin oder die Sozialarbeitswissenschaft – und fordert, dass das „Prinzip einer Disziplinarität der Pflegewissenschaft aus einem identitätsstiftenden Kern pflegerischer Arbeitsprozesse abzuleiten“ sein müsse (vgl. Remmers, 2014, S. 15). Dieser Kern pflegerischer Arbeitsprozesse ist jedoch wenig sichtbar, recht heterogen und daher wenig identitätsstiftend. Die äußere Professionalisierung in Form von Akademisierung, Kammerbildung etc. kann nicht bestehen, wenn ihr nicht eine innere Professionalisierung mit einer beruflichen Autonomie (vgl. Hülsken-Giesler, 2017), basierend auf einem identitätsstiftenden Kern, zuteilwird.

## 1.2 Pflege Theorie als Pflegeverständnis

Als Grundlage einer inneren Professionalisierung wird ein gemeinsames Theorieverständnis für die Pflege als Kern der Disziplin gefordert. Zunächst soll erläutert werden, was hier als Pflege Theorie in diesem Sinne verstanden wird und was das für die Pflegepraxis bedeutet.

### 1.2.1 Pflege Theorie

Es ist davon auszugehen, dass bei den Pflegenden in der Praxis ein Pflegeverständnis vorherrscht, das vor allem bestimmte, meist körpernahe Tätigkeiten in den Mittelpunkt rückt und Pflegekompetenz vor allem als handwerkliche Fertigkeit versteht. Lange wurden Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) oder die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) als Säulen einer Pflegebedürftigkeit sowohl im Krankenhaus als auch in der Langzeitpflege gelehrt. Umgesetzt wurden diese oft mit einer Checkliste, die ihrer zugrunde liegenden Theorie beraubt war und anhand derer der Umfang des Pflegebedarfs abgehakt wurde. Daran orientiert wurden Hilfeleistungen in den „Aktivitäten“ angeboten und als einfach durchzuführende „Grundpflege“ herabgewürdigt, für die es keiner Pflegediagnostik und keiner Pflegeziele bedürfe, deren Erfolg auch nicht überprüft werden müsste. Dies verbirgt sich zum Teil hinter der sogenannten Entbürokratisierungsstrategie in der Langzeitpflege, wenn die sogenannte Grundpflege nicht mehr ständig dokumentiert werden muss (vgl. Beikirch et al., 2014). In der Pflegeversicherung war von „Verrichtungen“ die Rede. Auch in der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 2018 ist im „Besonderen Teil“ mit den Erläuterungen zu den Paragraphen (§ 3, § 45, § 57 PflAPrV) von Fertigkeiten die Rede, die in der praktischen Ausbildung erlernt werden sollen und die – zwar auf Basis des sogenannten theoretischen Unterrichts – als die wichtigste Voraussetzung zur Ausübung des Berufs dargestellt werden.

Die Vorstellung von dem, was Pflegen ist, welche Pflegekompetenzen warum benötigt werden, soll hier als Pflege Theorie bezeichnet werden. Der Theoriebegriff scheint eine abschreckende Wirkung zu haben und als Gegensatz von Pflegepraxis betrachtet zu werden. Dies scheint auch heute noch so zu sein, wenn im Leserbrief eines Heimleiters in einer Pflegefachzeitschrift im April 2020 zu lesen ist, dass Pflegenden sich wieder ihrer eigentlichen Aufgabe widmen können, da aufgrund der Corona-Krise Heimkontrollen ausgesetzt wurden. Er hofft weiterhin, „dass die so-

genannte Pflegewissenschaft sich besinnt in der Erkenntnis, dass mit Pflege in allererster Linie das reale Pflegehandeln gemeint ist und nicht irgendein akademisches Pflgetheoretisieren“ (DSDP, 2020, S. 75). Dem ist entgegenzusetzen, dass es kein wie auch immer geartetes „reales Pflegehandeln“ gibt ohne eine theoretische Vorstellung von Pflege. Die theoretischen Vorstellungen knnen allerdings sehr unterschiedlich aussehen.

Der Theoriebegriff, den ich hier nutze, kann auch als Philosophie oder als Normen und Werte der Pflege bezeichnet werden. Gemeint ist hier die Grundlage fr das, was Remmers als „identittsstiftenden Kern pflegerischer Arbeitsprozesse“ bezeichnet (vgl. Remmers, 2014, S. 15). Es gibt eine differenzierte Diskussion, die sich z. B. mit den Begriffen Theorie, Grand Theories, Metatheorien, konzeptueller Rahmen, Paradigma, Philosophie und Modell auseinandersetzt und versucht, sie zu unterscheiden (vgl. z. B. Schaeffer et al., 1997; Fawcett, 1996). Dies ist jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Ausfhrungen. Es soll auch nicht die lange Reihe von Pflgetheorien zusammengefasst und schliefllich auch keine neue Theorie entworfen werden. Allerdings werde ich ein paar Aspekte benennen, die meines Erachtens zu einer Pflgetheorie gehren sollten.

Eine Pflgetheorie soll kennzeichnen, was Pflege ist, welche Grundannahmen oder Prmissen sie hat, welche Vorstellungen von Zielen und Manahmen, die auf einem bestimmten Menschenbild beruhen, also psychologische und ethische Theorien, folgen. Fawcett (1996) spricht bei diesen zentralen Begriffen, die jede Pflgetheorie beinhaltet, von einem Metaparadigma, das die Begriffe Person, Gesundheit, Umwelt und Pflege verbindet. Ohne Zweifel sind dies Begriffe, deren inhaltliche Ausgestaltung wesentlich das Pflegehandeln bestimmt. Ob der Begriff Metaparadigma hier passt, mag bezweifelt werden, muss aber an anderer Stelle diskutiert werden. Das Problem dieser sehr abstrakten Begriffe ist, dass sie auer dem Pflegebegriff nichts Pflegespezifisches enthalten. Nach Fawcett besteht die Wechselbeziehung zwischen Pflege und Gesundheit darin, „dass Pflege mit den pflegerischen Aktivitten oder Prozessen befaht [ist], durch die sich positive Vernderungen im Gesundheitszustand herbeifhren lassen“ (Fawcett, 1996, S. 18). Die Verbindung der vier Begriffe lautet folglich: „Pflege ist mit der krperlichen Unversehrtheit und dem Wohlbefinden von Menschen befaht, die in einer stndigen Wechselbeziehung zu ihrer Umwelt stehen“ (Fawcett, 1996, S. 18). Neben der Abstraktheit stellt sich die Frage, ob sich nicht viele Gesundheitsberufe mit dieser Aussage identifizieren wrden, wenn statt „Pflege“ ein

anderer Begriff verwendet werden würde. Dieses „Metaparadigma“ grenzt die Pflege von keinem anderen Gesundheitsberuf ab, weil es inhaltlich nichts zu dem aussagt, was Pflege letztendlich ausmacht.

### **1.2.2 Die Bedeutung eines theoretischen Verständnisses: ein Praxisbeispiel**

Ein Beispiel für die Bedeutung unterschiedlicher Arten eines Pflegeverständnisses soll im Folgenden genannt werden: In einem Altenheim irrt eine Bewohnerin, die mit Rollator noch recht mobil ist, nachts durch die Gänge, ist verwirrt und desorientiert, läuft schreiend in die Zimmer anderer Bewohner/-innen, die es mit der Angst zu tun bekommen. Sie hustet ständig und ist nicht zu beruhigen. Die einzige diensthabende Pflegende weiß sich nicht anders zu helfen, als den Notarzt zu rufen, der die Bewohnerin ins Krankenhaus einweist. Der diensthabende Arzt dort diagnostiziert eine erhebliche Exsikkose und Mangelernährung trotz Übergewicht sowie Desorientierung mit Verdacht auf Demenz und einen Reizhusten. Er verordnet eine Infusion sowie Hustenmedikation. Nach zwei Tagen wird sie wieder ins Altenheim entlassen. Aus Sicht der Pflegenden handelt es sich um eine alte pflegebedürftige Frau, die sich wegen einer fortgeschrittenen Arthrose nicht allein an- und ausziehen kann, außerdem eine Dranginkontinenz hat und deswegen zu Hause gestürzt war, was den Anlass für den Heimeinzug darstellte. Ansonsten kann sie sich selbst versorgen. Auch wegen ihres Übergewichts war sie im Hinblick auf die Ernährung nicht als pflegebedürftig eingestuft worden. Die üblichen AEDL waren in der Checkliste abgehakt worden, der Pflegeplan bezog sich auf Hilfen beim Aufstehen und Zubettgehen, mehr schien nicht nötig. Die AEDL-Liste wurde als ausreichend für die Pflegeplanung angesehen.

In diesem Praxisbeispiel wurde ausschließlich nach der Checkliste und somit nicht nach dem Pflegeverständnis, das den AEDL zugrunde liegt (vgl. Krohwinkel, 1993), gearbeitet, weil die neu eingezogene Bewohnerin nicht als Subjekt angesehen und daher nicht in eine Pflegediagnostik und Pflegeplanung einbezogen wurde. Da sie als Objekt, für das gesorgt werden müsse, begriffen wurde, blieb die subjektive Perspektive der Bewohnerin unsichtbar. Teil ihrer subjektiven Perspektive ist jedoch eine Abneigung gegen das Trinken und die Zurückhaltung beim Essen. Die Herstellung einer Beziehung hätte zumindest den Verdacht auf eine Schluckstörung hervorrufen müssen. Die Bewohnerin trank möglichst wenig und kippte ihre vollen Gläser weg,

weil sie sich ständig verschluckte und das Husten vermeiden wollte und auch weil sie nicht so oft auf die Toilette gehen wollte. Der Flüssigkeitsmangel führte zu zeitweiser Desorientierung. Auch mit der Nahrung bei den Mahlzeiten war sie vorsichtig und aß eher zu wenig, weil das Essen oft Husten auslöste. Obwohl das Übergewicht blieb, wurde ihr ihre Kleidung zu weit. Auch das fiel niemandem auf, weil niemand nach der Passgenauigkeit der Kleidung schaute. Genauso wenig wurde registriert, was nach dem Essen noch auf ihrem Teller blieb. Auch im Krankenhaus wurde nur von außen ein Objekt betrachtet, die Patientenperspektive als unwesentlich oder nicht erfassbar – Verdacht auf Demenz! – sowohl von ärztlicher als auch von pflegerischer Seite angesehen. Übersehen wurde dadurch u. a. die Dysphagie, auf die der als „Reizhusten“ diagnostizierte Husten zurückzuführen war – ein großes Risiko für eine Aspirationspneumonie. Zwei Wochen später muss eine neuerliche Einweisung ins Krankenhaus erfolgen, diesmal zur Behandlung einer akuten Pneumonie.

Die hier praktizierte Pflegeauffassung bzw. -theorie lautet: Hilfe und Unterstützung bei den Alltagstätigkeiten, die eine Person selbst nicht ausführen kann. Implizites Ziel ist die unterstützte Aktivität. Die Pflegediagnostik wird auf das Abhaken einer Checkliste reduziert, für die im Zweifel nicht einmal Beobachtungen oder intensivere Gespräche erfolgen.

Die Verwirrung und Unruhe hätten eine Auseinandersetzung mit der Person der Pflegebedürftigen nach sich ziehen müssen; Grundlage hätte eine sehr gute Kenntnis der Person auf Basis einer professionellen Beziehung sein müssen. Hier wirkt sich die gesamtgesellschaftliche Auffassung von (Alten-)Pflege aus – wie sie auch der Arbeitgeberpräsident vertritt –, die da heißt, dass diese Arbeit jeder ausüben kann, wenn genügend Empathie und Geduld vorhanden sind. Bei dem Beispiel allerdings war selbst die Empathie nur bedingt vorhanden. „Beziehungsgestaltung“ ist zwar ein großes Wort in der Pflege, das in aller Munde ist (vgl. DNQP, 2018, S. 71), aber sie wird meist als etwas „Nettes“ herabgewürdigt, mit dem sich Pflegebedürftige zwar wohler fühlen, was aber ansonsten nicht gesundheitsrelevant ist. Wie das Beispiel zeigt, ist die Herstellung einer Beziehung – und sei es nur zur umfassenderen Pflegediagnostik – möglicherweise existenzrelevant. Man mag einwenden, dass dies vor allem für alte Menschen in der Langzeitpflege relevant sei, denn im Krankenhaus wäre die Verweildauer ohnehin zu kurz, um Beziehungen gestalten zu können. Das Beispiel zeigt jedoch auch, dass im Krankenhaus überhaupt nicht versucht wurde, die Patientin mit einzubeziehen und dass dadurch z. B. das große Risiko für eine Aspira-

tionspneumonie nicht erkannt wurde. Im Übrigen konnte der Verdacht auf Demenz nicht erhärtet werden. Auch wenn die Pflege im Krankenhaus und die Langzeitpflege alter Menschen von außen oft sehr unterschiedlich wahrgenommen werden, so sollte beiden Bereichen dennoch ein gemeinsames Grundverständnis von Pflege dienen, das natürlich den jeweiligen Rahmenbedingungen angepasst werden muss.

## 1.3 **Pflegetheorie und Gesundheitspolitik**

Es scheint, als wären Pflegetheorie und Gesundheitspolitik unterschiedliche Dimensionen, die nichts miteinander zu tun hätten. Dass dies keinesfalls so ist, wird in den folgenden Abschnitten anhand von Beispielen gezeigt. Diese beziehen sich auf Teile der Sozialgesetzbücher V und XI, auf das neue Pflegeberufgesetz und auf die Krankenhausfinanzierung in Form von Fallpauschalen.

### 1.3.1 **Pflegeversicherung, SGB XI**

Man mag die an dem Beispiel aufgeführte Pflegetheorie bzw. -auffassung als das Ergebnis eines gesellschaftlichen Machtspiels zwischen politisch-administrativen Rahmenbedingungen und fachlichen Ansprüchen an die Inhalte eines Berufs interpretieren, bei dem die Fachlichkeit verloren hat. Die Pflegeversicherung, so wie sie 1994 auf den Weg gebracht wurde, hat unter der Überschrift „Begriff der Pflegebedürftigkeit“ Menschen als pflegebedürftig bezeichnet, die bestimmte Hilfen bei „gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen“ (§ 14 SGB XI in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) benötigen; man könnte hier auch den Begriff der Lebensaktivitäten einsetzen. Das Problem ist nicht vorrangig der viel kritisierte Begriff der Verrichtungen, sondern wie hier Pflege implizit definiert wird, also die dahinterstehende Pflegetheorie. Neben der Tatsache, dass in dieser Fassung des SGB XI nur Ausschnitte von Lebensaktivitäten als wichtig angesprochen werden, hat das SGB XI eine fatale Deprofessionalisierung vorangetrieben, weil es das Pflegen auf handwerkliche Maßnahmen reduziert, die außerdem jeweils immer ungefähr gleich lang dauern sollten – und zwar unabhängig von der Gesamtsituation des Pflegebedürftigen, ohne Begründung und ohne Ziel (vgl. Bartholomeyczik et al., 2016). Es wurden zwar massive Klagen aus der Pflegepraxis laut, dass die Zeitvorgaben zu kurz und viele Prozesse nicht berücksichtigt seien, aber die grundsätzliche Kritik blieb der Pflegewissenschaft vorbehalten (vgl. z. B. Bartholomeyczik et al., 2002).

Bei aller Resignation ob der fehlenden Theoriebasierung im SGB XI, so ist deren weitere Entwicklung zumindest in einigen Aspekten als positiv hervorzuheben. Die langjährige Kritik an Teilen des SGB XI und die immer drastischer sichtbar werdenden Mängel und Vernachlässigungen in der Altenpflege, insbesondere bei der Pflege von Menschen mit Demenz, führten schließlich zu einer Veränderung des Verständnisses von Pflegebedürftigkeit im SGB XI. Obwohl in diesem Zusammenhang häufig von einem „neuen“ Pflegebedürftigkeitsbegriff gesprochen wird, ist dieser keineswegs neu, nähert sich aber einem allgemeinen Fachverständnis an. Er basiert auf einer ausführlichen Literaturanalyse (vgl. Wingefeld et al., 2007) und dient als Basis für ein neues Begutachtungsinstrument, das primär den Grad der Selbstständigkeit Pflegebedürftiger erfasst und hier ein inhaltlich breites Spektrum abdeckt (vgl. GKV, 2011). Bis zur endgültigen Umsetzung in das SGB XI hat es allerdings ca. zehn Jahre gedauert.

Nachdem im SGB XI nun nicht mehr genau beschrieben wird, welche Pflegemaßnahmen von der Pflegeversicherung abgedeckt sind, schlägt sich dies in einer gewissen Hilflosigkeit nieder. Nach den neuen Regelungen wird nicht mehr erfasst, welche Maßnahmen erforderlich sind, sondern wie selbstständig oder hilfeabhängig ein Antragsteller ist. Nun müssen Pflegenden selbst entscheiden, wie sie in jedem einzelnen Fall (professionell) handeln wollen. Man sollte diese Kompetenz für fachlich ausgebildete Personen als selbstverständlich ansehen. Das BMG sah sich aber veranlasst, einen Bericht über pflegerische Aufgaben auf Grundlage der Neuformulierungen zu Pflegebedürftigkeit im SGB XI in Auftrag zu geben (vgl. Wingefeld/Büscher, 2017). Eigentlich müsste dies ein komprimiertes Lehrbuch der Altenpflege sein. Welche Probleme die Autoren Wingefeld und Büscher hatten, Maßnahmenbündel auf Basis der Module des Begutachtungsinstruments zu beschreiben, wird aus ihren einleitenden Bemerkungen erkenntlich. Sie heben immer wieder das Ziel von Pflege als Förderung der Selbstständigkeit und der sich daraus ergebenden edukativen Maßnahmen hervor: „Es sollte nicht Zweck des vorliegenden Papiers sein, fertige Konzepte für die Praxis bereitzustellen, sondern eine Grundlage für die Diskussion um fachlich-konzeptionelle Anpassungen auf der Basis des neuen Pflegeverständnisses zu schaffen“ (Wingefeld/Büscher, 2017, S. 6). Folgerichtig besteht der größte Teil dieses Papiers aus allgemeinen Feststellungen über Prinzipien der Pflege, die über alle Module hinweg gelten.



### 1.3.2 SGB V und Heilberuflichkeit

Ein Thema, das immer wieder auftaucht, vor allem, wenn es um den Vergleich mit ärztlichem Handeln geht, ist das der therapeutischen Effekte pflegerischer Maßnahmen. Haben diese eigene therapeutische Ziele oder bestehen sie lediglich aus Begleiten, Helfen, wo eigene Fähigkeiten nicht mehr ausreichen, möglicherweise als emotionale Ergänzung zur (ärztlichen) Therapie? Der Therapiebegriff wird i. d. R. mit ärztlichem Handeln oder dem der sogenannten therapeutischen Berufe (z. B. Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie) assoziiert. Interessanterweise sind dies Berufe, die ausgewählte Pflegeaufgaben ausgeweitet und vertieft haben. Neben der zentralen Rolle von Mobilitätsförderung in der Pflege (z. B. bei allen Prophylaxen), die häufig Physiotherapeuten überlassen wird, beziehen sich z. B. die Ergotherapeuten explizit auch auf Selbstversorgung und Handlungsfähigkeit im Alltag und die darin zu erreichende Selbstständigkeit (vgl. DVE, 2007). Es geht hier nicht darum, dass die Arbeit therapeutischer Berufe durch Pflegenden ersetzt werden sollte, sondern um Überschneidungen oder gar Gemeinsamkeiten pflegerischer Ziele mit denen der sogenannten therapeutischen Berufe. Leider scheint es aber häufig der Fall zu sein, dass Pflegenden diese Aufgaben, wie z. B. regelmäßige Mobilisation, völlig außer Acht lassen.

Therapie in pflegerischem Handeln wird häufig auf die sogenannte Behandlungspflege reduziert, die darin besteht, bestimmte ärztliche Maßnahmen auf ärztliche Anordnung hin durchzuführen. Auf ärztliche Anordnung hin tätig zu werden, ist meist mit einem höheren Prestige verbunden als die eigenständige Pflege, die immer noch häufig als Grundpflege bezeichnet wird (vgl. die Ausführungen zum SGB XI). Diese Aufteilung und Bewertung wurde bereits vor 20 Jahren als „Professionalisierungsblockade“ beschrieben (Müller, 2001, S. 322). Dass die Frage therapeutischer Ziele immer noch diskutiert werden muss, ist erstaunlich angesichts der Skandalberichte über Situationen in Altenheimen, in denen es um gesundheitliche Schäden von Bewohnern/Bewohnerinnen aufgrund unzureichender („Grund“-)Pflege geht.

Vor diesem Hintergrund soll der § 63 Abs. 3c des SGB V angesprochen werden, nach dem ärztliche Tätigkeiten, „bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt“ (§ 63 Abs. 3c SGB V), in Modellvorhaben auf Pflegenden mit einer dreijährigen Ausbildung übertragen werden können. Wie auch immer man die von Ärzten festgelegte berufliche Zuständigkeit für Pflegeberufe bewerten will: Auf-

schlussreich sind die Richtlinien, die der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) festlegt und die darlegen, welche Aufgaben den Pflegenden übertragen werden dürfen (vgl. GBA, 2012). Die Richtlinien beginnen mit einer Definition von Heilkunde:

„Ausübung von Heilkunde ist die auf wissenschaftliche Erkenntnis gegründete, praktische, selbständige oder im Dienst anderer ausgeübte Tätigkeit zur Verhütung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden.“ (GBA, 2012, S. 3)

Warum dies nicht grundsätzlich auch auf die Pflege zutrifft, sondern ihr erst übertragen werden muss, ist nicht nachvollziehbar. Denn all diese Tätigkeiten sind nach allen bekannten Definitionen von Pflege auch ihr zuzuschreiben (vgl. z. B. Bartholomeyczik et al., 2002). Nach den Richtlinien können Aufgaben der „selbständigen Ausübung von Heilkunde“ für bestimmte Maßnahmen bei ausgewählten chronischen Krankheiten – verschiedene Formen des Diabetes, chronische Wunden (insbesondere Ulcus cruris), Demenz, Hypertonus – übertragen werden. Voraussetzung ist eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung sowie die nachgewiesenen Kompetenzen bei den Pflegefachpersonen. Bei der Definition der übertragbaren ärztlichen Aufgaben finden sich viele pflegespezifische Themen wie Beratung, Beobachtungen der Haut, Wundbeschreibungen etc. Die Aufgaben gehen noch darüber hinaus, fokussieren aber den Umgang mit chronischer Krankheit – eine der zentralen Pflegeaufgaben. Es soll hier explizit festgehalten werden, dass sich ärztliches und pflegerisches Handeln durchaus überschneiden können und dass im Sinne von Patienten auch mögliche Abgrenzungen oder Zuordnungen von Aufgaben unterschiedlich gehandhabt werden können. Sicher beinhalten einige Maßnahmen dieser Richtlinie solche, die bisher meist nicht von Pflegenden ausgeführt wurden. Als Beispiel für die erstaunliche Sichtweise des GBA, was übertragen werden müsse – und nicht originär Pflege sei –, sei das Thema chronische Wunden genannt. Ein großer Teil der GBA-Maßnahmen findet sich ebenfalls im „Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, dessen erste konsentrierte Fassung drei Jahre vor der GBA-Richtlinie veröffentlicht wurde (vgl. DNQP, 2009). Die Expertenstandards des DNQP beschreiben den Stand des Wissens mit Handlungsempfehlungen für Pflegefachpersonen zu bestimmten pflegerischen Themen als Grundlage für die notwendige pflegefachliche Qualität. Diese Standards – übrigens rechtlich verbindlich – werden in der pflegerischen Community unter Einbeziehung anderer, auch ärztlicher, Fachgesellschaften konsentriert. Nicht nachvollziehbar ist, warum die genannten Aufgaben vom GBA

als ärztliche Vorbehaltsaufgaben definiert werden. Hier bestätigt sich wieder einmal der Verdacht, dass das Definitionsmonopol der Ärzteschaft für selbstverständlich gehalten wird, wenn es um gesundheitliche Fragen in der Gesellschaft geht. Daher ist kaum verständlich, warum bei der Einführung des § 63 Abs. 3c SGB V kein Aufschrei durch die Pflegecommunity ging, sondern dieser eher freudig begrüßt wurde. Manchen Ärztesfunktionären ging dieser Paragraph dagegen viel zu weit; sie forderten seine Streichung oder zumindest die Veränderung von Übertragung in Delegation (vgl. Wagner, 2011). Wagner bezeichnet die Hintergründe zu Recht als „Schein- und Spiegelgefechte“. Sind Inhalte der Pflege vor allem als Ergebnis eines Machtkampfes zu betrachten, bei dem die Pflege verliert und als „Restkategorie“ (vgl. Bartholomeyczik, 1981, S. 20) der Gesundheitsversorgung übrigbleibt, der je nach Bedarf unterschiedliche Versorgungslücken zugeschoben werden?

### **1.3.3 Pflegebildung: Vorbehaltene Tätigkeiten**

Seit dem Jahr 2020 gilt ein neues Gesetz zur Ausbildung für Pflegeberufe, das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG), das u. a. insofern einen Wandel darstellt, als es „vorbehaltene Tätigkeiten“ in § 4 definiert. Darin genannte Aufgaben dürfen nur von Personen durchgeführt werden, die die in diesem Gesetz geregelte Ausbildung abgeschlossen haben. Das ist insofern ein gewaltiger Fortschritt, als nunmehr etwas definiert wird, das nicht nach Gutdünken an Angelernte oder werdende Ärzte übertragen werden darf – eine Forderung, die es seit vielen Jahren gibt. Die Aufgaben beziehen sich auf den Pflegeprozess: 1.) die Erhebung des Pflegebedarfs, 2.) die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und 3.) die Analyse, Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität. Das Problem dabei ist, dass eine Definition fehlt, die beschreibt, was das Spezifische der Pflege am Pflegeprozess ist. Der Pflegeprozess stellt eine Strukturierung von Handlungsschritten dar, wie sie für problemlösendes oder aufgabenlösendes Handeln überall üblich ist: den Bedarf feststellen, planen, was zu tun ist, dieses tun und feststellen, ob es sinnvoll war. Das sind Schritte, die z. B. bei einer Einladung zum Abendessen genauso erfolgen (Was schmeckt den Freunden? Was muss ich einkaufen bzw. kochen? Das Gericht wird zum Essen angeboten und man stellt fest, ob es „gefallen“ hat.) wie bei einer ärztlichen Behandlung. Dieser Prozess stellt zunächst eine inhaltsleere Struktur dar, die mit Pflegelehre gefüllt werden muss, deren Inhalte aber in diesem Paragraphen nicht

vorkommen. Erst anhand der in diesem Gesetz definierten Ausbildungsziele kann man herauslesen, was der Kern pflegerischen Handelns ist, wobei auch hierbei viele Aspekte gefüllt werden müssen, wenn z. B. von der „Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen“ die Rede ist. Etwas klarer sind dann Begriffe wie „Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen“ oder „Beratung, Anleitung und Unterstützung“ bei der Krankheitsbewältigung und der Stärkung der eigenständigen Lebensführung oder die Förderung individueller Fähigkeiten unter Nutzung von Rehabilitationskonzepten (vgl. § 5 Abs. 3 PflBRefG). Auffällig ist bei diesen hohen Ansprüchen, dass in der überschaubaren Zeit der dreijährigen Ausbildung nach wie vor die praktische Ausbildung zeitlich überwiegt. Das ist merkwürdig, da viele Aspekte der Lernziele nicht oder selten in der Pflegepraxis vorzufinden sind, dort also auch mit Praxisanleitern schwer zu erlernen sind.

Vergleicht man die Lernziele mit den oben angesprochenen Ausführungen des GBA zum § 63 des SGB V, so springt ins Auge, dass die genannten Lernziele vieles von dem enthalten, was offensichtlich ärztlicherseits als vorbehaltene ärztliche Aufgaben angesehen wird. Bereits das Krankenpflegegesetz von 2003 enthielt als Ausführungen zur Pflege ganz ähnliche Inhalte, allerdings noch nicht unter dem Begriff der Vorbehaltsaufgaben; hier wurden diese Aufgaben als „eigenverantwortlich“ benannt.

Übrigens steht in der ärztlichen Approbationsordnung als Voraussetzung zur Anerkennung als Arzt/Ärztin immer noch ein dreimonatiger Krankenpflegedienst, der „mit den üblichen Verrichtungen der Krankenpflege vertraut“ machen soll (§ 6 ÄApprO). So wird offensichtlich eine ärztliche Sicht auf die Pflege vermittelt.

### 1.3.4 Pflegerisches Fachwissen und Pflegekonzepte

Eine weitere negative Folge eines fehlenden Theorieverständnisses von Pflege ist die Missachtung pflegespezifischen Wissens und dessen Anwendung – und zwar nicht nur in der Altenpflege. Auch dieser Aspekt hat sich an dem Beispiel aus Kap. 1.2.2 gezeigt, denn sonst wäre eine sorgfältige Pflegediagnostik erfolgt, eine professionelle Beziehung hätte aufgebaut, Mangelernährung hätte vermieden, das Risiko für eine Aspirationspneumonie verringert und wahrscheinlich die Desorientierung vermieden werden können. Dazu lassen sich anekdotisch weitere negative Praxisbeispiele anführen: Ein Bewohner mit einer ausgeprägten Dysphagie hat sich wahrscheinlich unbemerkt ein trockenes Stück Brot in den Mund gesteckt und ist schließlich daran

erstickt. Ob die im Raum anwesende Pflegeperson dies auf Grundlage von Kenntnissen hätte verhindern können, ob sie Kenntnis von der gefährlichen Schluckstörung hatte, ob sie wusste, was eine Schluckstörung bedeutet, ob sie den Bewohner genauer kannte, ist nicht bekannt. In einem anderen Fall entwickelte ein Bewohner mit einer bereits jahrelang bestehenden Hemiparese ausgeprägte Kontrakturen an den Beinen, weil er nicht weiter in Eigenbewegungen unterstützt wurde, obwohl dies bis zu einem bestimmten Zeitpunkt auch im Altenheim über Jahre hinweg möglich war. Mit den Kontrakturen konnten seine Beine nicht druckentlastend gelagert werden und er entwickelte mehrere ausgeprägte Dekubitalulcera, die letztlich zu seinem Tod führten.

Erfreulich dagegen erscheint ein Projekt, in dem ein Verfahren für eine bedarfsgerechte Personalbemessung für die stationäre Altenpflege entwickelt werden soll, deren Ergebnisse 2020 vorgestellt wurden (vgl. Rothgang, 2020). Grundlage dieses Projekts ist eine höchst aufwendige Zeit- und Qualitätsmessung pflegerischer Arbeit in Altenheimen. Etwa 200 Pflegefachpersonen (*Shadower*) „verfolgten“ ihre Kollegen/Kolleginnen in der Praxis bei der Arbeit, erfassten die Dauer einzelner, vorher definierter Arbeitsschritte und bewerteten gleichzeitig die Notwendigkeit und Qualität dieser Arbeitsschritte sowie die Angemessenheit der Qualifikation der Pflegenden. Abgesehen von den hohen Anforderungen an die Funktion der *Shadower* hängt die Sinnhaftigkeit dieser Datensammlung davon ab, was für ein Pflegeverständnis hinter der Pflegeplanung steht, die hier umgesetzt wird. Wie kann ein *Shadower* die Angemessenheit einer Pflegemaßnahme beurteilen, wenn er die Bewohnerin nicht kennt und wenn es keine Chance gibt, die Effektivität und Qualität der Maßnahme später beurteilen zu können? Wie gehen Zeiten für manchmal komplizierte Kontaktaufnahmen, für pflegediagnostische Aufgaben, für dazugehörige Reflexionen, präventive Überlegungen, Fallbesprechungen usw. in diese Zeitmessungen ein? Auf Basis heutiger Vorstellungen zur Altenpflege wundert es nicht, wenn zwar einerseits als Schlussfolgerung aus dem Projekt empfohlen wird, das Pflegepersonal großzügig – mit über einem Drittel – aufzustocken, andererseits aber dafür vor allem Assistenzkräfte einzusetzen seien. Das heißt, das Verhältnis gut ausgebildeter Kräfte zu Assistenzkräften wäre zukünftig noch schlechter als heute. Als Argument hierfür wurde angeführt, dass Pflegefachpersonen zur Hälfte ihrer Arbeitszeit fachfremde Tätigkeiten ausführten, wie z. B. die Küche aufzuräumen oder (leere) Betten zu machen (vgl. Kalwitzki, 2020). Übersehen wird hierbei, dass an Assistenzkräfte zwar sicher einige

Aufgaben delegiert werden können, aber jede Delegation auch eine Anleitung und Überwachung benötigt. Je mehr Assistenzkräfte eingesetzt werden, desto mehr gut qualifizierte Kräfte sind erforderlich. Vermehrte Kontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch die Heimaufsicht sind keinerlei Hilfe, da sie nur dazu führen, dass ein Aufgabenteil des Pflegepersonals zur Vorbereitung und Durchführung von Kontrollen abgespalten wird.

Neben einer Personalaufstockung bedarf es in der stationären Altenpflege eines Pflegekonzeptes, das Wissen und Kompetenzen entsprechend den komplexen Anforderungen sicherstellt.

### 1.3.5 Krankenhaus und Pflege(-theorie)

Krankenhäuser mussten in den vergangenen Jahren seit Einführung der Finanzierung über Diagnosis Related Groups (DRGs) gewaltige Sparanstrengungen durchlaufen. Interessanterweise hat das eine zunehmende Privatisierung aber nicht behindert. Im Hinblick auf die pflegerische Versorgung im Krankenhaus besteht das Problem darin, dass die DRGs auf medizinischen Diagnosen und Prozeduren beruhen und dabei übersehen wird, dass der Pflegeaufwand bei derselben DRG ungemein schwanken kann und nicht mit dem ärztlichen Aufwand korrelieren muss (vgl. Baumberger et al., 2014; Bartholomeyczik, 2010). Lange wurde die Notwendigkeit der Sichtbarkeit des reinen Pflegeaufwands in der DRG-Finanzierung als irrelevant betrachtet, während ärztliche Fachorganisationen die Verdopplung der ursprünglichen Zahl der DRGs erreichten. Das Prinzip der DRG-Finanzierung führte dazu, dass ärztliches Handeln erlösrelevant wurde, während Pflege außerhalb von Arztassistenz nur als Kostenfaktor gesehen werden musste.

Dass dies kein haltbarer Zustand für eine ausreichende Versorgung im Krankenhaus bleiben konnte, wurde auch in der politischen Administration wahrgenommen. Obwohl ein Forschungsantrag zur Entwicklung eines Indikatorensystems für den Pflegeaufwand innerhalb der DRG-Systematik vom BMG abgelehnt wurde (vgl. Bartholomeyczik et al., 2008), wurde im Auftrag des Deutschen Pflegerats ein System zu hochaufwendiger Pflege entwickelt, das in den DRG-Katalog als PKMS-Maßnahme (Pflegekomplexmaßnahmenscore-Maßnahme; OPS 9–20, *Operations and Procedures*) aufgenommen wurde (vgl. Wietek/Peters, 2014). Die Krankenhäuser können damit seit 2012 den besonders hohen Pflegeaufwand bei den Krankenkassen zusätzlich

geltend machen. Da dennoch die Verteilung von Erlösen innerhalb der Krankenhäuser nicht geregelt ist, wird bei bedrohlicher werdendem Pflegepersonalmangel in jüngster Zeit ein gesondertes Budget für die pflegerische Versorgung im Krankenhaus diskutiert. Allerdings geht es hierbei nicht um eine Aufstockung, sondern um eine Umverteilung der ohnehin zu erwartenden DRG-Finanzierung, was verständlicherweise im ärztlichen und Verwaltungsbereich von Krankenhäusern zu großen Bedenken führt. Berechnungen für ein eigenes Budget sind nur auf Basis vorhandener Pflegekosten vorgesehen. Ob das zu einer Verbesserung und Weiterentwicklung pflegerischer Arbeiten im Krankenhaus führt, bleibt fraglich, so lange nicht geklärt ist, was die zentralen Aufgaben Pflegenden im Krankenhaus sind. So wird aus Krankenhäusern anekdotisch z. B. berichtet, dass Ärzte Lagerungsintervalle zur Dekubitusprophylaxe für die Pflege anordnen, einem der unbestrittenen, auch ärztlicherseits nie in Zweifel gezogenen Verantwortungsbereiche der Pflege. Liegt dies „nur“ an den Allmachtansprüchen der Ärzte oder auch daran, dass Pflegende selbst die pflegerischen Basalkenntnisse nicht umsetzen (können)?

Auf der anderen Seite werden die Ergebnisse der RN4Cast-Studie in europäischen Krankenhäusern unablässig zitiert, da sie zeigen, dass die Personalausstattung mit Pflegepersonal in Krankenhäusern die Sterblichkeit von Patienten zu beeinflussen scheint (vgl. Aiken et al., 2014). Die Zusammenhänge von Pflegepersonal und Gesundheit von Patienten – genauer die Mortalität von über 50-Jährigen bis 30 Tage nach einer „normalen“ Operation – beziehen sich nicht nur auf die Anzahl der Pflegenden pro Einheit, sondern auch auf deren Qualifikation. Das heißt, je höher der Anteil der Bachelorabsolventen aus der Pflege ist, desto größer sind die Überlebenschancen der Patienten. In diesem Teil der Studie gab es übrigens keine Daten aus Deutschland. Ein Problem dieser Studie liegt darin, dass es hier um Zusammenhänge geht und die Verbindung zwischen den Variablen Personal und Gesundheit nicht gefüllt ist; d. h., es ist nicht bekannt, ob und welche Maßnahmen der Pflegenden ausschlaggebend für die Gesundheit der Patienten sind; es ist auch nicht bekannt, ob nicht Drittvariablen außerhalb des pflegerischen Handelns diesen Zusammenhang erklären.

Sieht man sich die alten Ausführungen über die Magnetkrankenhäuser in den USA an (vgl. Kramer et al., 1989/1990), so fällt der bedeutende Stellenwert von Pflegekonzepten ins Auge. Als Magnetkrankenhäuser werden in den USA solche Einrichtungen bezeichnet, die trotz eines allgemeinen Pflegepersonal mangels Pflegende (magnetisch) anziehen und auch halten. Hierfür werden verschiedene organisato-

rische Prinzipien genannt, z. B. flache Hierarchien und eine wertschätzende Atmosphäre für das Pflegepersonal. Was aber hervorzuheben ist, ist die Bedeutung von Wertbegriffen der Pflegequalität, mit der ein Spitzenniveau im Pflegedienst erreicht wird. Großer Wert wird auf die selbstständige Arbeit des Pflegepersonals gelegt, auf Kommunikation, Innovationen und auf die Bedeutung einer guten Ausbildung. In den Leitungsteams der Pflegedienste dieser Krankenhäuser waren übrigens 10 % promoviert und 65 % hatten einen Masterabschluss – und das bereits 1986.

## 1.4 Sollvorstellungen und Widersprüche

Die Klage über fehlende Zeit für eine angemessene, vor allem professionelle Pflege ist so alt wie die berufliche Pflege überhaupt – zumindest wird dies als allgemeiner Eindruck vermittelt –, begleitet von der Klage über den Personalmangel, oft als Pflegenotstand bezeichnet. In deutschsprachigen Untersuchungen wurde dieses Thema seit den 1970er-Jahren immer wieder nachgewiesen (Zusammenfassungen in Widmer, 1988 sowie Bartholomeyczik, 1993). Verbunden ist diese Klage neben der quantitativen Arbeitslast mit besonders hohen psychischen Belastungen und einem Dilemma zwischen moralischen Ansprüchen, dem Gefühl, diesen nie gerecht werden zu können, und dem daraus folgenden moralischen Stress (vgl. Kleinknecht-Dolf et al., 2015).

Sucht man in der Literatur nach Beschreibungen dessen, was eine Pflgeetheorie ausmacht, was Kern einer Pflegeauffassung sein sollte, so finden sich außerordentlich viele Quellen. Vermittelt wird in diesen vor allem ein Menschenbild, dem Würde zugeordnet wird und damit verbunden auch Selbstbestimmtheit, Empathie sowie die Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung. Dies sind Begriffe, die bei (fast) jeder Verbalisierung zu Pflege eine Rolle spielen und selbstverständlich auch von den Pflegenden selbst als wichtig genannt werden. Pflgeetheorien bezeichnen Pflege als Beziehungsarbeit mit ihrem Kern der Kommunikation (vgl. z. B. Remmers, 2014; Bartholomeyczik, 2007). Schnell formuliert Selbstbestimmtheit klarer, wenn er von der Selbstinterpretation von Menschen spricht (vgl. Schnell/Dunger, 2019). An anderer Stelle wird Pflege als individuell orientierte Interaktionsarbeit mit „situativ gebundenem Körper- und Leibbezug zum erkrankten Gegenüber“ (Hülksen-Giesler, 2010, S. 162) bezeichnet. Weiterführend und vertiefend wird leibliche Kommunikation thematisiert, obwohl Leibfeindlichkeit eher die Praxis beschreibt (vgl. Moers, 2012).



An all diesen Klagen ist interessant, dass größere Zeitpuffer offenbar auch nicht zu mehr Zugewandtheit führen oder dass die Pflegenden nicht wissen, was sie mit der Zeit anfangen sollen (vgl. Brandenburg, 2019). Vielleicht ist es nicht erstaunlich, dass bei Rationierungen, also Prioritätensetzungen, aufgrund mangelnder Zeit in der Pflege bei psychosozialen Versorgungsaufgaben – insbesondere bei der Kommunikation – Abstriche gemacht werden (vgl. Mohan, 2019, Ausserhofer et al., 2014). Die wenigsten Abstriche gibt es bei Aufgaben, die ärztlicherseits delegiert werden. Die Problematik der sogenannten „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ wurde weiter oben bereits angesprochen und zeigt sich hier wieder als verinnerlichte Handlungsnorm.

Auch die organisatorischen Bemühungen in stationären Einrichtungen – seien es Krankenhäuser oder Altenheime –, die zu pflegende Person in den Mittelpunkt zu stellen (oft als Person- oder Patientenorientierung bezeichnet) mit daraufhin orientierten Arbeitsabläufen in Form eines Primary Nursing (vgl. Manthey, 2002) oder einer Bezugspersonenpflege (vgl. Krohwinkel, 1993) scheitern i. d. R. am Arbeitsdruck. Brandenburg (2019) hält das Dilemma zwischen ethischen Anforderungen der Selbstbestimmung und der Bewältigung der alltäglichen Arbeitsanforderungen in der Pflege für ausweglos. Er meint zu Recht, dass dies nicht ohne organisatorischen Kontext und die damit verbundenen Machteffekte diskutiert werden könne.

Trotz aller Einigkeit über diese ethischen Grundlagen mit einer Personenzentriertheit in der Pflege sind sie keineswegs pflegespezifisch, sondern gelten für alle personenbezogenen Berufe nicht nur im Gesundheitswesen, sondern z. B. auch im Bereich der Pädagogik.

Aus der Pädagogik stammt auch ein weiteres Modell, das Professionalität im individuellen Handlungsbezug mit unterschiedlichen Kompetenzen charakterisiert und für die Pflege verbindlich sein sollte: Es ist das vielzitierte Modell von Oevermann (nach Weidner, 1995). Gefordert wird als Prinzip personenorientierter Dienstleistung, dass zwei Kompetenzen zusammengeführt werden. Zunächst ist die Wissenskompetenz zu nennen, die auf Lehrbuchwissen und wissenschaftlichem Wissen beruht. Diese muss mit einem Gegenstück zusammengeführt werden, nämlich dem hermeneutischen Fallverstehen „in der Sprache des Falles selbst“ (Weidner, 1995, S. 49). Beides zusammen ergibt die Kompetenz, in der spezifischen Situation bei dem spezifischen Fall angemessen handeln zu können. Das verallgemeinerbare Fachwissen reicht ebenso wenig aus wie die individuell orientierte Empathie. Es muss eine auf

die spezifische Situation hin orientierte Zusammenführung geben, die beide Bereiche – Fachwissen und Fallverstehen – modifiziert zusammenbringt.

Auch dieses Modell ist zwar hilfreich für ein wissensbasiertes individuell orientiertes Pflegeverständnis, es ist aber keineswegs pflegespezifisch. Die Zusammenführung der Kompetenzen ist zugegebenermaßen oft schwierig, Diskussionen verlaufen oft sehr ungleichgewichtig, sie überbewerten das verallgemeinerbare Wissen, ohne die individuelle Situation wirklich einzubeziehen, oder sie vernachlässigen das erforschte Wissen zugunsten von Empathie (vgl. Kap. 1.1). Bei dem oben genannten Praxisbeispiel (vgl. Kap. 1.2.2) fehlte allerdings von beidem viel.

Trotz aller Überschneidungen von Kompetenzen für die gesundheitliche Versorgung zwischen verschiedenen Berufen müssen für eine Weiterentwicklung der Pflege auch Fragen der Abgrenzung beantwortet werden. Wegen der langjährigen Erfahrungen mit dem ärztlicherseits beanspruchten Definitionsmonopol für die gesamte Gesundheitsversorgung sind Kriterien, die Abgrenzungen gegenüber ärztlichem Handeln zulassen, von besonderer Bedeutung.

Einen Einstieg kann die alte Definition des US-amerikanischen Pflegeberufsverbandes geben, wonach pflegerisches Handeln Diagnostik und Therapie menschlicher Reaktionen auf vorhandene oder potenzielle gesundheitliche Probleme ist (vgl. ANA, 1980). Diese allgemeine Formulierung grenzt zumindest gegenüber Aufgaben ab, die sich auf Krankheitsursachen beziehen und als Kernaufgaben ärztlichen Handelns angesehen werden. Einen besonderen Stellenwert erhalten hier chronische Krankheiten und der Umgang mit diesen. Dies bezieht sich nicht nur auf Beeinträchtigungen als Folge von Krankheiten, sondern auch auf vorbeugendes Verhalten und auf den Umgang mit den Folgen manch ärztlicher Therapie. Differenziert kann zu diesem Definitionsteil das „Trajectory Work Model“ von Corbin und Strauss (vgl. Corbin/ Strauss, 1991) genutzt werden, in dem verschiedene Aufgaben für chronisch Kranke zur Bewältigung ihrer Krankheiten benannt werden (vgl. Höhmann, 2002):

- 1) die krankheitsbezogenen Bewältigungsarbeiten mit allen erkenntnis- und handlungsfördernden Aufgaben, die sich direkt auf die Krankheit, ihre Symptome und Therapie beziehen;
- 2) alltagsbezogene Bewältigungsarbeiten, die die Teilhabe am Alltag, Haushalt, Beruf, Freizeit betreffen, und

- 3) biografiebezogene Bewältigungsarbeiten, die auf die Integration der chronischen Krankheit mit ihren Folgen in die eigene Lebensgeschichte zielen, sowie
- 4) Koordinations- und Steuerungsarbeiten, um alle vorgenannten Aufgaben gelingen zu lassen.

Sehr viel kürzer, aber gut dazu passend ist die Beschreibung von Behrens, der als Ziel von Pflege „nicht Selbständigkeit, sondern Selbstbestimmung in der Teilhabe“ definiert (Behrens, 2109, S. 17). Von Bedeutung ist diese Definition, weil sie die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen in den Vordergrund rückt; denn nicht jeder möchte unbedingt selbstständig sein.

Friesacher beschreibt den Kern der Pflegearbeit – neben Medizin und Psychologie – als eine eigene

„therapeutische Antwort auf Krankheit, Behinderung, Alter, Sterben und Tod. Sie geht über eine leibkörperliche Interaktion den ‚Spuren des Anders‘ nach und realisiert sich sorgend, heilend, Anteil nehmend, fürsorgend und solidarisch.“ (Friesacher, 2011, S. 382)

Es ließe sich darüber diskutieren, inwieweit sich die genannten Begriffe unterscheiden, sich einander bedingen oder überschneiden und wie pflegespezifisch sie jeweils sind.

Sehr pragmatisch als Grundlage für Umsetzungsstrategien zeigt sich die Definition von Pflegebedürftigkeit, die aus der erwähnten umfangreichen Literaturanalyse hervorging, um mit dieser Grundlage die „Legaldefinition“ von Pflegebedürftigkeit im SGB XI zu überarbeiten. Demnach ist eine Person pflegebedürftig, wenn sie

„infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten, (...) zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist.“ (Wingenfeld et al., 2007, S. 107)

Es geht also darum, was Menschen bei Beeinträchtigungen selbst tun können und wozu sie Hilfe benötigen, um ein Leben selbstständig gestalten und an ihm teilhaben zu können. Unterstellt wird hier das Interesse an Teilhabe als allgemein menschliches Interesse. Die Bewältigung chronischer Krankheit ist hier ein wesentlicher Teil. Allerdings wird in der obigen Definition nur auf die Anlässe für pflegerische Maßnahmen eingegangen. Nicht erwähnt wird, wie die hier genannte „personelle Hilfe“ gestaltet

werden sollte, also wie das Pflegen letztendlich stattfinden sollte. Ergänzt werden müssen Kerne der Pflege, die sich vor allem in pflegerischer Haltung spiegeln, wie z. B. Beziehungsgestaltung oder leibkörperliche Interaktion.

## 1.5 Fazit

Die genannten Ansprüche, die Pflegeauffassungen darstellen, müssen nicht nur nach innen umgesetzt, sondern machtvoll nach außen getragen werden. Diese Forderung wird jedoch in einer Zeit gestellt, die durch ein Selbstoptimierungs-, Steigerungs- und Beschleunigungsregime gekennzeichnet ist (vgl. Friesacher, 2011). In Anlehnung an Foucault wird die Regulierung von Zeitstrukturen als zentrales Disziplinierungsinstrument angeführt. Arbeitsformen, die für die Pflege zentral sind, wie Gefühlsarbeit oder Beziehungsarbeit, die aber immer schon eher unsichtbar waren, werden unter „dem Regime der Beschleunigung gänzlich zu einem Randphänomen der Pflege“ (Friesacher, 2011, S. 382).

Durchsetzungen sind immer auch eine Frage der Macht, die nur mit Beharrlichkeit und eventuell auch Kampfesmut gelingen können. So sehr man Teile des renovierten SGB XI kritisieren mag, so zeigt sich doch, dass zumindest in diesem Bereich eine beharrliche Kritik gemeinsam mit einer gesamtgesellschaftlichen Aufwertung des Themas zu einer Änderung in die richtige Richtung führen kann. Dies erfolgt allerdings erst, wenn Katastrophen sichtbar werden, wie Skandale durch allgemeine Vernachlässigungen oder die unzureichende Versorgung der zunehmenden Zahl von Menschen mit Demenz.

Das wie selbstverständlich beanspruchte Definitionsmonopol zu allen Fragen der Gesundheitsversorgung durch den Ärztestand stellt ebenfalls nicht nur eine inhaltliche, sondern eine auch historisch über lange Zeit erkämpfte Machtposition dar. Gestärkt werden Machtverteilungen und ihre Möglichkeiten oft ganz banal durch Organisationsformen und materielle Ressourcen. So verfügen die mächtigen Verbände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) über Ressourcen aus Pflichtbeiträgen finanzkräftiger Mitglieder, während etwa der Deutsche Pflegerat lediglich auf Beiträge von Berufsverbänden zurückgreifen kann, in denen sich Pflegenden freiwillig organisieren (vgl. Simon, 2019). Entsprechend können KBV, GKV und DKG ausreichend potentes Personal zur Interessenpflege und

Selbstdarstellung beschäftigen, während in den Berufsverbänden sehr viel Kernarbeit ehrenamtlich verrichtet wird. Es bleibt zu hoffen, dass sich die Situation mit der Gründung weiterer Pflegekammern etwas verändern wird.

Solange die Pflege inhaltlich so diffus bleibt und so wenig über disziplinäre Klarheit verfügt (vgl. Remmers, 2014), solange wird sie weiterhin fremdbestimmt und je nach Bedarf entweder in eine Richtung mit mehr Verantwortungsbereichen oder aber in die andere Richtung mit mehr Abhängigkeiten geschoben. Dennoch müssen Überschneidungen von Zuständigkeitsbereichen verschiedener Gesundheitsberufe bleiben. Lücken, die vor allem in der nicht stationären Versorgung klaffen, könnten mit inhaltlicher und organisatorischer Umstrukturierung gefüllt werden: Warum müssen Hausärzte so viele pflegerische Aufgaben im Zusammenhang mit der Bewältigung von chronischen Krankheiten übernehmen? Konzepte, wie sie etwa in den schwedischen Pflegesprechstunden in der Primärversorgung umgesetzt werden, wären deutlich patientenfreundlicher als die deutschen nebeneinander her arbeitenden Einzelpraxen eines jeden Gesundheitsberufs einschließlich der ambulanten Pflege (vgl. Lehmann et al., 2019, S. 164 ff.).

Eine bessere Bezahlung und Personalausstattung allein bringen noch nicht die nachhaltigen und im Sinne der Gesundheitsversorgung dringend notwendigen Verbesserungen für die Pflege. Im Gegenteil, eine Personalvermehrung kann nur funktionieren, wenn sie mit einer inhaltlichen Neuausrichtung verbunden wird.

Der vorliegende Text wurde angeregt durch eine Tagung, bei der es um die „Pflege – dynamisch vorwärtsgerichtet“ ging. Nach Abschluss der Ausführungen bleibt bei mir allerdings stärker der Eindruck, dass seit vielen Jahren die gleichen Forderungen für eine theoretische Begründung der Pflege gestellt werden, die gleichen Fehler oder Defizite benannt werden, dass diese Sicht aber ungehört verhallt. So bleibt am Schluss die ketzerische Frage, ob die in dem Beitrag geforderte innere Professionalisierung mit den genannten Aspekten eine Utopie ist, die in unserer Gesellschaft keinen Platz finden kann (ou τοποσ).

## Literatur

- Aiken, L. H./Sloane, D. M./ Bruyneel, L./Heede/K. van den et al. (2014). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. The Lancet, 383 (9931), S. 1824–1830.
- Ärzteblatt (2018). *Arbeitgeber warnen vor überforderten Berufsanfängern in der Pflege*. Artikel vom 23.04.2018. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/94641/Arbeitgeber-warnen-vor-ueberforderten-Berufsanfaengern-in-der-Pflege> (02.04.2020).
- ANA – American Nurses Association (1980). *A Social Policy Statement*. Kansas City/Missouri: American Nurses Association.
- Ausserhofer, D./Zander, B./Busse, R./Schubert, M. et al. (2014). *Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study*. BMJ Quality & Safety, 23 (2), S. 126–135.
- Bartholomeyczik, S. (2010). *Zur Pflege im Krankenhaus: Ist-Situation und Soll-Vorstellungen*. In: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report*. Stuttgart: Schattauer, S. 209–221.
- Bartholomeyczik, S. (2007). *Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung der Beziehungsarbeit*. Pflege & Gesellschaft, 12 (3), S. 240–248.
- Bartholomeyczik, S. (1993). *Arbeitsituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus*. In: Badura, B./Feuerstein, G./Schott, T. (Hrsg.): *System Krankenhaus, Arbeit, Technik und Patientenorientierung*. Weinheim: Juventa, S. 83–99.
- Bartholomeyczik, S. (1981). *Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber den Patienten. Teil 2: Ergebnisse*. Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen, Band 7. Berlin: BASIG Technische Universität.
- Bartholomeyczik, S./Bienstein, C./Schaeffer, D. (2002). *Grunddimensionen einer Definition von Pflege: Expertise für die Enquete-Kommission zur Zukunft der Pflege in NRW*. In: Palm, R./Dichter, M. (Hrsg., 2013): *Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen*. Bern: Huber, S. 150–157.
- Bartholomeyczik, S./Hunstein, D./Haasenritter, J./Wietek, P. (2008). *Adäquate Abbildung des Pflegeaufwands im G-DRG-System. Forschungsantrag zur Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit*. Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft. <http://docplayer.org/11879137-Adaequate-abbildung-des-pflegeaufwands-im-g-drg-system.html> (17.04.2020).
- Bartholomeyczik, S./ Hunstein, D./ Koch, V./Zegelin-Abt, A. (2016). *Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung*. 2. erw. Auflage, Frankfurt: Mabuse.
- Baumberger, D./Bürgi, R./Bartholomeyczik, S. (2014). *Variabilität des Pflegeaufwands in SwissDRG-Fallgruppen*. Pflege, 27 (2), S. 105–115.
- Behrens, J. (2019). *Theorie der Pflege und der Therapie. Grundlagen für Pflege- und Therapeberufe*. Bern: Hogrefe.
- Beikirch, E./Breloer-Simon, G./Rink, F./Roes, M. (2014). *Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Abschlussbericht*. Bremen/Witten: BMG.

- Brandenburg, H. (2019). *Personenzentrierung. Bausteine für einen heilsamen Umgang bei Menschen mit Demenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. In: Proft, I./Zaborowski, H. (Hrsg.): *Gesundheit – das höchste Gut? Anfragen aus Theologie, Philosophie und Pflegewissenschaft*. Freiburg: Herder, S. 65–81.
- Corbin, J. M./Strauss, A. (1991). *A nursing model for chronic illness management based upon the Trajectory Framework*. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 5 (3), S. 155–174.
- DNQP (Hrsg.) (2018). *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Osnabrück: DNQP, Fachhochschule Osnabrück.
- DNQP (Hrsg.) (2009). *Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. Osnabrück: DNQP, Fachhochschule Osnabrück.
- DSDP – Die Schwester/Der Pfleger (2020). *Leserbriefe 4/2020*, S. 75.
- DVE – Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2007). *Definition*. <https://dve.info/ergotherapie/definition> (22.04.2020).
- Fawcett, J. (1996). *Pflegemodelle im Überblick*. Bern: Huber.
- Friesacher, H. (2011). „Vom Interesse an vernünftigen Zuständen...“ *Bedeutung und konstitutive Elemente einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. *Pflege*, 24 (6), S. 373–388.
- GBA (2012). *Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V*. [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20\\_RL-63Abs3c.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf) (28.05.2020).
- GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2011). *Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit*. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 2. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Höhmann, U. (2002). *Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen*. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung*. Band III, Hannover: Vinzenz.
- Hülksen-Giesler, M. (2017). *Dynamiken im Berufsfeld Pflege und Folgen für die Fachkräftequalifizierung*. In: BWP, 1, S. 6–9.
- Hülksen-Giesler, M. (2010). *Modernisierungsparadoxien der Beruflichen Pflege im 21. Jahrhundert*. In: Remmers, H. (Hrsg.): *Transformationen pflegerischen Handelns*. Göttingen: V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, S. 155–174.
- KAP Konzertierte Aktion Pflege. *Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Konzertierte\\_Aktion\\_Pflege/0619\\_KAP\\_Vereinbarungstexte\\_AG\\_1-5.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf) (31.05.2020).
- Kalwitzki, T. (2020). *Mehr Zeit für Fachpflege*. Interview von M. Sleziona mit T. Kalwitzki, *Gerontologie. Die Schwester/Der Pfleger*, 59 (4), S. 41–44.
- Kleinknecht-Dolf, M./Haubner, S./Wild, V./Spirig, R. (2015). *Wie erleben Pflegefachpersonen moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital?* *Pflege & Gesellschaft*, 20 (2), S. 115–132.
- Kramer M./Schmalenberg C. (1989/1990). *Magnet-Spitäler. Institutionen mit Spitzenleistungen*. Teil 1: *Pflege*, 2 (2), S. 122–135, Teil 2: *Pflege*, 3 (1), S. 13–23.
- Krohwinkel, M. (Hrsg.) (1993). *Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege*. Baden-Baden: Nomos.

- Lehmann, Y./Schaepe, C./Wulff, I./Ewers, M. (2019). *Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?* Heidelberg: medhochzwei.
- Manthey, M. (2002). *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem.* Bern: Huber.
- Moers, M. (2012). *Leibliche Kommunikation, Krankheitserleben und Pflegehandeln.* Pflege & Gesellschaft, 17 (2), S. 111–119.
- Mohan, R. (2019). *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit.* Bielefeld: transcript.
- Müller, E. (2001). *Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung.* Bern: Huber.
- Remmers, H. (2014). *Pflegewissenschaft – Disziplinarität und Transdisziplinarität.* Pflege & Gesellschaft, 19 (1), S. 5–17.
- Rothgang, H. (SOCIMUM Projektleitung) (2020). *Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Zweiter Zwischenbericht – Finale Version zur Abnahme durch den Auftraggeber.* Bremen. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/02/2.-Zwischenbericht-Personalbemessung-§-113c-SGB-XI.pdf> (15.04.2020).
- Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. (Hrsg.) (1997). *Pflege Theorien. Beispiele aus den USA.* Bern: Huber.
- Schnell, M./Dunger, C. (2019). *Zur Bedeutung der Pflege Theoriebildung aus phänomenologisch-hermeneutischer Sicht.* Pflege & Gesellschaft, 24 (2), S. 101–110.
- Schroeter, K. R. (2019). *Die Pflege und ihre Wissenschaft(en) – im Spagat zwischen Professionalisierung und disziplinübergreifender Wissenschaftspraxis.* Pflege & Gesellschaft, 24 (1), S. 18–31.
- Simon, M. (2019). *Gesundheitspolitik und Pflege.* Pflege & Gesellschaft, 24 (1), S. 31–46.
- Stemmer, R./Büker, C./Holle, B./Köpke, S. et al. (2019). *Der Beitrag der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft angesichts zukünftiger Herausforderungen.* Pflege & Gesellschaft, 24 (1), S. 60–74.
- Wagner, F. (2011). *Ausübung der Heilkunde durch Pflegefachpersonen – zur Diskussion um den § 63 (3c) SGB V.* Pflege & Gesellschaft, 16 (4), S. 373–374.
- Weidner, F. (1995). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege.* Frankfurt: Mabuse.
- Widmer, M. (1988). *Stress, Stressbewältigung und Arbeitszufriedenheit beim Krankenpflegepersonal.* Schriftenreihe des SKI, Band 40. Aarau: Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen.
- Wietck, P./Peters, L. (Hrsg.) (2014). *Handbuch 2014 für PKMS. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten.* Kassel: Recom.
- Wingefeld, K./Büscher, A. (2017). *Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.* Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Bielefeld/Osnabrück. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht\\_Pflege.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf) (14.04.2020).



Wingenfeld, K./Büscher, A./Schaeffer, D. (2007). *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Projektbericht. Bielefeld.* [https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw\\_bericht\\_pflegebedurftigkeit.pdf](https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_bericht_pflegebedurftigkeit.pdf) (19.04.2020).

## Rechtsquellenverzeichnis

- ÄApprO Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 16.03.2020 (BGBl. I S. 497) geändert worden ist
- PflAPrV Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit vom 13.06.2018. Deutscher Bundestag, Drucksache 19/2707
- PflBRefG Gesetz zur Reform der Pflegeberufe vom 17.07.2017. Bundesgesetzblatt, 2017, Teil I, Nr. 49, S. 2591–2613.
- SGB V Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 18 Absatz 9 des Gesetzes vom 19.05.2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist
- SGB XI Sozialgesetzbuch, Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26.05.1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Artikel 1 und 2 des Gesetzes vom 28.05.2008 (BGBl. I S. 874)
- SGB XI Sozialgesetzbuch, Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26.05.1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19.05.2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist

# 2

## Pflegequalifikation im europäischen Kontext

GERTRUD STÖCKER

In einem Europa ohne Binnengrenzen hat Bildung eine gesellschaftliche Schlüsselrolle. Das zur Einheit wachsende Europa zwingt jedes Land zu Positionen und zum Vergleich. Die Europäisierung pflegeberuflicher Bildung ist inzwischen ein absolutes Muss. Sie soll junge Leute von heute auf ein Leben in Europa von morgen vorbereiten. Die Regelsysteme der allgemeinen und beruflichen Bildung bleiben grundsätzlich in einzelstaatlicher Kompetenz.

Der Beitrag beschreibt die Einflussnahme europäischer Strategien, Richtlinien und Konzepte auf die systemischen, strukturellen und inhaltlich-curricularen Regelungen der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine solche Ausbildung darf nicht „nur“ Selbstzweck sein; die Ausbildung soll vielmehr zu einer Berufsausübung befähigen, die dem Wohl der Menschen dient und eine adäquate und optimale Betreuung der Bevölkerung in den europäischen Mitgliedstaaten gewährleistet.

### 2.1 Pflegeausbildung als dauerhaft aktuelles Thema

Die nationalen Entwicklungen in der Pflegebildung resultieren nicht nur aus gesellschaftlichen Prozessen im jeweiligen Gesundheits- und Pflegesystem. Sie sind vielmehr stets auch Ausdruck von Entwicklungen, die sich in diesem Bildungssystem selbst vollziehen. Dabei sind nationale Entwicklungen im allgemeinbildenden und insbesondere im berufsbildenden Sektor im Interesse der Harmonisierung, Flexibilisierung und Mobilität in einem europäischen Bildungsraum zunehmend in europäische Kontexte eingebunden (vgl. BMBF, o. J.).

Das Thema Pflege gewinnt in Deutschland zunehmend an Brisanz. Unbestrittenes Ziel dabei ist es, die Qualifizierung und die Kompetenzprofile zu optimieren. Die Entwicklung der Bildung der Pflegeberufe weist im Vergleich zu anderen Staaten eine erhebliche Eigenheit und Reformresistenz auf. Obwohl in Deutschland ein neues berufliches Selbstverständnis mit eigenverantwortlichem Anteil an der Gesundheitsversorgung gegeben ist, stehen dem die föderalistische Struktur, das Bildungssystem und die Vielschichtigkeit der Träger des Gesundheitssystems und nicht zuletzt der Zuschnitt des Sozialrechts entgegen.

Das Pflegeberufegesetz aus dem Jahr 2017, die Ausbildungs-Prüfungs-Verordnung aus 2018 und die Ausbildungsrahmenpläne aus 2019 führen in Deutschland die bisherigen drei getrennten Ausbildungen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege seit 2020 zu einem einheitlichen, generalistisch ausgerichteten Pflegeberuf zusammen. Für das letzte Ausbildungsdrittel ist die Wahl gesonderter Berufsabschlüsse in der Altenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege möglich. Zudem wird eine primärqualifizierende und ausschließlich generalistische hochschulische Pflegeausbildung eingeführt. Unabhängig davon, ob die Ausbildung an einer Pflegeschule oder Hochschule stattfindet, ist sicherzustellen, dass trotz dieser unterschiedlichen Ausbildungswege eine einheitliche Berufsqualifikation gewährleistet ist. Ignoriert wird jedoch weiterhin, dass auch die Assistenz- und Helferqualifikationen sowie die weiterbildenden, kompetenzerweiternden Bildungsgänge stärker anschlussfähig zu gestalten und an die Notwendigkeiten in der Gesundheits- und Sozialversorgung anzupassen sind. Anzustreben ist ein Qualifikationssystem, das konsekutiv gestuft und konsequent durchlässig gestaltet ist.

## 2.2 Auf dem Weg zu einer integrativen Lösung

Die Ausbildungsreform blickt auf einen langen Weg der Einigung zurück. Sie hatte und hat Befürworter im Sinne der Aufwertung von Pflege, sie hat und hatte Gegner im Sinne der Überforderung von Pflegefachpersonen.<sup>1</sup> Eine neue Ära der Ausbildung von Pflegefachpersonen beginnt. Qualifikationswege und deren Integration in die berufliche Praxis stehen vor umfassenden Veränderungen und Entwicklungen.

Die Vereinheitlichung und Harmonisierung der Ausbildungen in den Pflegeberufen waren sehr früh ein Ziel von Aktivitäten auf europäischer Ebene. Seit der Unterzeichnung der Europäischen Sozialcharta 1961 sind die Ausbildungen durch den Europarat, die Weltgesundheitsorganisation und die Europäische Union weiterentwickelt worden.

Die Europäisierung (und damit auch Internationalisierung) der Pflegeausbildung muss sich auch in den Curricula niederschlagen: z. B. in der Auseinandersetzung

---

1 Beispiel: Die Absenkung des Qualifikationsniveaus für die staatliche Prüfung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger in Anlage 4 der PflAPrV widerspricht dem von der Bundesregierung verfolgten Ziel der Patienten-/Bewohnersicherheit und sollte – wie auch vom Bundesrat empfohlen – zum nächstmöglichen Zeitpunkt aufgehoben werden.

mit einer multikulturellen Gesellschaft, auch in unserem Land; in dem Vergleich der Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen, z. B. in der Befähigung, sich zu verständigen; und in der Mobilität – bis dahingehend, den Geist Europas für sich zu antizipieren und in die tagtägliche Lehre einzubeziehen, die eigene Qualifikation darauf abzustimmen und den Arbeitsmarkt Pflege europäisch anzunehmen.

In diesem Kontext entstanden und entstehen bis heute vielfältige Konzepte zur gesellschaftlichen Bedeutung und zum fachlichen sowie professionellen Anspruch im Bereich Gesundheit und Pflege. Damit wurde und wird auf verschiedene Art und Weise zunehmend Einfluss auf die Entwicklung und Weiterentwicklung von pflegerischen Ausbildungsprogrammen in allen europäischen Staaten genommen. Diese Konzepte sind wesentlicher Hintergrund für die Richtlinien, die auf Ebene der Europäischen Gemeinschaft (EG), jetzt Europäischen Union (EU), zur Anerkennung von Berufsqualifikationen zustande gekommen sind.

Die Berufsqualifikationsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG wurde 2013 im Kontext der Mindestanforderungen mit der Begründung novelliert, dass die Rechte der EU-Bürger auf eine sichere sowie qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in allen Mitgliedstaaten zu gewährleisten seien. Weiterhin wurden hinsichtlich der Pflegeausbildung Kompetenzprofile aufgeführt, die sich unabhängig vom Bildungssystem auf selbstständige Verantwortungsbereiche im professionellen Handeln beziehen (vgl. Richtlinie 2005/36/EG, Art. 31 Abs. 7). Der von der European Federation of Nurses (EFN) im Auftrag der Europäischen Kommission erstellte Kompetenzrahmen ist unter Berücksichtigung vorhandener Dokumente über Pflegekompetenzen von International Council of Nurses, WHO, Tuning Projekt etc. entwickelt worden (vgl. EFN, 2015). Diese Kompetenzorientierung muss demzufolge auch zentraler Regelungsbereich aller künftigen Weiterbildungen sein.

Für die über das Unionsrecht reglementierte Ausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann ist die „stete berufliche Fortbildung“ verpflichtend. Die EU-Mitgliedstaaten haben Regelungen zur Fortbildung festzulegen, die die Berufsangehörigen auf dem neuesten Stand von Wissenschaft und Technik hält (vgl. Richtlinie 2005/36/EG Art. 22). Die entsprechende Regelungskompetenz liegt in Deutschland staatsorganisationsrechtlich bei den Ländern (vgl. Richtlinie 2005/36/EG Art. 22).

Die Umsetzung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) aus dem Jahr 2008 in den Mitgliedstaaten beruht auf einer Empfehlung der europäischen Bildungsminister/-innen. Der EQR hat keinen rechtsverbindlichen Charakter. Im

Gegensatz dazu ist die Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen ein rechtsverbindliches Instrument, das die Mitgliedstaaten als Ziel der Richtlinie umsetzen müssen. Die Einführung des EQR in den Mitgliedstaaten berührt die Reglementierung der Ausbildung und das Anerkennungsverfahren der Anerkennungsrichtlinie hingegen nicht (vgl. BMBF, 2013).

## 2.3 Integrationshemmnisse des deutschen Ausbildungsmodells

Die Anlehnung an den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) bzw. EQR ist problematisch, weil diese mit den Strukturen der deutschen Pflegeausbildung inkompatibel sind. Der berufliche Abschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege aus Deutschland wird der Europäischen Berufsankennungsrichtlinie zufolge (vgl. Richtlinie 2005/36/EG, geändert durch Richtlinie 2013/55/EU) auch in anderen europäischen Ländern, in denen die Pflegeausbildung auf Tertiärniveau und damit auf Qualifikationsniveau (QN) 6 stattfindet, anerkannt. Damit findet eine formale Gleichstellung der deutschen auf QN 4 verorteten Pflegeausbildungen mit den auf QN 6 befindlichen europäischen Pflegeausbildungen statt. Niveau 4 beschreibt Kompetenzen, die zur selbstständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich verändernden beruflichen Tätigkeitsfeld benötigt werden. Niveau 5 beschreibt Kompetenzen, die zur selbstständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen in einem komplexen, spezialisierten, sich verändernden beruflichen Tätigkeitsbereich benötigt werden. Niveau 6 stellt Kompetenzen dar, die zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld benötigt werden. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet.

Außerdem wird die Eingruppierung der deutschen beruflichen Pflegeausbildung in das QN 4 dem tatsächlichen Anforderungs- und Kompetenzniveau des KrPflG und AltPflG von 2003 nicht gerecht. Sowohl vonseiten der Fachöffentlichkeit als auch der Politik wird daher gefordert, die Pflegeausbildung auf QN 5 anzusiedeln (vgl. GMK, 2013). Diese Eingruppierung wird dem Kompetenzanspruch nach dem PflBG noch weniger gerecht; hier werden seit 2020 neue Maßstäbe in der Pflegeausbildung

gesetzt: Die Ausbildung zur Pflegefachfrau ist auf Qualitätsniveau 5/6 zu platzieren. Die gesonderten Berufsabschlüsse Altenpflege und Kinderkrankenpflege sind auf Qualitätsniveau 4/5 anzusiedeln. Damit würde sich die deutsche Regelung zudem wieder stärker an den „europäischen“ Regelungen orientieren.

Daraus folgt für die pflegerische Ausbildung seit 2020, dass diese orientiert sein muss an:

- der im Kern generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung
- der rechtlichen Strukturierung in selbstständiges und eigenständiges Handeln sowie interdisziplinäre Zuständigkeiten
- den der Pflegefachfrau/dem Pflegefachmann übertragenen vorbehaltenen Tätigkeiten/Aufgaben als einem weiteren Merkmal der besonderen Anforderungen an die Zulassung zum Beruf mit dem Ziel der Sicherheit der zu pflegender Menschen
- dem zugrundeliegenden Wissenschafts-, Situations- und Persönlichkeitsprinzip
- der unter bildungssystematischen Gesichtspunkten geforderten horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit durch Weiterbildungen, die an die Erstausbildung und untereinander anschlussfähig sein sollen,
- der Neugestaltung der Ausbildungsinhalte in Bezug auf fachliche, personale, methodische, soziale, interkulturelle und kommunikative Kompetenzen
- den Prozessen des interprofessionellen Lernens

All das erfordert ein hohes Maß an Verantwortungsübernahme und bedarf der Sicherstellung professionellen pflegerischen Handelns als Teil einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung.

## 2.4 Pflegeausbildung zukunftsfähig machen

Zukunftsfähige pflegeberufliche Ausbildungen erfordern eine professionstheoretische Fundierung und Systematisierung der pflegeberuflichen Handlungsfelder sowie eine Orientierung an aktuellen Bildungsstandards. Der mit der Pflegeausbildung, insbesondere mit dem neuen Pflegeberufegesetz, verbundene Paradigmenwechsel muss sich auch in den Weiterbildungen erkennbar fortsetzen. Dieser zeigt sich in einer eigenen pflegerischen Expertise, die zunehmend durch professionsspezifische wissenschaftliche Theorien und Konzepte sowie evidenzbasierte Forschungsergeb-

nisse gestützt wird. Hinter der Idee der gemeinsamen Ausbildung steht das Ziel, die traditionellen Beziehungsmuster der Kernberufe Pflege und Medizin zu ersetzen durch einen gemeinsamen Prozess von beruflicher Sozialisation, Lernen und Lehren in der beruflichen Weiterbildung, die auf einer gefestigten Professionalität im erlernten Beruf gründet.

Über den Prozess der pflegeberuflichen Bildung ist – wenn sie zugelassen wird – sichergestellt, dass künftige Werte und Ziele des Berufes implementiert werden können. Pflegende sind nur so für ihr komplexes Aufgabenfeld gerüstet – nur so verfügen sie auf unterschiedlichen Niveaus über eine differenzierte Sach-, Fach- und Systemkenntnis, um anstehende Pflegebedarfe kompetent und sachkundig angehen zu können.

Die derzeitige deutsche Bildungsdebatte im Kontext der europäischen Einflüsse macht es notwendig, neu über die zukünftige Ausrichtung der Pflegebildung und ihre Ansiedlung im bundesdeutschen Bildungssystem nachzudenken. Diese Debatte bietet der Profession Pflege in Deutschland die Chance, an dieser allgemeinen Neuorientierung teilzuhaben und gemeinsam mit anderen Berufen die Anpassung an europäische Bildungsnormen zu schaffen. Die bisherigen Bildungsstrukturen sind umzugestalten und zu erweitern, neue Anforderungen und Qualifikationsmöglichkeiten für die professionelle Pflege sind aufzunehmen. Dabei bildet die berufsqualifizierende Erstausbildung Pflege die Voraussetzung zur Zulassung als Heilberuf nach geltendem Recht. Weiterqualifizierungen sind aufzubauen und Erstausbildung und Weiterqualifizierungen sind in ihrer Konstruktion eng aufeinander abzustimmen. Nur so wird der Kern professionellen Handelns bestimmt, der den Bezug zur Kompetenz-, Wissenschafts- und Situationsorientierung gewährleistet. Dies gilt insbesondere für die Anerkennung der deutschen Krankenpflegeausbildung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Es geht in diesem Rahmen nicht darum, was die deutsche Pflege „kann“ oder „nicht kann“ bzw. „weniger oder mehr als andere kann“.

Die berufliche Zukunft der deutschen Pflege wird eine deutsche Pflege in Europa, unter den Bedingungen Europas und nach dessen Maßgaben sein. Das heißt: Vergleichbarkeit beruflicher Qualifikationen und damit Sicherung binnenmarktlicher Gleichwertigkeit.

## Literatur

- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013). *In welchem Verhältnis stehen der EQR einerseits und die Richtlinien 2005/36/EG und 2013/55/EU zur Anerkennung von Berufsqualifikationen andererseits?* <https://www.dqr.de/content/2360.php> (21.10.2018).
- BMBF (o. J.). *Der Europäische Bildungsraum*. <https://www.bmbf.de/de/auf-dem-weg-zum-europaeischen-bildungsraum-304.html> (28.10.2018).
- Europäisches Parlament und Rat (2008). *Empfehlung zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen vom 23.04.2008*. Brüssel, Europäisches Amtsblatt (EUABl) v. 06.05.2008, C 111/4.
- Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz (2019). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 Pfl BG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung*. [https://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst\\_pflgb\\_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf](https://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf) (15.02.2020).
- Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) v. 17.07.2017, BGBl. I S. 2581-2614; Art. 1 PflBRefG: Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG).
- Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) für bundesrechtlich geregelte Heilberufe und andere Berufe v. 18.04.2016, BGBl. I S. 886–950.
- GMK – Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2013). *Deutscher Qualifikationsrahmen – Einordnung Pflege- und Gesundheitsberufe*. Beschluss der GMK vom 27.06.2023, TOP 7.2.
- EFN – European Federation of Nurses (2015). *EFN-Kompetenzrahmen*. EFN-Leitlinie für die Umsetzung von Artikel 31 der Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG, geändert durch die Richtlinie 2013/55/EU. <http://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/EFN-Competency-Framework-German-29-09-2015.pdf> (21.10.2018).
- Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe – PflAPrV) v. 02.10.2018, BGBl. v. 10.10.2018, S. 1572.





# 3

## Interprofessionelles Lernen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe

RONJA BEHREND; MAREEN MACHNER; HARM PETERS

Dieser Beitrag gibt zunächst einen Überblick über die derzeitigen vielfältigen Qualifikationswege der Gesundheitsberufe in Deutschland. Dann wird auf die Notwendigkeit interprofessioneller Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe eingegangen und es werden exemplarisch verschiedene interprofessionelle Lehr- und Lernprojekte aus der Aus- und Weiterbildung vorgestellt. Das Fazit fasst die derzeitigen Herausforderungen für das interprofessionelle Lernen in Deutschland zusammen und gibt einen Ausblick.

### 3.1 Einleitung

Eine patientenzentrierte, effiziente und sichere Versorgung ist Ziel unseres zunehmend auf die Zusammenarbeit vieler Berufsgruppen angelegten Gesundheitssystems. Organisatorische und menschliche Faktoren spielen bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten in komplexer Weise ineinander. Von den in der Versorgung tätigen Berufsgruppen wird erwartet, dass diese im Sinne der Patientinnen und Patienten zusammenarbeiten. Durch den demografischen Wandel, komplexe Krankheitsverläufe und stetig zunehmende medizinische Erkenntnisse gewinnt die Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe immer weiter an Bedeutung. Konsequenterweise müssen die Angehörigen der Gesundheitsberufe daher auf die Kooperation miteinander vorbereitet werden. Die Grundlage für die interprofessionelle Zusammenarbeit sollte möglichst bereits in der Ausbildung bzw. im Studium der Gesundheitsberufe gelegt werden. Doch auch in Fort- und Weiterbildung sowie der späteren Berufspraxis ist stetiges interprofessionelles Lernen wesentlich für eine patientenzentrierte Versorgung.

## **Begrifflichkeiten**

Oft werden die Begriffe Interprofessionalität und Interdisziplinarität synonym verwendet; dabei ist es von Bedeutung, diese differenziert zu betrachten (vgl. Mahler et al., 2014). Interprofessionalität bedeutet das Zusammenarbeiten verschiedener Professionen, wie z. B. zwischen Pfleger/-innen, Mediziner/-innen, Apotheker/-innen, Physio- und Ergotherapeuten und -therapeutinnen. Interdisziplinarität dagegen meint die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen innerhalb einer Profession, also z. B., wenn sich ein Neurologe und ein Orthopäde gemeinsam einem Krankheitsbild widmen.

Unter interprofessioneller Zusammenarbeit versteht man die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsprofessionen zusammen mit Patientinnen und Patienten, Familien und der Gesellschaft mit dem Ziel einer größtmöglichen Versorgungsqualität (vgl. WHO, 2010). Die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit kann u. a. durch interprofessionelle Ausbildung erworben werden. Dies bedeutet, dass Lernende aus zwei oder mehr Gesundheitsprofessionen miteinander, voneinander und übereinander lernen, um die Zusammenarbeit und Versorgungsqualität zu verbessern (vgl. WHO, 2010, S. 13). Dabei ist beispielsweise die gemeinsame Lehre von Medizin-, Pflege-, Physiotherapie- oder Ergotherapiestudierenden bzw. -auszubildenden gemeint.

## **3.2 Ausbildung und Studium ausgewählter Gesundheitsberufe in Deutschland**

Die Ausbildung der Gesundheitsberufe in Deutschland zeichnet sich durch eine große Vielfalt aus und nimmt damit eine Sonderstellung im internationalen Vergleich ein. Nachfolgend werden die unterschiedlichen Ausbildungs- sowie Weiterbildungswege anhand ausgewählter Gesundheitsberufe exemplarisch beschrieben. Dies ist relevant, da in der Ausbildung der Grundstein für die spätere Zusammenarbeit der Professionen gelegt wird. Zudem nehmen Bildungswege Einfluss auf die Berufskulturen und auch auf den späteren Status der Berufe in der Versorgung und der Zusammenarbeit der Professionen (vgl. Hall, 2005).

Berufszulassungen für die Pflege und die Therapieberufe (Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie) werden traditionell überwiegend durch eine i. d. R. dreijährige Ausbildung unterhalb der Hochschulebene in Bildungseinrichtungen der Sekun-

darstufe II erworben (vgl. Lehmann et al., 2019). Die notwendigen Qualifikationen und die Bildungswege der Gesundheitsberufe werden aufgrund immer komplexer werdender Aufgaben in der Gesundheitsversorgung diskutiert. So beschreibt der im Jahr 2010 erschienene Lancet-Report die Erfordernisse eines veränderten Profils der „Health Professionals“ und unterstützt die Notwendigkeit von Veränderungen in der Gesundheits- und Bildungspolitik (vgl. Frenk et al., 2010). Das Manifest der Robert Bosch Stiftung „Mit Eliten pflegen“, das an die bereits 1992 erschienene Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ anknüpft, bildete einen weiteren Meilenstein für die Qualifizierungs- und Akademisierungsdiskussion in Deutschland (vgl. Moses, 2015). Konkret wird gefordert, „die Qualifizierung von geeignetem Fachpflegepersonal zu erweitern und die Strukturen der Gesundheitsversorgung so zu verändern, dass die neuen Kompetenzen Anwendung finden können“, um zukünftig eine exzellente Pflege zu gewährleisten (RBS, 2018, S. 8).

Diese Diskussionen über die Ausbildungen der Gesundheitsberufe schlagen sich gleichsam in Reformen nieder. So trat Anfang 2020 die generalistische Ausbildung für die Pflegeberufe in Kraft. Diese beruht auf dem Pflegeberufegesetz (PflBG), das in einem Modellprojekt die drei bisherigen Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem künftig einheitlichen Ausbildungsberuf zusammenführt. Das Ziel für die Reformierung des Pflegeberufes ist es, „eine hochwertige und zeitgemäße Ausbildung anzubieten, die den breiten beruflichen Einsatzmöglichkeiten und den Entwicklungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen Rechnung trägt“ (vgl. BMG, 2020a).

Ebenso wie in der Pflege wird auch die Überarbeitung der Berufsgesetze für die Therapieberufe derzeit vorbereitet. Hierzu wurde eine Bund-Länder Arbeitsgruppe eingerichtet, die einen Aktionsplan für eine bedarfsorientierte Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen erstellt hat (vgl. BMG, 2020b). Auf dieser Basis soll die Überarbeitung der Berufsgesetze erfolgen. Neben verschiedenen anderen Themen wird in diesem Papier auch die Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit für die Gesundheitsfachberufe betont.

Bei allen Reformplänen wird auch die Debatte um eine Voll- oder Teilakademisierung der Gesundheits(fach)berufe geführt (vgl. Lehmann et al., 2019). Durch Modellklauseln in den Berufsgesetzen sind seit Jahren Bachelorstudiengänge zur Erlangung der Berufszulassung für Pflege- und Therapieberufe möglich. Diese sind entweder an

Fachhochschulen oder Universitäten angesiedelt. Sie sollen u. a. die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Disziplinen ermöglichen und betonen als Ausbildungsziel den „reflektierenden Praktiker“. Für bereits beruflich Qualifizierte werden schon länger verschiedene Modelle von Aufbaustudiengängen angeboten. All diese Entwicklungen führen dazu, dass in der Versorgung Pflegende sowie Therapeutinnen und Therapeuten tätig sind, die sich auf unterschiedlichen Wegen für ihre Tätigkeit qualifiziert haben.

Andere Gesundheitsberufe werden von jeher grundständig akademisch an Universitäten ausgebildet. Zu ihnen zählen u. a. die Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie. Um die Berufszulassung als Arzt bzw. Ärztin zu erlangen, absolvieren Medizinstudierende in Deutschland ein zwölfsemestriges Studium. Davon werden zehn Semester an einer Universität abgeleistet, auf die ein praktisches Jahr folgt. Im Studium werden Grundlagenwissen, klinisch-theoretische, aber auch praktische Inhalte wie Untersuchungstechniken vermittelt. Doch auch Studiengänge wie Medizin müssen sich stetig an die veränderten Anforderungen der Patientenversorgung anpassen. Seit einigen Jahren werden an verschiedenen Standorten Modellstudiengänge Medizin angeboten (z. B. in Aachen, Berlin, Hamburg, Köln) (vgl. Guse/Kuhlmey, 2017). Diese vermitteln Wissen und die benötigten ärztlichen Fähigkeiten stärker outcomeorientiert, integriert und themenbezogen. Das Erlernen praktischer und kommunikativer Fertigkeiten hat einen größeren Stellenwert und wird u. a. in Rollenspielen, Simulationen oder mit Schauspielpatientinnen und -patienten trainiert. Auch das Erlernen interprofessioneller Kompetenzen soll zukünftig vermehrt in die Medizinstudiengänge integriert werden (vgl. BMBF/BMG, 2017). Die ärztliche Approbationsordnung regelt die Ausbildung und Berufszulassung der Ärztinnen und Ärzte und benennt in § 1 das Ziel, „die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens [zu] fördern“ (vgl. § 1, Absatz 1 ÄApprO, 2002). Anzunehmen ist, dass das Thema Kooperation und auch interprofessionelles Lernen in der erwarteten überarbeiteten Approbationsordnung zukünftig einen noch größeren Stellenwert erhalten wird.

### **3.3 Interprofessionelle Ausbildung in Deutschland**

Die immer komplexer werdenden Anforderungen in der Patientenversorgung und die zunehmende Spezialisierung in den Disziplinen führen dazu, dass die Versor-

gung mehr und mehr im Team stattfindet. Daher gewinnen vor allem die sozialen und kommunikativen Kompetenzen an Bedeutung. Die Vermittlung von Team- und Kommunikationskompetenz wurde in den letzten Jahren zunehmend in die Ausbildungen und Studiengänge vieler Gesundheitsberufe implementiert. Etliche Studiengänge bieten längsschnittlich integrierte Kommunikationsstränge an, die die Lernenden auf die Kommunikation und die Patientenversorgung vorbereiten sollen (vgl. Härtl et al., 2005). Im Rahmen dieser Lehrveranstaltungen werden typische Situationen aus der Klinik wie die Patientenübergabe, Aufklärungsgespräche oder das Überbringen schlechter Nachrichten trainiert. Hierfür werden u. a. Schauspielpatientinnen und -patienten eingesetzt, die in die Patientenrolle schlüpfen und das entsprechende Krankheitsbild spielen, während die Studierenden die Arztrolle oder die Rolle der Pflegenden einnehmen. Dies hat den Vorteil, dass das Verhalten und die Kommunikation im geschützten Rahmen trainiert wird und die Studierenden Feedback von Kommilitonen sowie den Schauspielpatientinnen und -patienten erhalten (vgl. Ortwein et al., 2006).

Viele Situationen, wie die Patientenübergabe oder Visite, finden in der Versorgung gemeinsam mit verschiedenen Berufsgruppen statt; dennoch werden die Kommunikationstrainings in Medizin-, Pflege- und Therapiestudiengängen bzw. -ausbildungen überwiegend monoprofessionell durchgeführt. Obwohl die Fähigkeit zur Zusammenarbeit eine Schlüsselkompetenz ist (vgl. Reeves et al., 2010), die zumindest als Ziel medizinischer Ausbildung – in Rahmenwerken, Curricula und auch in der Approbationsordnung für Ärztinnen/Ärzte – formuliert ist, war interprofessionelle Ausbildung lange kaum in die Medizinstudiengänge integriert.

Seit einigen Jahren jedoch wird die Bedeutung der interprofessionellen Ausbildung zunehmend betont. Die Robert Bosch Stiftung hat mit dem „Memorandum – Kooperation der Gesundheitsberufe“ bereits 2011 20 Weichenstellungen beschrieben, um eine kooperativere Versorgung zu begünstigen und zu ermöglichen (vgl. RBS, 2011). Auch der Wissenschaftsrat und der Sachverständigenrat betonten die Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit für die Versorgung (vgl. SVR, 2007; WR, 2012). 2013 initiierte die Robert Bosch Stiftung das Förderprogramm „Operation Team“ (vgl. RBS, 2020), das zum Ziel hatte, interprofessionelle Lehr- und Lernprojekte an medizinischen Fakultäten in Deutschland zu fördern. In zwei Förderphasen wurden insgesamt 17 Projekte initiiert, sodass in den letzten Jahren an fast jeder zweiten medizinischen Fakultät in Deutschland Erfahrungen mit interprofessioneller

Lehre gesammelt wurden. Die Planung, Umsetzung und vor allem die Verstetigung dieser Lehrformate erwies sich dabei als herausfordernd (vgl. Nock, 2016). Das hat zum einen den Grund, dass die Lehrveranstaltungen sehr aufwendig in der inhaltlich-didaktischen Planung und der organisatorischen Umsetzung sind. Zum anderen stellen sich rechtliche Fragen, die die Umsetzung gemeinsamer Lehre von Studierenden, Auszubildenden sowie Schülerinnen und Schülern von einer oder mehrerer Institutionen erschweren. Vielerorts wurden trotz Hürden kreative Lösungen gefunden und interprofessionelle Lehrveranstaltungen angeboten. Je nach Schwerpunktsetzung und auch spezifischen Rahmenbedingungen an den verschiedenen Standorten wurden verpflichtende (curriculare) oder freiwillige (extra-curriculare) Veranstaltungen zu unterschiedlichen Themen entwickelt.

### **3.3.1 Beispiele für curriculare interprofessionelle Lehrveranstaltungen**

Im Rahmen des Förderprogramms der Robert Bosch Stiftung „Operation Team“ wurden an verschiedenen medizinischen Fakultäten in Deutschland curriculare interprofessionelle Lehrveranstaltungen entwickelt. Im Berliner Projekt „INTER-M-E-P-P – Interprofessionelles Lehren und Lernen in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege“ wurden zwei curriculare Lehrveranstaltungen entwickelt, erprobt und in die Curricula aller Kooperationspartner implementiert (vgl. Bohrer et al., 2016). Eine davon ist die Veranstaltung „Grundlagen des Umgangs mit bewegungseingeschränkten Menschen“, die für Medizinstudierende der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Charité) gemeinsam mit Pflegestudierenden der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) und Physiotherapiestudierenden der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH) im ersten oder zweiten Semester angeboten wird (vgl. Behrend et al., 2017). Das Thema „Mobilisierung“ ist ein Querschnittsthema, das für alle drei Berufsgruppen praxisrelevant ist und sich zu einem frühen Zeitpunkt im Studium anbietet, da alle Lernenden zu diesem Zeitpunkt auf einem ähnlichen Wissensstand sind. Die Veranstaltung findet in 15er- oder 30er-Gruppen statt und dauert 90 Minuten. Nach der Begrüßung und dem Kennenlernen folgt ein Theorieinput über die Folgen von Mobilitätseinschränkungen, dann tauschen sich die Studierenden über die verschiedenen beruflichen Perspektiven von Mobilität aus. Hierbei werden auch die Aufgaben der unterschiedlichen Berufsgruppen im Kontext des Themas Mobilisierung angesprochen und diskutiert. Es folgt eine Übungsphase, bei der die Studierenden in inter-

professionellen Kleingruppen die Mobilisation vom Liegen in Rückenlage bis zum Sitz an der Bettkante üben. Hierbei schlüpft immer ein Lernender in die Rolle des Patienten/der Patientin. Diese Übungsphase bietet die Möglichkeit zum Austausch, da die Studierenden im direkten Kontakt miteinander sind und sich die Lernenden wechselseitig helfen und unterstützen. Anschließend reflektieren die Studierenden die Erfahrungen aus dem interprofessionellen Kurs. Evaluationen im Vorher-Nachher-Vergleich zeigen, dass die Studierenden nach der Lehrveranstaltung einen Wissenszuwachs und eine Einstellungsänderung hin zu einer positiveren Einstellung zur interprofessionellen Zusammenarbeit aufwiesen (vgl. Behrend et al., 2017).

Die zweite interprofessionelle Lehrveranstaltung aus dem Projekt „INTER-M-E-P-P“ wird ebenfalls gemeinsam von der Charité, der ASH und der EHB angeboten. Zum Thema „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ lernen Medizin-, Pflege- und Physiotherapiestudierende des fünften Semesters miteinander. Da die Studierenden schon etwas weiter fortgeschritten sind, wird hier bereits mit konkreten Patientenbeispielen gearbeitet. Mit dem Ziel, einen Behandlungsplan für einen Patienten/eine Patientin zu entwickeln, arbeiten jeweils acht Studierende aus mindestens zwei Professionen für 125 Minuten in einer Kleingruppe miteinander. Zunächst wird eine Kennenlernrunde durchgeführt und Fragen zu den beteiligten Berufsgruppen werden beantwortet. Es folgt eine Videoanalyse, bei der eine Patientin vorgestellt wird und nacheinander drei verschiedene Professionen zu Wort kommen, die ihre jeweilige Perspektive auf die Patientin schildern. Die Studierenden erhalten Beobachtungsaufträge für das Video und diskutieren im Anschluss über unterschiedliche berufliche Perspektiven, die im Film dargestellt werden. Danach sollen die Studierenden in einem Rollenspiel die Rolle des Arztes bzw. der Ärztin, der Pflegekraft und des/der Physio- oder Ergotherapeuten/-therapeutin einnehmen und im interprofessionellen Rollenspiel einen Behandlungsplan für einen Patienten erarbeiten. Ziel ist es dabei, zu erkennen, dass alle professionellen Perspektiven bei der patientenzentrierten Therapieplanung einbezogen werden sollten. Die Veranstaltung endet mit einer Reflexion der interprofessionellen Lehrerfahrung. Die Evaluationen der Veranstaltung zeigen, dass vor allem der Austausch miteinander geschätzt wird, dass aber die Zeit hierfür von vielen Studierenden als zu knapp empfunden wird (vgl. Bohrer et al., 2015).

Ein drittes Beispiel für das interprofessionelle Lernen, das entweder curricular eingebunden (über Anrechnungsmöglichkeiten) oder freiwillig stattfinden kann, sind studentische Tutorien. Diese sind aus dem Projekt „InterTUT – Interprofessionelle



Tutorien“ hervorgegangen, das ebenfalls in Berlin in Kooperation zwischen Charité, ASH, EHB und der ehemaligen Gesundheitsakademie der Charité – jetzt Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe (BBG) – durchgeführt wurde. Hierbei agieren Studierende selbst als Tutorinnen und Tutoren (Lehrende) und lernen gemeinsam mit interessierten Studierenden. Dieses sogenannte „Peer Teaching“ ist vor allem ein in der Medizin verbreitetes Format zur Vertiefung von Fachinhalten und zum Trainieren von Fertigkeiten. Dieses kann je nach Thema vom ersten bis zum letzten Semester als Lernmöglichkeit genutzt werden. Im Berliner Projekt wurden interprofessionelle Tutorien zu verschiedenen Themen, wie z. B. Rollenklarheit, Kommunikation, Konfliktsituationen am Lebensende oder Ernährung, entwickelt und in interprofessionellen Studierendengruppen durchgeführt. Hierbei sind immer zwei Tutorinnen/Tutoren aus verschiedenen Professionen aktiv und begleiten die interprofessionelle Kleingruppe (ca. acht Studierende) durch den Termin. Dieses Format bietet sich im Kontext der Interprofessionalität an, da durch die Kleingruppe ein Austausch zwischen den Professionen stattfinden kann (vgl. Reichel/Ewers, 2017).

### **3.3.2 Interprofessionelle Ausbildungsstationen**

Es hat sich gezeigt, dass sich vor allem praktische Inhalte bzw. Inhalte mit Patientenbezug für das interprofessionelle Lernen anbieten, da hier der Mehrwert einer guten Zusammenarbeit besonders deutlich wird. International (u. a. in Schweden und Großbritannien) werden seit Jahren gute Erfahrungen mit Ausbildungsstationen gemacht, auf denen Lernende verschiedener Professionen in einem realen Stationsalltag als interprofessionelles Team in der Patientenversorgung tätig sind (vgl. Reeves/Freeth, 2002; Linskog et al., 2009). Diese interprofessionellen Ausbildungsstationen (IPSTAS) werden nun auch in Deutschland, u. a. in Freiburg, Heidelberg oder Mannheim, erprobt (vgl. Mette et al., 2019; Mihaljevic et al., 2018). Beim Einsatz auf interprofessionellen Ausbildungsstationen versorgen Lernende in interprofessionellen Teams Patientinnen und Patienten im realen Stationssetting. Je nach Organisation sind hier z. B. Medizinstudierende, Pflegeauszubildende und Physiotherapieschüler/-innen gemeinsam und eigenverantwortlich für die medizinische Versorgung, Pflege und ggf. Mobilisation der Patientinnen und Patienten zuständig. Sie werden dabei von Praxisanleitenden bzw. Lernbegleitenden aus allen beteiligten Professionen betreut, sodass die Patientensicherheit gewährleistet ist (vgl. Mette et al., 2019; Mihaljevic

et al., 2018; Nock, 2018). Die Evaluationen der ersten deutschen interprofessionellen Ausbildungsstationen zeigen, dass die Einsätze von den Lernenden i. d. R. als sehr positiv und als wertvolle Lernerfahrung gewertet werden (vgl. Mette et al., 2019). Bislang gibt es nur an einigen wenigen Standorten interprofessionelle Ausbildungsstationen, da das Einrichten dieser Lernorte aufwendig ist und umfangreiche Ressourcen benötigt werden. Auffällig ist, dass besonders die Lernenden selbst interprofessionelle Lernmöglichkeiten verstärkt einfordern. So setzt sich die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) aktiv für die Einführung von interprofessionellen Ausbildungsstationen an weiteren Standorten ein (vgl. bvmd, 2020).

Das interprofessionelle Lernen in der Ausbildung ist ein wichtiger Baustein zum Erlernen der interprofessionellen Zusammenarbeit. Aber obwohl viel Mühe in die Entwicklung und Implementierung interprofessioneller Lehre investiert wird, kann bisher nur von einem Anfang gesprochen werden. Oftmals bleibt es bei Pilotveranstaltungen oder einzelnen Interventionen, da Projektbefristungen, mangelnde Ressourcen oder sonstige organisatorische Herausforderungen einer langfristigen Verstetigung im Wege stehen. Dauerhaft werden längsschnittlich verankerte interprofessionelle Lehr- und Lernkonzepte benötigt, die nachhaltig in die Ausbildungen und Studiengänge implementiert werden.

Doch auch nach der Ausbildung bzw. dem Studium zur Berufszulassung behält das interprofessionelle Lernen seine Bedeutung und sollte sich konsequenterweise auch in der Fort- und Weiterbildung sowie im beruflichen Alltag fortsetzen (vgl. Paradis/Whitehead, 2018).

### **3.4 Interprofessionelles Lernen in der Fort- und Weiterbildung**

Die Komplexität in der Versorgung und der stetige medizinische Fortschritt erfordern auch nach der Ausbildung bzw. dem Studium ein kontinuierliches Weiterlernen der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen. Im Sinne des lebenslangen Lernens (Life Long Learning) wird daher von Angehörigen der Gesundheitsberufe die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung erwartet, um eine moderne und stets optimale Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (vgl. Lehmann et al., 2019; Moses, 2015). Viele Berufe, wie z. B. die Arzt- und die Therapieberufe, unterliegen daher einer Fortbildungspflicht, die im Sozialgesetzbuch oder in den Rahmenverträgen mit den Kassen

festgelegt ist (vgl. z. B. § 95d SGB V). Im Bereich der Pflegeberufe gibt es bis dato keine Fortbildungspflicht, jedoch gehört auch für die Pflege die Fort- und Weiterbildung zur Qualifizierung in speziellen Aufgabenfeldern zur Tagesordnung.

Bekannt ist, dass die geforderten Fähigkeiten und Fertigkeiten für Pflegenden im Berufsalltag durch die grundständige Ausbildung nicht ausreichend abgebildet sind. Deshalb entwickelten sich in den letzten Jahren als Reaktion auf diesen Bedarf eigenständige Schwerpunktbereiche in den verschiedenen pflegerischen Versorgungsbereichen. Ein prominentes Beispiel stellt die Fachweiterbildung für Anästhesie- und Intensivpflege dar, die dem Bereich Notfallpflege sehr nahe ist (vgl. Machner et al., 2020; Riessen et al., 2015). Diese Spezialisierungsbereiche erfordern eine besonders hohe Teamkommunikation sowie ein gegenseitiges Rollenverständnis, die über die Anforderungen hinausgehen, die im Rahmen einer generalistischen Ausbildung bzw. durch die ehemalige Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege abgedeckt wird. Speziell die interprofessionelle Zusammenarbeit ist vor dem Hintergrund des Zusammenspiels in Ad-hoc-Teams seit den letzten Jahrzehnten als relevant für die Akut- und Notfallmedizin erkannt worden. In Notaufnahmen agieren Ärztinnen und Ärzte, Notfallpflegende und Notfallsanitäter/-innen gemeinsam in interprofessionellen Teams. Notaufnahmen bilden die für die Patientensicherheit wesentlichen Schnittstellen zwischen präklinischer und klinischer Versorgung. Hautz et al. zufolge treten medizinische Fehler in Notaufnahmen besonders häufig auf und sind vor allem in dem Bereich der „human factors“ und bei der Medikation weit verbreitet (vgl. Hautz et al., 2016). Human factors meint dabei Faktoren, die sich beziehen auf

„Umwelt-, Organisations- und Arbeitsplatzfaktoren sowie auf menschliche und individuelle Eigenschaften. [...] Eine einfache Möglichkeit, menschliche Faktoren zu betrachten, besteht darin, an drei Aspekte zu denken: den Arbeitsplatz, das Individuum und die Organisation und wie sie sich auf das gesundheits- und sicherheitsrelevante Verhalten von Menschen auswirken“ (Eutenier, 2015, S. 659).

Das Auftreten medizinischer Fehler wird mit einer Inzidenz von ca. 9 % beschrieben – mögliche Folgen können das Patientenwohl gefährden (vgl. Rall/Oberfrank, 2013). Fast die Hälfte der Fehler wird als vermeidbar angesehen und kann durch Qualifizierungsangebote sowie Simulationstrainings im interprofessionellen Team (vgl. Kap. 3.5) (vgl. Reason, 2000) nachweislich reduziert werden.

Nach Angaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) waren 2018 insgesamt 1.748 Akutkrankenhäuser an der Notfallversorgung beteiligt. Schätzungen

der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zufolge suchen jährlich ca. 21 Millionen Patientinnen und Patienten die Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser auf; dies entspricht ca. 70 % aller Patientinnen und Patienten (vgl. Machner et al., 2020; Riessen et al.; 2015). Dennoch wird dieser Einsatzbereich in den pflegerischen und medizinischen Curricula sowie in den obligatorischen Praxiseinsätzen in der Ausbildung zu wenig berücksichtigt (vgl. Machner et al., 2017). In Deutschland ist jede/-r zweite notärztlich versorgte Patient/-in mindestens 65 Jahre und knapp ein Drittel aller Notfallpatientinnen und -patienten mindestens 70 Jahre alt. Diese Entwicklung stellt die notfallmedizinischen Teams vor große Herausforderungen, da geriatrische Patientinnen und Patienten besonders häufig durch Multimorbidität, kognitive Einschränkungen sowie erhöhte Vulnerabilität charakterisiert sind. Hierdurch ergeben sich komplexe Beschwerdebilder und zusätzliche Barrieren, wie Informationsdefizite oder vielschichtige Pflegesituationen (vgl. Schuster et al., 2016). Diese Aspekte stellen eine erhebliche Herausforderung für eine hochwertige Versorgung in interprofessionellen Teams dar. Es ist deshalb erforderlich, dass interprofessionelle Themen auch im Rahmen der Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsprofessionen aufgegriffen werden.

### **Das interprofessionelle Projekt – InProSim®**

Aufgrund des oben beschriebenen Mangels an interprofessionellen Inhalten in der Ausbildung entstand 2016 das Projekt InProSim® in Kooperation mit der Berliner Feuerwehr, dem Bildungscampus für Gesundheitsberufe (BBG) und dem Lernzentrum der Charité. Die neue landesrechtliche Implementierung der Fachweiterbildung Notfallpflege erforderte eine vertiefende Verzahnung der Curricula für Medizinstudierende, den Auszubildenden der Notfallsanitäter/-innen sowie Teilnehmenden der Fachweiterbildung Notfallpflege. Alle Berufsgruppen verbindet die Schnittstelle der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Notaufnahme. Vor dem Hintergrund „Warum arbeiten wir gemeinsam, trainieren aber noch alleine?“ entstand ein longitudinales simulationsbasiertes Trainingsformat für die o. g. Berufsgruppen. Die Tatsache, dass Lernende in Ausbildung, Studium und Weiterbildung gemeinsam lernen, ist eine Besonderheit, spiegelt aber auch den Alltag in der Notaufnahme wider. Alle Berufsgruppen müssen in ihrem Berufsalltag in der Lage sein, Kernkompetenzen – wie ein gegenseitiges Rollenverständnis sowie Zusammenarbeit im Team – in klinischen Settings zu integrieren und anzuwenden. Dies sollen sie im Rahmen der

Trainings erlernen, um praktische, ethische und interprofessionelle Bereiche in der klinischen Arbeit frühzeitig zu verstehen, darauf zu reagieren und in interprofessionellen Teams kooperativ zusammenarbeiten zu können.

In eintägigen, aus medizinischen, pflegerischen und präklinischen Teams (Notfallsanitäter/-innen) bestehenden Simulationstrainings wurden verschiedene notfallmedizinische Fälle, beginnend in der Präklinik bis zur Versorgung im Krankenhaus, trainiert. Die durchgeführten präklinischen und klinischen Simulationen werden pro Station für 90 Minuten mit anschließendem Debriefing geplant. Die Teilnehmenden durchlaufen an einem Tag vier Simulationen in einer Gruppenstärke von zwölf Personen. Im Fokus hierbei stehen die Kompetenzverbesserung in der Kommunikation und der Teamarbeit in interprofessionellen Teams sowie das gegenseitige Rollenverständnis der jeweiligen Berufsgruppen. Die Fallentwicklung erfolgt durch interprofessionelle Instruktorenteams, die in der Präklinik sowie der Klinik tätig sind und sich an den Lernzielen der jeweiligen Auszubildenden bzw. Lernenden orientieren. Jedes Training hat ein Thema des Tages, das interprofessionelle Handlungskompetenzen berufsgruppenübergreifend verbindet. Dazu zählten u. a. Übergabestandards, Crisis-Ressource-Management und leitlinien-gerechtes Arbeiten (vgl. Eisenmann et al., 2018). Nach jeder durchlaufenen Simulation (vgl. Abb. 3.1) erhalten alle Teilnehmenden eine strukturierte Nachbesprechung (Debriefing) durch ein interprofessionelles Instruktorenteam sowie Kommunikationsexperten. Die Nachbesprechungsstruktur folgt dem üblichen dreistufigen GAS-Modell und besteht u. a. aus folgenden Teilen (vgl. Sawyer et al., 2016):

- a) Sammeln der Teilnehmerinformationen
- b) Informationen mit weiteren Fragen analysieren
- c) Zusammenfassung der Nachbesprechung mit den Lernzielen für die nächste Simulation durch die Instruktoren und Instruktorinnen

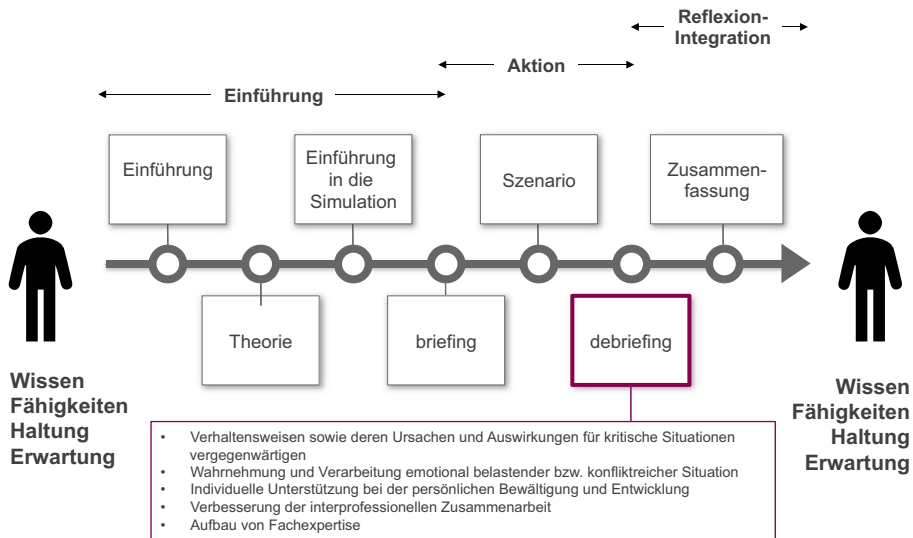


Abb. 3.1: Ablauf eines interprofessionellen Simulationstrainings (Machner, 2020)

Das gesamte Projekt wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert mit der Fragestellung: Inwiefern können interprofessionelle Kompetenzen die Zusammenarbeit verbessern und welche Kompetenzen haben sich im Speziellen verändert? Hierfür füllen die Teilnehmenden vor und nach dem Simulationstraining einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung aus. Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten selbsteingeschätzten Lernzuwachs in sechs Kernkompetenzbereichen wie der Kommunikations- und Teamfähigkeit (vgl. Eisenmann et al., 2018). Bis 2020 konnten 782 Teilnehmende in dem Projekt qualifiziert werden. Die guten Evaluationsergebnisse und Erfahrungen zeigen, dass interprofessionelle Simulationstrainings und Praktika als Längsschnittprogramme in den jeweiligen Curricula aller beteiligten Gesundheitsberufe verstärkt implementiert werden sollten.

Die Erfahrung mit der Planung und Durchführung interprofessioneller Simulationstrainings zeigt, dass sie äußerst kontext- und situationsabhängig sind. Die Planung eines interprofessionellen Simulationstrainings erfordert viel Zeit, Koordination und Ressourcen. Unter diesen Aspekten zeigen die Ergebnisse, dass das „Engagement zum Wandel“ ein einfach zu handhabendes Instrument ist, das den Teilneh-

menden dabei hilft, darüber nachzudenken, welche Lektionen sie auf ihren Arbeitsplatz übertragen sollen.

Die Anwendung einer praxisbasierten Perspektive bei der Untersuchung interprofessioneller Simulationen zeigt, dass sich bestimmte Praktiken im Laufe der Ereignisse in Getanem („doings“), Gesagtem („sayings“) und Beziehungen („relations“) (vgl. Schatzki, 2012) darstellen lassen. Daraus ergibt sich die Herausforderung für die InstruktorInnen und Instruktoressen (Lehrenden), die variierenden Probleme, mit denen die Teilnehmenden im Verlauf der Simulation konfrontiert werden, aufmerksam wahrzunehmen und deren Auswirkungen einzuschätzen. Wird dies berücksichtigt, hat es Folgen für die Durchführung des Debriefings (Nachbesprechungen), aber auch darauf, wie Evaluationsergebnisse genutzt werden, um konkrete Szenarien oder Maßnahmen zur Vorbereitung der Studierenden auf die Simulationsübungen zu überarbeiten (vgl. Abrandt et al., 2016).

### **3.5 Herausforderungen, Chancen und Grenzen interprofessioneller Lehrveranstaltungen**

Das interprofessionelle Lernen geht mit einer Vielzahl von Herausforderungen einher, bietet gleichzeitig aber auch viele Chancen. Zu den Herausforderungen zählen insbesondere die strukturellen Rahmenbedingungen der verschiedenen Gesundheitsprofessionen, wie z. B. unterschiedliche Stundenpläne, Veranstaltungsformate, Lernorte und Prüfungsformen. Auch kapazitätsrechtliche Hürden sind bei der Umsetzung innerhalb der curricularen Lehre zu klären und ggf. juristisch abzusichern. Weiterhin sind inhaltlich-didaktische Fragen zu klären, wie etwa die Lerninhalte, Vermittlungsmethoden, Zeitpunkt im Studium usw. Empfohlen wird die längsschnittliche Verankerung interprofessioneller Lehre, bevorzugt in kleinen Gruppen und mit praktischen Anteilen. Auch interprofessionelle Simulationstrainings oder der Einsatz auf interprofessionellen Ausbildungsstationen bieten die Möglichkeit zum Lernen in realen Settings mit viel Praxisbezug. Doch all diese Lehrformate bedeuten in der Umsetzung einen hohen Aufwand und sind mit Ressourceneinsatz verbunden, der eingeplant werden muss.

Verschiedene Lösungsmöglichkeiten sind denkbar und auch digitale Möglichkeiten bieten neue Chancen für die erfolgreiche Umsetzung interprofessioneller Lehre. So kann das digitale Lernen, das während der Corona-Krise an vielen Fakultäten und

Ausbildungseinrichtungen stark ausgebaut wurde, unter Umständen als Unterstützung bei der Vor- und Nachbereitung der Lehre dienen. Zu beachten ist jedoch, dass das digitale Lernen – insbesondere beim Erwerb interprofessioneller Kompetenzen – nur eine Unterstützung sein kann und den persönlichen Kontakt der Lernenden keinesfalls ersetzt. Weitere Chancen interprofessionellen Lernens liegen darin, dass der regelmäßige Kontakt beim gemeinsamen Lernen etwas ganz Selbstverständliches wird, was im Idealfall auch im Arbeitsalltag weitergeführt werden wird. Zu hoffen ist, dass das beim Lernen erworbene Verständnis füreinander dazu führt, dass die Zusammenarbeit auch im Versorgungsalltag einen höheren Stellenwert bekommt. Hiervon könnten die Patientinnen und Patienten, aber auch die Gesundheitsprofessionen selbst profitieren, da gelungene Absprachen und das Arbeiten miteinander sowohl die Mitarbeiterzufriedenheit als auch die Patientenzufriedenheit erhöhen können (vgl. Reeves et al., 2016). Es gilt also, an die zahlreichen Pilotprojekte und bisher bereits implementierten interprofessionellen Lehrveranstaltungen und Fortbildungen anzuknüpfen und diese konsequent auszubauen.

### **3.6 Bedeutung informeller Begegnungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit**

Ganz abseits von interprofessioneller Lehre – ob nun curricular implementiert oder extra-curricular – spielen die informellen Begegnungen im Lehr- bzw. Berufsalltag der Gesundheitsprofessionen eine große Rolle. Die Begegnung und der Austausch in Pausen oder bei gemeinsamen Aktivitäten können das Verständnis füreinander verbessern und den Austausch ganz nebenbei anregen. So bietet es sich in Lehrinstitutionen an, dass verschiedene Ausbildungen die gleichen Pausenzeiten und -räume nutzen, um den Austausch miteinander überhaupt erst zu ermöglichen. Sogenannte „Flurgespräche“ können dazu beitragen, dass eine professionübergreifende Vernetzung stattfindet. Bei interprofessioneller Aus-, Fort- und Weiterbildung werden in der Regel Zeiten für den informellen Austausch eingeplant oder sogar durch die Lernenden selbst initiiert. Lehrpersonen sollten die Lernenden dabei zum interprofessionellen Austausch auch in den Pausenzeiten anregen und dem gegenseitigen Kennenlernen ganz bewusst Raum geben. Der interprofessionelle Austausch kann bereits durch Begegnungsräume gefördert werden. Diese Möglichkeiten können –



sowohl in Ausbildungsinstitutionen, als auch im beruflichen Umfeld – beispielweise gemeinsam genutzte Küchen, Pausen- oder Aufenthaltsräume sein.

Lehrende und Vorgesetzte sollten sich beim formellen und informellen interprofessionellen Austausch ihrer Vorbildfunktion bewusst sein. Durch das Beobachten erfahrener Personen wird von den Nachwuchskräften viel gelernt, da sie sich an Vorbildern (role models) orientieren. Gerade die ungeschriebenen Regeln (hidden curriculum) der Zusammenarbeit werden häufig durch das Beobachten und Nachahmen erlernt, daher ist die Vorbildfunktion von Lehrenden bzw. Vorgesetzten beim interprofessionellen Austausch von Bedeutung.

### **3.7 Zusammenfassung und Fazit**

Dieser Beitrag beschreibt den aktuellen Stand der interprofessionellen Qualifizierung in Deutschland und beleuchtet in diesem Kontext die aktuelle Situation der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. Durch unterschiedliche Qualifikationswege herrschen heterogene Berufs- und Ausbildungskulturen vor, die ein Hindernis in der Patientenversorgung darstellen können. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der zunehmenden Komplexität der Gesundheitsversorgung gewinnt die interprofessionelle Zusammenarbeit an Bedeutung und damit auch die Notwendigkeit, die Lernenden bereits in der Ausbildung auf die interprofessionelle Zusammenarbeit vorzubereiten. Interprofessionelle Lehre wird daher zunehmend in den Ausbildungen und Studiengängen, aber auch in den Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe in Form von curricularen und extra-curricularen Angeboten erprobt. Nun gilt es, bereits Erreichtes aus verschiedenen (Pilot-)Projekten zu verstetigen, interprofessionelle Lehre weiter in die Curricula zu integrieren und Inhalte miteinander zu vernetzen. Die zunehmende Verankerung der Thematik in den beruflichen Rahmenwerken ist hierfür ein wichtiger Impulsgeber, um das interprofessionelle Lernen noch stärker zu verankern und zur Selbstverständlichkeit für alle Lernenden der Gesundheitsberufe zu machen.

## Literatur

- Abbrandt D. M./Fenwick T./Hopwood N. (2016). *Theorising simulation in higher educations. Difficulty for learners as an emergent phenomenon*. *Teaching in Higher Education*, 21 (6), S. 613–627.
- Behrend, R./Peters, H./Böttner, A./Heinze, C. (2017). *Interprofessionelles Lernen: Lernzuwachs und Einstellungsänderung bei Medizinstudierenden im 1. Semester*. *International Journal of Health Professions*, 4 (1), S. 43–52.
- BMBF/BMG – Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Beschlusstext zum Masterplan Medizinstudium 2020*. [https://www.bmbf.de/files/2017-03-31\\_Masterplan%20Beschlusstext.pdf](https://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf) (11.08.2020).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. (2020a). *Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz/faq-pflegeberufegesetz.html> (11.08.2020).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020b). *Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte\\_Gesamtkonzept\\_Gesundheitsfachberufe.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf) (11.08.2020).
- Bohrer, A./Behrend, R./Arends, P./Höppner, H. et al. (2015). *Interprofessionelle Zusammenarbeit gestalten, Konflikte im Team reflektieren. Eine Lerneinheit des Projektes Interprofessionelles Lernen in der Medizin; Ergotherapie; Physiotherapie und Pflege (INTER-M-E-P-P)*. *Unterricht Pflege*. Prodos Verlag, (4), S. 7–15.
- Bohrer, A./Heinze, C./Höppner, H./Behrend, R. et al. (2016). *Berlin in Motion: Interprofessional teaching and learning for students in the fields of medicine, occupational therapy, physiotherapy and nursing (INTER-MEPP)*. *GMS Journal for Medical Education*, 33 (2).
- bvmd – Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (2020). *Projekt IPSTA – Gemeinsam für eine Verbesserung des Kompetenzerwerbs im PJ*. <https://www.bvmd.de/unsere-arbeit/projekte/ipsta-interprofessionelle-ausbildungsstation/> (11.08.2020).
- Eisenmann, D./Stroben, F./Gerken, J./Exadaktylos, A. et al. (2018). *Interprofessional Emergency Training Leads to Changes in the Workplace*. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19 (1), S. 185–192.
- Euteneier, A. (Hrsg.) (2015). *Handbuch klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen – medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Frenk, J./Chen, L./ Bhutta, Z. A./Cohen, J. et al. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. *Lancet*, (376), S. 1923–1958.
- Guse, A. H./Kuhlmey, A. (2017). *Modellstudiengänge in der Medizin Lehrinnovationen am Beispiel der Studiengänge in Hamburg und Berlin*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, (61), S. 132–140.
- Hall, P. (2005). *Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers*. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (1), S. 188–196.
- Härtl, A./Bachmann, C./Blum, K./Blum, S. et al., (2005). *Wunsch und Wirklichkeit – eine Umfrage im deutschsprachigen Raum zum Lehren und Prüfen kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium*. *GMS Journal for Medical Education*, 32 (5).

- Hautz, S. C./Schuler, L./ Kämmer J. E./Schauber S. K. et. al. (2016). *Factors predicting a change in diagnosis in patients hospitalised through the emergency room: a prospective observational study*. BMJ Open, 6 (5), e011585.
- Lehmann Y./Schaepe C./Wulff I./Ewers, M. (2019). *Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?* 1. Auflage, Stiftung München. Heidelberg: medhochzwei.
- Lidskog, M./Löfmark, A./Ahlström, G. (2009) *Learning through participating on an interprofessional training ward*. Journal of Interprofessional Care, 23 (5), S. 486–497.
- Machner, M./Möckel, M./Liehr, B./Lindner, T. et al. (2017). *Entwicklung eines Curriculums für Notfallpflege an der Charité: Qualifikation gleich Qualität*. Notfall + Rettungsmedizin, 20, S. 522–536.
- Machner, M./Walk, R./Möckel, M./Buchmann, M. et al. (2020). *Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur gestuften Notfallversorgung und seine Auswirkung auf die Weiterbildung Notfallpflege: Eine deutschlandweite Querschnittserhebung*. Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin. <https://doi.org/10.1007/s00063-019-00645-3>.
- Mahler, C./Gutmann, T. /Karstens, S./Joos, S. (2014). *Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis*. GMS Journal for Medical Education, 31 (4).
- Mette, M./Baur, C./Hinrichs, J./Oestreicher-Krebs, E. et al. (2019). *Implementierung der Mannheimer Interprofessionellen Ausbildungsstation (MIA): Erste Evaluationsergebnisse*. GMS Journal for Medical Education, 36 (4).
- Mihaljevic, A. L./Schmidt, J./Mitzkat, A./Probst, P. et al. (2018). *Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): a practice-and theory-guided approach to development and implementation of Germany's first interprofessional training ward*. GMS Journal for Medical Education, 35 (3).
- Moses, S. (2015). *Die Akademisierung der Pflege in Deutschland*. 1. Auflage. Programmbereich Pflege. Bern: Huber.
- Nock, L. (2016). *Interprofessional teaching and learning in the health care professions: A qualitative evaluation of the Robert Bosch Foundation's grant program „Operation Team“*. GMS Journal for Medical Education, 33 (2).
- Nock, L. (2018). *Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Ein Praxisleitfaden*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Ortwein, H./Frömmel, A./Burger, W. (2006). *Einsatz von Simulationspatienten als Lehr-, Lern- und Prüfungsform*. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 56 (1), S. 23–29.
- Paradis, E./Whitehead, C. R. (2018). *Beyond the Lamppost: A Proposal for a Fourth Wave of Education for Collaboration*. Academic medicine, 93 (10), S. 1457–1463.
- Rall, M./Oberfrank, S. (2013). *„Human factors“ und „crisis resource management“: Erhöhung der Patientensicherheit*. Unfallchirurg, (116), S. 892–899.
- Reason, J. (2000). *Human error: models and management*. BMJ, (320), S. 768–770.
- Reeves, S./Macmillan, K./Soeren, M. van (2010). *Leadership of Interprofessional Health and Social Care Teams: A Socio-historical Analysis*. Journal of Nursing Management, (3), S. 258–264.
- Reeves, S./Fletcher, S./Barr, H./Birch, I. et al. (2016). *A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39*. Medical Teacher, 38 (7), S. 656–668.
- Reeves, S./Freeth, D. (2002). *The London training ward: an innovative interprofessional learning initiative*. Journal of Interprofessional Care, 16 (1), S. 41–52.

- Reichel, K./Ewers, M. (2017). *Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen. Das Projekt interTUT*. Working Paper No. 17-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Riessen, R./Gries, A./Seekamp, A./Dodt, C. et al. (2015). *Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen*. *Notfall und Rettungsmedizin*, (18), S. 174–185.
- RBS – Robert Bosch Stiftung (2020). *Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen*. <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/operation-team-interprofessionelles-lernen> (11.08.2020).
- RBS – Robert Bosch Stiftung (2018). *Mit Eliten Pflegen*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung. [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-02/RBS\\_Broschuere\\_360Grad\\_Pflege\\_Manifest\\_WEB\\_ES.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-02/RBS_Broschuere_360Grad_Pflege_Manifest_WEB_ES.pdf) (11.08.2020).
- RBS – Robert Bosch Stiftung (2011). *Memorandum. Kooperation der Gesundheitsberufe Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Sawyer, T./Eppich, W./Brett-Fleegler, M./Grant, V. et al. (2016). *More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods*. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, (11), S. 209–217.
- Schatzki T. (2012). *A primer on practices*. In: Higgs, J./Barnett, R./Billett S. et al. (Hrsg.): *Practice-Based Educations. Perspectives and Strategies*. Rotterdam: Sense Publishers, S. 13–26.
- Schuster, S./Singler, K./Dormann, H. (2016). *Geriatrische Notfallpatienten: Qualität in der notfallmedizinischen Versorgung*. *Notfall und Rettungsmedizin*, (19), S. 657–665.
- SVR (2007). *Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung\\_2007.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf) (11.08.2020).
- WHO – World Health Organization (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education Collaborative Practice*. Genf: Weltgesundheitsorganisation (WHO).
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin: Wissenschaftsrat.



# 4

## Was bewirkt eine Pflegekammer für die Berufsgruppe? Pro und Kontra der Pflegekammer

NORA WEHRSTEDT VON NESSEN-LAPP; ANJA WIEDERMANN

Dieser Beitrag beschreibt die Notwendigkeit, den Nutzen sowie die Chancen von Pflegekammern für die gesamte Berufsgruppe der Pflegenden. Den Schwerpunkt bildet hierbei die Pflegekammer Niedersachsen, jedoch wird auch die Verkammerung der Pflegenden in ganz Deutschland und Europa näher untersucht. Dabei spielt auch eine Rolle, welche Bedeutung Pflegekammern auf der Landes- sowie Bundesebene einnehmen, um letztendlich die unterschiedlichen Fakten rund um Pflegekammern kritisch zu analysieren, da es nach wie vor Pro- und Kontraargumente zu diesen Einrichtungen gibt.

### 4.1 Einleitung

Das Gesundheitswesen und insbesondere die Pflegeberufe stehen bereits seit Jahren massiven Herausforderungen gegenüber. Verbandsvertreter/-innen und Pflegefremde wissen zumeist sehr genau, was dabei „gut“ für die Pflege ist, was in den Gesetzesbegründungen zur Errichtung von Pflegekammern meist unter dem Begriff der Bevormundung des Berufsstands beschrieben wird (vgl. Niedersächsischer Landtag, 2016, S. 17). Die derzeitige Situation der Pflegeberufe zeigt jedoch, dass die bislang getroffenen Entscheidungen und Maßnahmen, den Pflegeberuf aufzuwerten und mehr Pflegepersonal zu gewinnen, bis jetzt ins Leere liefen (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2020, S. 16; Simon, 2018, S. 11 f.; Pflegekammer Niedersachsen, 2018, S. 54).

Die Pflegenden selbst sind es, die für sich sprechen sollten und genau wissen, welche konkreten Probleme vorliegen und welche Herausforderungen in den nächsten Jahren weiter auf die Berufsgruppe zukommen. Ihre pflegfachliche Perspektive muss daher zwingend in die zukünftigen Entscheidungen eingebunden werden.

Eine Pflegekammer kann aufgrund der Charakteristika und der Organisation daher ein Hilfsmittel sein, seiner Berufsgruppe und sich selbst Gehör in der Politik zu verschaffen. Mit einer Stimme für alle Berufsangehörigen zu sprechen, ist das, was

die Pflege nötig hat und was vor dem Hintergrund der aktuellen COVID-19-Pandemie wichtiger denn je erscheint.

Nur wer sich als Berufsgruppe für die eigenen Belange mittels einer Selbstverwaltung in Form einer Kammer einsetzt, kann Verbesserungen bewirken, die den Beruf nachhaltig und langfristig fördern, fördern und so attraktiv gestalten, dass ihn auch in mehreren Jahren noch Menschen ausüben.

## **4.2 Entwicklung und Aufgaben der Pflegekammer Niedersachsen**

Die Pflegekammer Niedersachsen ist die dritte und mit ca. 90.000 Mitgliedern – mit Abschlüssen in der Altenpflege, Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege – die bis jetzt größte Pflegekammer Deutschlands (vgl. Pflegekammer Niedersachsen, 2018, S. 14). Sie besteht seit dem 01.01.2017. Ab diesem Zeitpunkt hat der ehrenamtlich tätige Errichtungsausschuss der Pflegekammer Niedersachsen gemeinsam mit anfänglich sehr wenigen Beschäftigten die Vorbereitungen zur Etablierung der berufsständischen Selbstverwaltung getroffen. Unter anderem zählen hierzu der Aufbau der Geschäftsstelle in Hannover, die Registrierung aller Pflegefachpersonen in ganz Niedersachsen sowie die Wahl der Mitglieder der Kammerversammlung. Im Anschluss an diese Vorbereitungen wurde im Sommer 2018 die Kammerversammlung aus der Berufsgruppe heraus gewählt – Mitglieder der Kammerversammlung sind daher nur Berufsangehörige aus dem Bundesland Niedersachsen. Die Kammerversammlung besteht aus 31 gewählten Pflegefachpersonen aller drei Berufszweige in der Pflege, die ihrer Tätigkeit in der Kammerversammlung ehrenamtlich und neben ihrem Beruf in einem pflegerischen Setting nachkommen. Der Aufwand für die Arbeit im Vorstand sowie die Tätigkeit im Rahmen von Sitzungen wird mit einem geringen finanziellem Ausgleich entschädigt (im Rahmen der Aufwands- und Entschädigungsordnung, die eine Kammer verabschiedet). Die Reisekosten für die Kammerversammlungsmitglieder aus ganz Niedersachsen werden ebenfalls auf der Grundlage der Aufwands- und Entschädigungsordnung erstattet, um jedem Berufsangehörigen die Möglichkeit geben zu können, sich unabhängig von der privaten finanziellen Situation an der Arbeit der Pflegekammer Niedersachsen beteiligen zu können. Die Pflegekammer Niedersachsen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts (KdÖR) und ihr Sitz ist in der Landeshauptstadt Hannover.

Sämtliche Vorgaben, beispielsweise für die Wahlen der Kammerversammlung, die Registrierung der Mitglieder, die Mitgliedschaft in der Kammer und die weiteren Formalitäten, sind in der gesetzlichen Grundlage, dem Kammergesetz für die Heilberufe in der Pflege (PflegeKG), geregelt. Die Rechtsaufsicht ist ebenfalls gesetzlich geregelt und beim Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung verortet.

Darüber hinaus beinhaltet das PflegeKG die gesetzlichen Regelungen dazu, welche Ausschüsse durch die Mitglieder der Kammerversammlung zu bilden sind. Die Ausschüsse der Pflegekammer Niedersachsen sind Nachfolgende:

- Ausschuss Weiterbildung
- Ausschuss Berufsordnung
- Ausschuss für Qualitätssicherung und -entwicklung
- Ausschuss Schlichtung
- Ausschuss für pflege- und gesundheitspolitische Angelegenheiten
- Ausschuss für Finanz-, Beitrags- und Kostenangelegenheiten

Die einzelnen Ausschüsse haben unterschiedliche Aufgaben, die sowohl im PflegeKG als auch in der Kammersatzung festgelegt sind. Die Mitglieder der Ausschüsse erarbeiten u. a. entweder die entsprechenden Ordnungen, so wie es das Gesetz vorgibt, oder beteiligen sich an der Erstellung von Stellungnahmen, beispielsweise für Anhörungen im Niedersächsischen Landtag. Alle Ausschüsse werden durch Mitglieder der Kammerversammlung besetzt und haben die Möglichkeit, interne sowie externe Gäste für bestimmte Themen einzuladen.

Neben der Ausschussarbeit ist die Beteiligung von Kammermitgliedern in wichtigen Landesgremien mit Stimmrecht eine weitere wichtige Aufgabe der Pflegekammer. Vorher gab es meist keine Vertreter/-innen, die die pflegefachliche Expertise dort einbrachten und einbringen konnten.

### 4.3 Pflegekammern in Europa

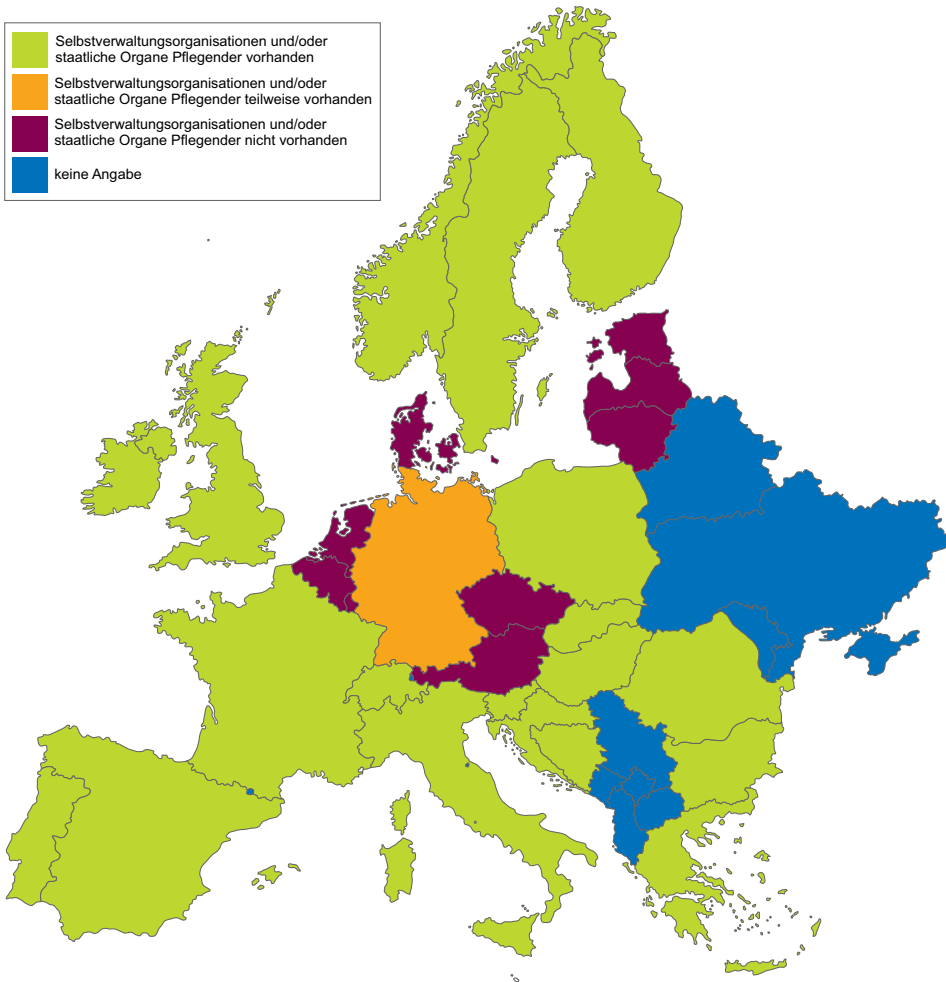
In den europäischen Nachbarländern und Europa im Allgemeinen sind die Pflegeberufe bereits zumeist verkammert (vgl. Hanika, 2015, S. 50 f.; Schwinger, 2016, S. 71 f., 118 f.). Sind Pflegenden nicht in Kammern organisiert – wie z. B. in Schweden – gibt es Selbstverwaltungs- und/oder staatliche Organe, die die Belange beruflich Pflegender



regulieren. Hierzu können Gewerkschaften wie auch Berufsverbände gezählt werden. Der Organisationsgrad ist in diesen europäischen Ländern um ein Vielfaches höher als in Deutschland (vgl. Hanika, 2015, S. 50 f.; Schwinger, 2016, S. 71 f., 118 f.).

In Schweden sind Pflegende gemeinsam mit anderen Berufsgruppen wie z. B. den Hebammen im Verband der Gesundheitsberufe „Vardförbundet“ organisiert, der ähnlich wie eine Gewerkschaft fungiert. Inhaltlich betrachtet ist dieser Verband jedoch mit einer Kammer verwandt. Der Organisationsgrad beläuft sich hier auf mehr als 80 % aller pflegerisch Beschäftigten des Landes (vgl. Hanika, 2015, S. 50 f.; Schwinger, 2016, S. 71 f., 118 f.; Hommel, o. J.)

Deutschland bildet hier – wie so häufig in Angelegenheiten, die die Pflege allgemein betreffen – das Schlusslicht. Bereits seit hundert Jahren sind Pflegende in Großbritannien in einer Pflegekammer bundesweit organisiert. Dieses Land ist gemeinsam mit den skandinavischen Ländern häufig Vorreiter, was die (Arbeits-)Organisation, den Lobbyismus und das Ansehen des Berufs betrifft. In Abb. 4.1 wird dargestellt, in welchen europäischen Ländern Pflegende in Organisationen vertreten sind, über die politischer Einfluss ausgeübt werden kann. Dazu zählen Selbstverwaltungsorganisationen oder Kombinationen aus Gewerkschaften und Berufsverbänden, die aufgrund ihrer Mitgliederzahl eine starke Durchdringung in der Berufsgruppe verzeichnen können.



**Abb. 4.1:** Übersicht Selbstverwaltungsorganisationen und/oder staatliche Organe Pflegender in Europa (vgl. Schwinger, 2016; Monitor Pflege, 2015)

## 4.4 Pflegekammern in Deutschland

Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland baut im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern auf dem Prinzip der Selbstverwaltung auf. Dementsprechend sind die Akteure des Gesundheitssystems als Selbstverwaltungen organisiert.

Unter Selbstverwaltungspartnern versteht man dabei nicht nur die Verkammerung von Berufen, wie beispielsweise von Ärzten/Ärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, sondern auch das gesamte Versicherungswesen rund um die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Da all diese unterschiedlichen Akteure als Körperschaften des öffentlichen Rechts staatliche Aufgaben übernehmen, liegt es nahe, dass auch die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen verkammert ist. So können die Pflegeberufe gleichberechtigt Entscheidungen in den wichtigsten Gremien gemeinsam mit allen anderen Akteuren in der Branche treffen. Ohne eine Pflegekammer war dies bisher allerdings nicht möglich und die Berufsgruppe der Pflegenden wurde durch Berufsfremde, wie beispielsweise Juristen/Juristinnen, Sozialwissenschaftler/-innen oder Ärzte/Ärztinnen vertreten. Mit der Etablierung des Kammerwesens in der Pflege soll sich dies langfristig und nachhaltig ändern, damit die Berufsgruppe eigenständig und nicht fremdbestimmt mitentscheiden und -gestalten kann.

Die Organisation als berufsständische Selbstverwaltung in Form einer Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts zeichnet sich u. a. durch die Pflichtmitgliedschaft sowie eine unabhängige Finanzierung über Mitgliedsbeiträge aus. Die Regularien zu diesen Charakteristika finden sich in den jeweils gültigen gesetzlichen Grundlagen der Kammern und können zum Teil zwischen den einzelnen Bundesländern aufgrund der landesspezifischen Gesetzgebungen variieren.

Neben der Pflegekammer Niedersachsen existieren bis heute zwei weitere Kammern für Berufsangehörige der Pflege in Deutschland: die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein und die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

Letztere ist die bislang am längsten existierende Pflegekammer – sie wurde im Jahr 2016 gegründet. Die rheinland-pfälzische Vertreterversammlung besteht aus 81 gewählten Berufsangehörigen. Mitglieder der Landespflegekammer sind, wie auch in Niedersachsen und Schleswig-Holstein, Pflegefachpersonen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Die Landespflegekammer vertritt in Rheinland-Pfalz ca. 40.000 Pflegefachpersonen (vgl. Bundespflegekammer, o. J.).

Die kleinste der drei bestehenden Pflegekammern ist die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Sie besteht seit April 2018 und vertritt etwa 27.000 Pflegefachpersonen des nördlichen Bundeslandes (vgl. Bundespflegekammer, o. J.). Die Kam-

merversammlung der Pflegeberufekammer besteht aus 40 gewählten Vertreterinnen und Vertretern der Berufsgruppe.

Aus jeder Kammer- bzw. Vertreterversammlung wird durch die Delegierten der Vorstand der Kammer gewählt. Die Aufgaben des Vorstands werden gemäß der jeweiligen gesetzlichen Grundlage der Pflegekammer sowie den Satzungen und Ordnungen begründet. Wie in Niedersachsen auch, bilden die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein und die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz aus den Reihen ihrer ehrenamtlichen Versammlung unterschiedliche Ausschüsse und besetzen externe Gremien.

In Nordrhein-Westfalen (NRW) wurde im Sommer 2020 der Errichtungsausschuss der Pflegekammer NRW berufen. Die erste und konstituierende Sitzung der Mitglieder des Errichtungsausschusses fand im September 2020 statt. Geplant ist hier, dass die Pflegekammer NRW im März 2022 ihre Arbeit aufnimmt. Mit NRW als bevölkerungsreichem Bundesland und geschätzten über 200.000 Pflegenden wird der Pflegekammergedanke weiter vorangetrieben (vgl. MAGS, o. J.).

Im Bundesland Baden-Württemberg wurde das Gesetz zur Errichtung einer Pflegekammer vorerst zurückgezogen. Ursprünglich war in Baden-Württemberg die Bildung eines Gründungsausschusses zum 01.10.2020 geplant. Diese Pflegekammer würde geschätzt 120.000 Pflegefachpersonen vertreten. Die aktuell weiteren Planungen in Baden-Württemberg sind unklar (vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, o. J.).

Abbildung 4.2 zeigt die Situation der Pflegekammern in ganz Deutschland und verschafft damit einen aktuellen Überblick über die Verkammerung der Pflegeberufe. Auffällig ist dabei, dass in einer Vielzahl der Bundesländer bereits unterschiedliche Umfragen innerhalb der Berufsgruppe durchgeführt wurden, um ein Meinungsbild für die Errichtung einer Pflegekammer zu erheben. Im Großteil dieser Bundesländer ist es bis jetzt bei dieser Befragung geblieben, ohne dass eine Gesetzesinitiative weiter im Land angestoßen wurde.

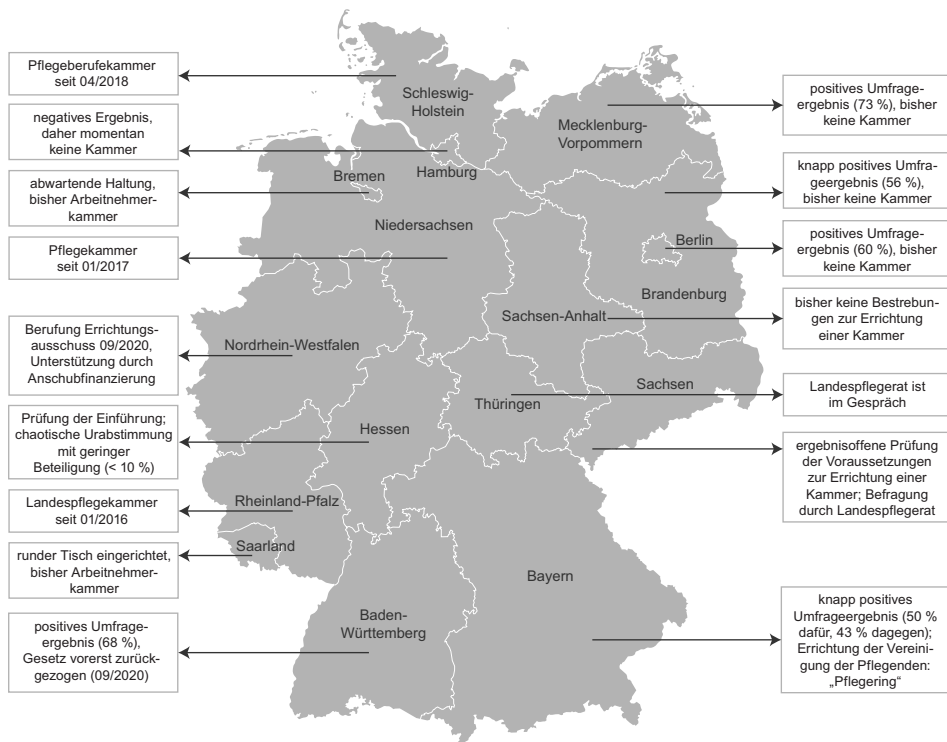


Abb. 4.2: Übersicht Pflegekammern in Deutschland

Die drei bestehenden Kammern (in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen) haben gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) die Bundespflegekammer gegründet. Bestrebungen für die Gründung einer gemeinsamen Organisation auf Bundesebene gibt es ebenso lange wie die Bestrebungen auf der Landesebene. Mit der Gründung der Pflegekammer in Niedersachsen ist das Vorhaben allerdings immer konkreter geworden, sodass im Jahr 2018 die Vorbereitungen für die Vorstufe der Bundespflegekammer, die Pflegekammerkonferenz, getroffen wurden. Die Pflegekammerkonferenz wurde im Sommer 2020 durch die offizielle Vereinsgründung der Bundespflegekammer abgelöst. Die Bundespflegekammer vereint somit alle bestehenden und sich in Gründung befindlichen Kammern und vertritt gemeinsam mit dem DPR mehr als 1,4 Millionen professionell Pflegenden deutschlandweit (vgl. Bundespflegekammer, o. J.). Der DPR übernimmt dabei die Rolle der Vertretung der Pfl-

gefachpersonen aus Bundesländern ohne Kammern. Der Errichtungsausschuss der Pflegekammer NRW hat seit seiner Konstituierung bei den Sitzungen der Bundespflegekammer einen Gaststatus. Da sich diese Kammer noch in Gründung befindet, kann sie gemäß der Vereinssatzung noch kein Mitglied der Bundespflegekammer werden.

## 4.5 Bedeutung von Pflegekammern auf der Landesebene

Das Gesundheitswesen basiert nicht nur auf dem Prinzip der Selbstverwaltung, sondern ist auch großen personellen und versorgungspolitischen Herausforderungen ausgesetzt. Wenn es um den Stand der Pflegeberufe geht, gilt es, vielfältige Probleme zu lösen. Die Bezahlung und die Arbeitsbelastung sind nur ein Teil davon. Die Diskrepanz zwischen der pflegfachlich notwendigen Qualität für die Versorgung der Patienten/Patientinnen und Pflegebedürftigen kommt seit Jahren in derart eklatanter Weise zu kurz, dass der Beruf für viele Berufsangehörige inzwischen mit dem persönlichen Anspruch an ihre eigene Arbeit nicht mehr in Einklang zu bringen ist (vgl. Kersting, 2016; Simon et al., 2005). Dies ist ein Hauptgrund dafür, dass Pflegenden den Beruf verlassen – der Ausstieg aus dem Beruf wurde als sogenannter „Pflexit“ bekannt – und somit nicht mehr ausreichend Pflegepersonal in den verschiedenen Settings zur Verfügung steht. Die Versorgung der Pflegebedürftigen in den (Rehabilitations-)Kliniken, Einrichtungen der Langzeitpflege, in der häuslichen Umgebung und den vielen anderen Pflegebereichen kann nicht mehr sichergestellt werden. Auch die aktuellen Schwierigkeiten rund um die COVID-19-Pandemie zeigen diese Diskrepanz zwischen Bedarf, theoretischer Behandlungskapazität und praktischem Fachkräftemangel mehr als deutlich. Der Mehraufwand der Hygienemaßnahmen kann nicht abgedeckt werden, und die gezählten Krankenhausbetten auf den Intensivstationen sind faktisch nicht „bepflegbar“ (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2020; Gerlof, 2019). Wir sprechen hierbei allerdings von einem Dilemma im Gesundheitswesen, auf das seit mehreren Jahren, wenn nicht sogar Jahrzehnten, zugesteuert wird, ohne dass wirkungsvolle und nachhaltige Maßnahmen durch Bund und Länder ergriffen wurden. Und dass, obwohl der Aufschrei der Berufsgruppe seit Jahren nicht verhallt.

In der Diskussion zur Verbesserung der Pflegesituation in Deutschland rückt die Bedeutung der Pflegefachberufe zunehmend ins Zentrum der Betrachtung. Heute werden nicht nur medial, sondern auch politisch die Pflegefachberufe als wichtige Säule im Rahmen der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Ver-

sorgung der Bevölkerung wahrgenommen (vgl. Pflegekammer Niedersachsen, 2018, S. 13). Vor allem vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ist eine Lobeswelle über den Beruf geschwappt.

Nichtsdestotrotz wurde dem Pflegeberuf als anerkanntem Heilberuf bis heute kein Instrument an die Hand gegeben, um – wie auch in anderen Heilberufen – autonom entscheiden und handeln zu können. Nach Kaiser ist jedoch die Autonomie eines Berufs ein entscheidender Faktor für die Entwicklung von Professionalität im beruflichen Handeln (vgl. Kaiser, 2005).

Um an dieser Problematik weiter ansetzen zu können, wird dringend ein Kammerwesen für die Pflegefachpersonen in Deutschland benötigt, das eine pflegepolitische Wirkung entfalten kann, indem staatliche Aufgaben übertragen werden und die Selbstverwaltung des eigenen Berufs eine Selbstverständlichkeit wird.

Die Errichtung einer Pflegekammer auf Landesebene ist deshalb bedeutsam, da Kammern ein wirkungsvolles Instrument einer starken Interessenvertretung der jeweiligen Mitglieder darstellen. Ziel der Bundesländer sowie deren Landesregierungen war bisher immer, den Pflegeberuf durch die Etablierung einer berufsständischen Selbstverwaltung aufzuwerten (vgl. Landesregierung Rheinland-Pfalz, 2014; Schleswig-Holsteinischer Landtag, 2014; Niedersächsischer Landtag, 2016; MAGS, o. J.).

Das Kammerwesen hat eine jahrhundertelange Tradition in Deutschland (vgl. Kluth, o. J., S. 6 f.; Hendl, 2005, S. 18 ff.). Eine Vielzahl an Berufen sind daher in Kammern organisiert. Die Grundidee der Einführung einer berufsständischen Selbstverwaltung ist, dass die Betroffenen – also die registrierten Mitglieder (hier die Pflegenden) – Angelegenheiten, die sie betreffen, weitestgehend unabhängig von Interessen Dritter und deren Einwirkung regeln können. Die Regelung der entsprechenden Inhalte erfolgt durch die eigene Berufsgruppe im Sinne der Berufsgruppenangehörigen.

Grundgedanken der Etablierung einer Selbstverwaltung sind die **Dezentralisierung** der Organisation, die **Effizienzsteigerung** (geringere Kosten), die Steigerung der **Effektivität** (höherer Zielerreichungsgrad) und die Steigerung der **Akzeptanz von Entscheidungen** (höhere Zustimmung der Betroffenen) des Verwaltungshandelns (vgl. Hendl, 2005, S. 18 ff.; Kluth, o. J.). Diese Grundgedanken tragen das Kammerwesen bis heute.

Beispiele für die Bedeutung von Pflegekammern auf der Länderebene zeigen sich anhand der derzeit bestehenden Pflegekammern. Im Rahmen der drei Hauptaufgaben von Kammern, der Standesaufsicht, der Standesförderung und der Standes-

vertretung kann aufgezeigt werden, wo Pflegekammern in der Weiterentwicklung der Pflegeberufe ihre Wirkung erzielen können.

Im Rahmen der **Standesaufsicht** ist es ein wesentlicher Auftrag der Kammern, **Berufsordnungen** zu erstellen. Die Etablierung einer verbindlichen Berufsordnung, auf die sich jede Pflegefachperson beziehen kann, ist immanenter Bestandteil einer Kammer bzw. ergibt erst durch die Existenz einer Kammer Sinn, da sie nur so kontrolliert und effektiv verbreitet werden kann. Dies zeigen deutlich die Erfahrungen hinsichtlich der Berufsordnungen der Ärztekammern, die für alle Ärzte/Ärztinnen präsent sind und seit Langem die Qualität der ärztlichen Berufsausübung sichern. Hingegen sind Berufsordnungen für Pflegende, die von Landesregierungen erlassen wurden (wie z. B. in Hamburg, dem Saarland, Bremen, Sachsen), kaum präsent in der eigenen Berufsgruppe und zeigen nicht die gewünschten Effekte.

Die Berufsordnung definiert das weite Berufsfeld der Pflege. Diese enthält nicht nur die Definition von Pflege, sondern darüber hinaus auch die Festlegung der Rechte und Pflichten der gesamten Berufsgruppe und jedes einzelnen Berufsgruppenangehörigen. Die darin definierten Inhalte haben eine Rechtsverbindlichkeit, die für Pflegende essenziell ist, um sich selbst und gemeinsam mit einer berufsständischen Organisation für die Verbesserung der beruflichen Bedingungen einzusetzen. Die bis heute fehlende verbindliche Definition von Pflege ist aus unserer Sicht eine wesentliche Ursache für die fehlende Anerkennung des Pflegeberufs. Die nun erstmals benannten vorbehaltenen Tätigkeiten für Pflegefachpersonen im Pflegeberufegesetz (§ 4 PflBG) sind ein erster wesentlicher Schritt in Richtung autonomes Handeln. Jedoch müssen diese Tätigkeiten weiter konkretisiert werden, damit die gesetzliche Grundlage auch ihre Wirkung entfalten kann und sich Pflegefachpersonen darauf berufen können (vgl. Büscher et al., 2019). Berufsordnungen können und sollten zu einer solchen Konkretisierung beitragen. Die Berufsordnungen der Ärztekammern zeigen hier deutlich, wie eine solche Konkretisierung aussehen kann.

Im Rahmen der **Standesförderung** entwickeln Pflegekammern den Beruf weiter. So haben sich alle Pflegekammern auf Landesebene zum Ziel gesetzt, die **Weiterbildungen** entsprechend der Bedarfe der Pflegenden und der pflegebedürftigen Bevölkerung zu erneuern. Um auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlich fundierten Pflege tätig sein zu können und die Qualifizierung der Berufsgruppe eigenverantwortlich zu gestalten, sind qualifizierte **Weiterbildungen** unerlässlich. Von daher muss die Weiterbildungsordnung zwingend durch die eigene Berufsgruppe und



nicht durch Fachfremde erstellt werden und zeitgemäß auf die tatsächlichen Probleme der zu Pflegenden, und zwar unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen Pflegender, ausgerichtet sein. Über das starke Instrument der Bundespflegekammer können länderübergreifend Harmonisierungen von Ordnungen geschaffen werden.

Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsqualität ist es notwendig, **Qualitätsstandards** festzulegen, die nicht nur für die Pflegefachpersonen, sondern auch für die Kostenträger und Anbieter pflegerischer Leistungen verbindlich sind. Bis dato gibt es nur wenige einheitliche Qualitätsvorgaben, geschweige denn Qualitätssicherungsinstrumente aus pflegefachlicher Sicht. Standards und andere Vorgaben sind in den Bereichen des elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) sowie des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) unterschiedlich geregelt. Gerade im SGB-V-Bereich, beispielsweise in Krankenhäusern, werden Qualitätsvorgaben eher aus der medizinischen Perspektive festgelegt, da sie anhand der G-BA-Richtlinien erstellt werden.

Im Rahmen der **Standesvertretung** sind Kammern berechtigt, **Stellungnahmen** zu aktuellen Gesetzesentwürfen abzugeben und hierbei die Interessen der Berufsgruppe einfließen zu lassen. Dies ist ein Novum, da Pflegende bislang durch das Fehlen einer Pflegekammer lediglich durch Berufsfremde vertreten wurden. Berufsangehörige, etwa in Gewerkschaften oder Berufsverbänden, konnten keine adäquate Standesvertretung bieten, da sie häufig nur mit einem Gaststatus ohne Stimmrecht geladen wurden. Darüber hinaus ist der Organisationsgrad in Gewerkschaften und Verbänden nicht mit der Mitgliederstärke einer Kammer zu vergleichen, was zudem die Legitimation für eine Standesvertretung entzieht. Beispielsweise konnte die Pflegekammer Niedersachsen hingegen jüngst in einer Anhörung im Landtag abwenden, dass Pflegende in einer Pandemielage zum Dienst verpflichtet werden (vgl. Pflegekammer Niedersachsen, 2020a). Hier brachte die Pflegekammer Beispiele, wie durch andere Maßnahmen Pflegende in einer Pandemie eingesetzt werden können.

Die Pflegekammer Niedersachsen war auf Grundlage des PflegeKG legitimiert, eine **pflegeberufliche Ethikkommission** zu gründen. Dies geschah im Sommer 2019. Diese Ethikkommission ist damit die erste ihrer Art und hat die Aufgabe, die ethischen Dilemmata der pflegerischen Wirklichkeit aufzugreifen und nach innen wie nach außen transparent und umsetzbar zu machen. Sie ist in der Lage, ethische Fragestellungen so aufzubereiten, dass sich daraus Hinweise für Verbesserungen ergeben. Sie ist, wie die Pflegekammer auch, in der Lage, den Finger in die Wunde problematischer ethischer Themen – wie z. B. bei der Frage des Selbstbestimmungsrechts

pflegebedürftiger Menschen im Rahmen der COVID-19-Pandemie (vgl. Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen, 2021) – zu legen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten, die eine ethisch vertretbare Pflege gewährleisten.

**Alle Pflegekammern** liefern durch das **Pflegefachberuferegister** wertvolle und vor allem **valide Daten** über die Situation der Pflegefachpersonen im jeweiligen Land, und zwar bis in die kleinste Region.

Eine fehlende fundierte Datenlage und Mängel der amtlichen Statistiken hinsichtlich der Pflegeberufe beschrieb 2012 bereits Simon (vgl. Simon, 2012).

Die statistischen Auswertungen der Daten, welche die Pflegekammern in unterschiedlichsten Formen – wie Berichten oder auf ihren Websites – publizieren, stellen somit eine notwendige, sinnvolle und längst überfällige Ergänzung zur Pflegeberichterstattung des Landes und des Bundes dar. Die Daten der bereits länger bestehenden Heilberufekammern, wie die Ärztestatistik der Ärztekammern, sind seit Langem Basis der amtlichen Statistiken (vgl. Pflegekammer Niedersachsen, 2018).

Für das Flächenland Niedersachsen ist dies von besonderer Bedeutung, da die Auswertung des Pflegefachberuferegisters in Form des „Berichts über die Lage der Pflegefachberufe in Niedersachsen“ gravierende Erkenntnisse bezüglich der Versorgungssituation erfasst. Daher entschied sich die Pflegekammer Niedersachsen sehr früh, regelmäßig einen Bericht zur Lage der Pflegefachpersonen herauszugeben. So erschien 2018 der erste Bericht zur Lage der Pflegefachpersonen und 2021 der zweite Bericht (vgl. Pflegekammer Niedersachsen, 2018; 2021). Die Daten basieren auf den aktuellen Mitgliederdaten und werden jährlich anonym ausgewertet. So kann der Gesellschaft, der Politik und anderen Akteuren im Gesundheitswesen anhand valider Daten deutlich gemacht werden, was für die Pflegenden des Landes schon lange, wenn auch oft nur subjektiv, klar ist: Die Pflegeberufe sind weiblich, überaltert und ca. ein Drittel der Berufsgruppe wird in den nächsten 15 Jahren den Beruf aufgrund von Berentung verlassen (vgl. Pflegekammer Niedersachsen, 2018; 2021). Die Auswertung der Daten zeigt deutlich, dass die Anzahl von Pflegefachpersonen, die den Beruf lediglich durch Berentung und nicht aufgrund anderer Ursachen (Krankheit, sogenannter Pflexit o. Ä.) verlassen, nicht durch die aktuellen Ausbildungszahlen gedeckt werden können (vgl. Abb. 4.3).



### Anzahl Pflegefachpersonen im Verhältnis zur Bevölkerung in Niedersachsen

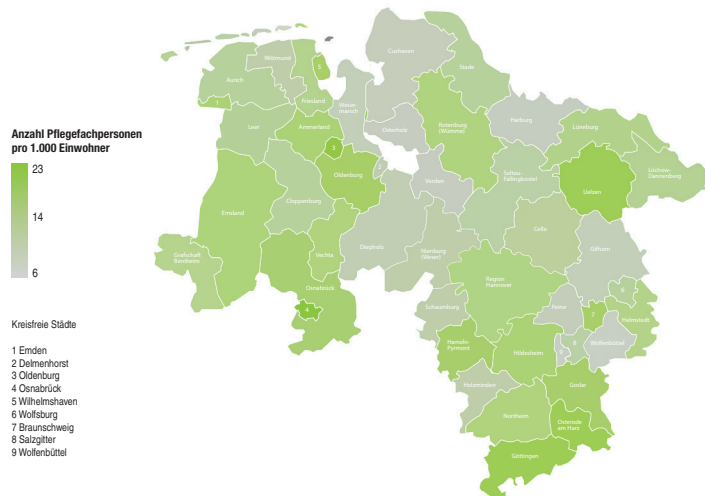


Abb. 4.3: Übersicht I zur Lage der Pflegefachberufe (vgl. Pflegekammer Niedersachsen, 2021)

Über diese (sozio-)demografischen Daten und Auswertungen hinaus ist die Pflegekammer Niedersachsen aufgrund der Übernahme der Weiterbildungen für Pflegefachpersonen in Niedersachsen in der Lage, auch diese Daten übersichtlich darzustellen. Zudem ist es erstmals möglich abzubilden, welche Abschlüsse innerhalb der Berufsgruppe vorliegen und welcher Kategorie an Arbeitgebern die registrierten Mitglieder zuzuordnen sind (vgl. Abb. 4.4). So verfügen 3,4 % der Pflegefachpersonen in Niedersachsen über einen akademischen Abschluss. Weitere 591 Pflegefachpersonen erhielten 2019 eine Anerkennung zum Führen einer Weiterbildungsbezeichnung (vgl. Pflegekammer Niedersachsen, 2021, S. 43).

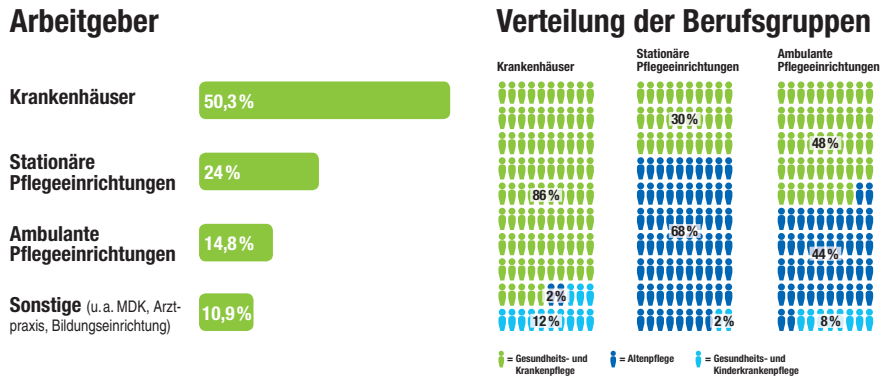


Abb. 4.4: Übersicht II zur Lage der Pflegefachberufe (Pflegekammer Niedersachsen, 2021, S. 43)

Die Auswertung von Daten dieser Art, auf der Grundlage eines Pflegefachberuferegisters kann vor dem Hintergrund der regionalen Verhältnisse dafür sorgen, dass außerdem Lösungsansätze zur Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung entwickelt werden. So kann die Pflegekammer Niedersachsen mit ihrem Bericht zur Lage der Pflegefachpersonen für die Kommunen wichtige Erkenntnisse liefern, die langfristig dazu beitragen können, die (Arbeits-)Bedingungen für Pflegefachpersonen sowohl auf dem Land als auch in der Stadt zu verbessern.

Mit der Errichtung von Pflegekammern wird zudem wesentlich zur **Professionalisierung** des Pflegeberufs beigetragen (vgl. Hanika, 2015; DBFK, 2014). Landesregierungen können sich entscheiden, ob sie zur Lösung des Problems durch die Errichtung einer Pflegekammer mit der Übertragung hoheitlicher Aufgaben beitragen möchten oder ob sie weiterhin Teil des Problems bleiben möchten, indem sie, ohne die Berufsgruppe anzuhören, versuchen, die Probleme zu lösen.

Die Pflegenden in den Bundesländern ohne Pflegekammern werden in diesem Prozess ggf. den Anschluss verlieren und könnten die Gesetzgebung auf Bundesebene im Pflegebereich aus Sicht der Pflegenden wenig mitbestimmen, da nur die bis jetzt bestehenden Selbstverwaltungspartner ihre Interessen einbringen können und werden. Für die Mitgestaltung der Bedingungen und der Zukunft des eigenen Berufsstands ist es demnach unerlässlich, sich zu engagieren und Mitglied einer Pflegekammer zu sein.

## 4.6 Bedeutung von Pflegekammern auf der Bundesebene

Aufgrund des Föderalismus werden Kammern auf der Landesebene über die Gesetzgebungen der jeweiligen Landesregierungen gegründet und etabliert. Erst diesen bestehenden Kammern ist es möglich, eine Verbindung untereinander herzustellen und somit eine Organisation auch auf der Bundesebene zu erzielen. Dies ist nicht nur der Fall bei den Pflegekammern, sondern auch bei den seit Jahrzehnten etablierten Ärztekammern. Die Bundesärztekammer ist beispielsweise ein Zusammenschluss der 17 Ärztekammern der Länder und bildet damit ein Bündnis der Körperschaften des öffentlichen Rechts, das die Form eines nicht eingetragenen Vereins innehat (vgl. BÄK, 2019).

Durch die drei bestehenden Pflegekammern wurden, wie zu Beginn erwähnt, in Zusammenarbeit mit dem DPR die Pflegekammerkonferenz und im Anschluss die Bundespflegekammer gegründet. Die Bundespflegekammer vertritt durch diesen Zusammenschluss ca. 1,4 Millionen Pflegefachpersonen in ganz Deutschland (vgl. Bundespflegekammer, 2020). Sie ist seit Sommer 2020 ein eingetragener Verein und agiert seit 2018 als länderübergreifende Vertretung der Pflegenden auf Bundesebene. Dazu zählt u. a. die gemeinsame Pressearbeit zu pflegerelevanten Themen, die über die Ländergrenzen hinaus von Relevanz sind. Auch Stellungnahmen zu unterschiedlichen Sachverhalten und Gesetzgebungsverfahren sowie Forderungspapiere, beispielsweise für die anstehende Bundestagswahl, sind Teil der inhaltlichen Arbeit. Um weiterhin nachhaltige und langfristig ausgelegte Verbesserungen für die Pflegefachpersonen in den einzelnen Bundesländern, vielmehr aber in der gesamten Bundesrepublik zu erzielen, fordern die Vertreter/-innen der Bundespflegekammer, dass die größte Berufsgruppe des Gesundheitswesens mit einem Sitz im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vertreten wird. Bisher wurde die Berufsgruppe nicht in angemessener Form im „obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltungen im deutschen Gesundheitswesen“ (G-BA, 2020) angehört und vertreten. Der G-BA ist das entscheidende Gremium, wenn es um Entscheidungen und zukunftsweisende Festlegungen im gesamten Gesundheitswesen der Republik geht. Ziel der Bundespflegekammer ist es, auf die Gesetzgebungsprozesse der Bundes- und nicht nur der Landesebene Einfluss nehmen zu können.

Die weitere inhaltliche Ausrichtung der Arbeit der Bundespflegekammer beinhaltet zudem die Harmonisierung von Ordnungen und Satzungen. Als Beispiel können

hier die Weiterbildungs- sowie die Berufsordnung genannt werden. Eine länderübergreifende Harmonisierung ist nur unter Berücksichtigung der länderspezifischen Gesetzgebungen möglich, soll aber zum einen die jeweiligen Inhalte weiter fassen und eine länderübergreifende Arbeit aller Pflegekammern erleichtern. Darüber hinaus soll der Ausschuss, der sich mit diesen Themen befassen wird, dazu beitragen, die Ordnungen als bundeseinheitliche Rahmenordnung zu verfassen.

In Bezug auf die Berufsordnung wird so dazu beigetragen, dass die noch nicht vollständig ausdifferenzierten Vorbehaltsaufgaben des neuen Pflegeberufegesetzes (PflBG) weiter konkretisiert werden. Auch die Erstellung einer Rahmenweiterbildungsordnung, wie sie seit Langem im ärztlichen Bereich existiert, schafft einheitliche Standards und Vergleichbarkeiten im gesamten Bundesgebiet. Jedes Land für sich kann dann, individuell an die jeweiligen, landesspezifischen Regularien angepasst, die Inhalte für sich nutzen. Zudem lassen sich mittels dieser Rahmenordnungen einheitliche Qualitätsstandards über die Ländergrenzen hinweg für die Berufsgruppe definieren, was ein weiterer Schritt in Richtung Professionalisierung des Berufs bedeuten würde.

Über diese gesamte inhaltliche Arbeit hinaus ist es unerlässlich, die bestehenden Pflegekammern durch das Organ der Bundespflegekammer miteinander zu vernetzen. Auf diese Weise können gemeinsame Projekte angestoßen und umgesetzt werden, wie z. B. die Erarbeitung einer Rahmenweiterbildungsordnung oder das jüngst initiierte bundesweite Freiwilligenregister im Rahmen der COVID-19-Pandemie („#pflegereserve“). Jede Kammer kann durch das geschaffene Netzwerk und den damit verbundenen Austausch profitieren.

Alles in allem ist festzustellen, dass die Bundespflegekammer die Interessen der Pflegenden bündelt und über die Ländergrenzen hinweg alle Pflegefachpersonen Deutschlands vertritt.

## 4.7 Pro und Kontra der Pflegekammern

In der Vergangenheit sind Pflegekammern durch die Vertreter/-innen aus Wirtschaft – wie der Arbeitgeberverband Bundesverband privater Anbieter e. V. (vgl. bpa, o. J.) –, aus Politik (in Niedersachsen FDP und CDU), aber auch durch Gewerkschaften wie ver.di und vor allem auch durch die eigene Berufsgruppe sehr kritisch begleitet worden (vgl. Pflegekammer Niedersachsen, 2020b). Die Kritik fing bereits

mit der Etablierung der Pflegekammer Niedersachsen an und hat insbesondere mit dem Versand der niedersächsischen Beitragsbescheide im Dezember 2018 seinen Höhepunkt erreicht. Ausgetragen wurden diese „Kämpfe“ zwischen den Befürwortern, Kritikern und Gegnern der Pflegekammern zumeist in den sozialen Medien, haben vor den Landtagen und Ministerien in den jeweiligen Bundesländern allerdings nicht Halt gemacht. Seit 2018 ist die Kritik nicht abgerissen, sondern hat sich vielmehr länderübergreifend festgesetzt. Aus der Erfahrung der Kammerarbeit in den drei Bundesländern wird deutlich, dass in den sozialen Medien eine Vielzahl an Gerüchten und Fehlinformationen kursieren, die meist im direkten Dialog mit fundierten Informationen klargestellt werden könnten. Nichtsdestotrotz lässt sich aus Sicht der Kammern ein Teil der Berufsgruppenangehörigen stark von diesen falschen Fakten beeinflussen und verkennt den Erfolg und die Machtsituation, die Pflegekammern in ganz Deutschland für die Pflegenden haben können. Ursächlich hierfür könnte ein fehlendes Verständnis politischer Strukturen und Systeme sein.

Aufgrund dessen werden im Folgenden die unterschiedlichen, kritisch zu betrachtenden Aspekte in Bezug auf die Etablierung von Pflegekammern, ihre spezifischen Charakteristika und Aufgaben näher betrachtet.

#### **4.7.1 Beitragspflicht**

Die Beitragspflicht ist bei allen bestehenden Pflegekammern als charakteristischer Grundzug zu betrachten und im entsprechenden Gesetz verankert. Die Finanzierung von Kammern wird durch Mitgliedsbeiträge geregelt und begründet sich in der Unabhängigkeit von Interessen Dritter – nur dadurch können die Interessen Pflegenden unabhängig von Wirtschaft, Politik und Gesellschaft durchgesetzt werden. Durch die Finanzierung über Mitgliedsbeiträge soll sichergestellt werden, dass die Interessen der Mitglieder umgesetzt werden. Die Verwendung der Mittel ist durch die länderspezifische Gesetzesgrundlage sowie die Satzungen und Ordnungen der jeweiligen Selbstverwaltung streng geregelt und unterliegt immer dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Die Art und Weise der Erhebung der Beiträge begründet sich durch die Beitragsordnung. Eine Vielzahl an Kammern, wie beispielsweise die Ärztekammer oder die Psychotherapeutenkammer, werden ebenfalls über Mitgliedsbeiträge finanziert (vgl. PKN, 2018).

Die Grundlage für die Verwendung der Mittel ist der Haushaltsplan, der durch die Aufsichtsbehörde genehmigt werden muss. Der Jahresabschluss der Pflegekammer Niedersachsen wird darüber hinaus durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft und, wenn notwendig, beanstandet. Diese Vorgaben werden durch die Haushalts- und Kassenordnung vorgegeben.

Die Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich tätigen Kammerversammlungsmitglieder unterliegen ebenfalls der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und sind in Niedersachsen durch die Aufwands- und Entschädigungsordnung geregelt. Alle beschriebenen Ordnungen sind vor dem Hintergrund der Vorgaben des PflegeKG erstellt worden und durch das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Gleichstellung genehmigt.

#### 4.7.2 Pflichtmitgliedschaft

Häufig kritisiert wird neben der Beitragspflicht auch die Pflichtmitgliedschaft in einer Pflegekammer. Die Notwendigkeit der Pflichtmitgliedschaft ist ebenfalls in den Grundzügen des Kammerwesens begründet. Ohne eine Pflichtmitgliedschaft und die gesetzliche Regelung der Mitgliedschaft im Allgemeinen wäre eine Legitimierung der Pflegekammern durch die gesamte Berufsgruppe nicht möglich. Nur durch die Pflichtmitgliedschaft sind Kammern berechtigt, die gesamte Berufsgruppe zu vertreten, für diese auf Landes- und Bundesebene zu sprechen und das Stimmrecht für die Berufsgruppe in wichtigen politischen Gremien zu erhalten und staatliche Aufgaben zu übernehmen. Die Pflichtmitgliedschaft ermöglicht, dass alle Pflegenden ihre Vertreter/-innen wählen bzw. sich zur Wahl aufstellen lassen können.

Für die Verbesserung der Situation der beruflich Pflegenden sowie für die Mitbestimmung und -gestaltung des eigenen Berufs werden alle Perspektiven der Pflege benötigt. Hinzu kommt, dass erst durch die Pflichtmitgliedschaft valide Daten der Pflegefachberufe vorliegen und ausgewertet werden können, um nachhaltige Entscheidungen treffen zu können. Ebenso garantiert die Pflichtmitgliedschaft, dass alle Pflegefachpersonen über politische Entscheidungen ihrer Kammer informiert werden und sich aktiv in die Arbeit und die Gestaltung ihrer Kammer einbringen können.

Berufe mit Organisationen ohne Pflichtmitgliedschaft haben in Deutschland traditionell weder einen hohen Organisationsgrad noch eine adäquate Möglichkeit, ihre Berufsgruppe zu vertreten. Pflegekammern gehören aufgrund der Größe ihrer Mit-



gliederschaft zu den größten Berufskammern. Die Aussagekraft einer Kammer mit z. B. mehr als 90.000 Pflegefachpersonen in Niedersachsen ist gerade in einem Selbstverwaltungssystem nicht zu unterschätzen. Jahrzehntlang ist den Berufsangehörigen die mangelnde Organisation von Nachteil gewesen. Man kann dementsprechend festhalten, dass nachhaltige Verbesserungen durch eine legitimierte Mitbestimmung und Einmischung nur auf der Grundlage einer Pflichtmitgliedschaft gelingen kann. Die vielfach von den Gegnern geforderte freiwillige Mitgliedschaft in einer Kammer würde zum einen dazu führen, dass es keine Kammer in dem definierten Sinne ist (Kammern unterscheiden sich in der Pflichtmitgliedschaft von anderen Institutionen, vgl. Kluth, o. J., Hanika, 2015) und der Organisationsgrad wäre erneut sehr gering, wie es die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdbP) als Beispiel eines freiwilligen Modells zeigt. So waren gerade einmal 700 Mitglieder beim VdbP nach zwei Jahren der Gründung im Jahr 2017 registriert (vgl. Bayerischer Landtag, 2019).

#### **4.7.3 Übernahme staatlicher Aufgaben**

Die Übernahme staatlicher Aufgaben ist ein essenzieller Bestandteil der Arbeit von Kammern. Durch diese Übertragung von Aufgaben ist es möglich, dass die Vertreter/-innen der Berufsgruppe für die Berufsgruppenangehörigen Aufgaben übernehmen, die andernfalls Berufsfremde übernehmen würden. Für die Pflegekammer Niedersachsen lassen sich die Belange rund um die Weiterbildung sowie die Erarbeitung und Durchführung der Weiterbildungsordnung, die Erarbeitung der Berufsordnung und die Registrierung der Pflegefachpersonen in Niedersachsen sowie durch das Führen des Pflegeberuferegisters anführen. Im Jahr 2020 ist zudem vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie das Erstellen und Führen eines Freiwilligenregisters hinzugekommen. All dies sind Aufgaben, die durch das Land an die Pflegekammer übertragen werden, da die Landesregierung diese Aufgaben sowie deren Bewältigung in den Händen der eigenen Berufsgruppe sieht. Möglich ist dies, da die Pflegekammer Niedersachsen die Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts innehat (vgl. bpb, 2016).

#### **4.7.4 Berufsordnung**

Eine Berufsordnung ist nicht dazu da, Sanktionen gegenüber Pflegenden auszusprechen. Eine Berufsordnung hat das Ziel zu definieren, was Pflege ist und welche In-

halte der pflegerische Beruf hat. Bislang existiert eine solche Definition nicht, was häufig dazu führt, dass die Vertreter/-innen aus Wirtschaft und Politik ein Bild der Pflege und von den Berufsangehörigen haben, das nicht der Realität entspricht. Darüber hinaus dient die Berufsordnung dazu, juristisch bindend Rechte und Pflichten von Pflegefachpersonen zu definieren. Diese Inhalte sind sowohl (rechts-)verbindlich für die Arbeitgeber als auch für die Pflegefachpersonen selbst. Umgekehrt soll mit einer Berufsordnung Sicherheit für die Pflegenden gegenüber Dritten hergestellt werden.

#### 4.7.5 Fort- und Weiterbildung

In Bezug auf Bildungsthemen beschäftigt sich die Pflegekammer Niedersachsen mit der Weiterbildung von Pflegefachpersonen in Niedersachsen. Im PflegeKG besteht die Möglichkeit, dass die Berufsgruppe selbstständig darüber entscheidet, wie sie ihrem beruflichen Anspruch der regelmäßigen Fortbildung gerecht wird. Ein Fortbildungsregister – und damit von der Kammer auferlegte Pflichtfortbildungen – sieht das PflegeKG nicht vor. Das PflegeKG regelt jedoch die Berufspflichten, über die auch eine Fortbildungspflicht festgelegt werden könnte. Wie die Fortbildungsbedarfe von Pflegefachpersonen in Niedersachsen zukünftig geregelt werden sollen, können die Mitglieder im Rahmen der Erarbeitung der Berufsordnung mitentscheiden.

Die staatlich übertragende Aufgabe der Weiterbildung beinhaltet u. a. die Akkreditierung von Weiterbildungseinrichtungen, das Erstellen der Weiterbildungsordnung sowie die Erstellung der Weiterbildungsurkunden und – wie oben erwähnt – die Möglichkeit, eine dem Bedarf der Pflegenden und zu Pflegenden angepasste, neue Weiterbildungsordnung für das Land Niedersachsen zu erarbeiten. Mittels einer Berufsfeldanalyse und der niedersachsenweiten Kooperation von Pflegekammer und pflegerischen Weiterbildungsstätten ist es möglich, die Erstellung der Weiterbildungsordnung breit zu streuen, um sämtliche Inhalte und pflegerische Belange abzudecken.

### 4.8 Fazit

Den Ausführungen dieses Beitrags folgend, ist es den einzelnen Landesregierungen zu empfehlen, an der Errichtung von Pflegekammern festzuhalten bzw. den Prozess der Gründung einer Pflegekammer anzutreiben und zu unterstützen. Franz Wagner,

Präsident des Deutschen Pflegerats, ist sich sicher, dass Kammern in der Aufbau-phase vor allem Rückendeckung und Zeit benötigen (vgl. Pflegekammer Niedersachsen, 2020b, S. 38).

Leider wird gerade in Niedersachsen deutlich, wie wesentlich der Erfolg einer jungen Pflegeberufekammer vom politischen Willen abhängt. So hat sich aufgrund einer größeren Gruppe von lautstarken Gegnern und einer zweifelhaften Befragung des Ministeriums innerhalb der Berufsgruppe, bei der sich ein Großteil gegen die Kammer aussprach, die Landesregierung dazu entschieden, die Kammer nach nur 2,5 Jahren – seit der Wahl zur Kammerversammlung – wieder abzuschaffen (vgl. Niedersächsische Staatskanzlei, 2021). Nie zuvor wurde eine Körperschaft des öffentlichen Rechts in einer solch kurzen Zeit errichtet und wieder aufgelöst – und noch nie eine Berufskammer. So zeigt sich leider auch am Beispiel Niedersachsen, wie demokratische Prinzipien verletzt werden (vgl. Kluth, 2020) und dass Pflege weiterhin Spielball der Politik bleibt.

Um jedoch zur Lösung der weitreichenden Probleme des Gesundheitswesens und der Herausforderungen innerhalb der Pflege beizutragen, ist es nach Ansicht der Autorinnen zwingend erforderlich, dass die Etablierung von Pflegekammern bundesweit voranschreitet. Sicherlich ist es als Kammer schwieriger zu agieren, wenn ein Teil der Berufsgruppe die eigene Berufskammer nicht akzeptiert, jedoch sollte sich der Gesetzgeber auch fragen, ob der „Widerstand bei den Mitgliedern nicht auch ein Zeichen dafür ist, dass die Pflegekammer Gemeinwohlbelange verfolgt, die von den Mitgliedern Verhaltensänderungen verlangen, die von ihnen nicht erwünscht sind“, so Kluth (Kluth, 2020).

So ist es aus unserer Sicht notwendig, den Blick auf den gesamten Berufsstand und dessen Bedeutung und Entwicklung zu lenken und nicht nur auf die Sicht einzelner Pflegefachpersonen. Es gilt, die Berufsgruppe zu professionalisieren und dahingehend weiterzuentwickeln, indem berufsständische Selbstverwaltungen etabliert und ihnen die notwendigen staatlichen Aufgaben übertragen werden. So kann aus unserer Sicht die Politik Teil der Lösung vielfältiger Probleme im Gesundheitswesen sein und dazu beitragen, die Situation der professionell Pflegenden zu verbessern. Pflegeberufekammern können jedoch nicht allein die vielfältigen Herausforderungen meistern. Nur gemeinsam mit Gewerkschaften und Berufsverbänden, dem sogenannten Dreiklang, können nachhaltige Verbesserungen für die Berufsgruppe erzielt werden. Unter Verbesserungen wird dabei die konsequente Forderung auf

Anhebung der Entgelte, einen bundeseinheitlichen Tarifvertrag, die Reduktion von Teilzeitarbeit durch sinnvolle und moderne Arbeitszeitmodelle, die Definition von Pflege mittels einer Berufsordnung, die Festlegung verbindlicher und einheitlicher Qualitätsstandards, die Übernahme von Bildungsthemen wie Weiterbildung, Förderung der Akademisierung, Erhöhung der Ausbildungszahlen und die gesellschaftliche Anerkennung des Berufs verstanden. Nur mit diesen Maßnahmen ist es möglich, dem Fachkräftemangel in den Pflegeberufen nachhaltig zu begegnen, Pflegefachpersonen für den Beruf zu akquirieren und sie lange im Beruf zu halten.

## Literatur

- BÄK – Bundesärztekammer (2019). *Die Bundesärztekammer*.  
<https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/> (04.11.2020).
- Bayerischer Landtag (2019). *Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Andreas Krahl, Kerstin Celina BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 08.04.2019*. Drucksache 18/2655. [https://www.gruene-fraktion-bayern.de/fileadmin/bayern/user\\_upload/download\\_dateien\\_2018/Anfragen\\_Antraege\\_Gutachten/2020/20-02-13\\_Anfrage\\_VdPB\\_Krahl\\_2019.pdf](https://www.gruene-fraktion-bayern.de/fileadmin/bayern/user_upload/download_dateien_2018/Anfragen_Antraege_Gutachten/2020/20-02-13_Anfrage_VdPB_Krahl_2019.pdf) (15.02.2021).
- bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (o. J.). *Voller Risiken und Nebenwirkungen. Die geplante Pflegekammer*. [https://www.bpa.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/pflegekammer/index.html](https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/pflegekammer/index.html) (07.02.2021).
- Büscher, A./Igl, G./Klie, T./Kostorz, P. et al. (2019). *Probleme bei der Umsetzung der Vorschrift zur Ausübung vorbehaltener Tätigkeiten (§ 4 Pflegeberufegesetz) – Anmerkungen und Lösungsvorschläge*. [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/Stellungnahme\\_zu\\_vorbehaltenen\\_T%C3%A4tigkeiten\\_2019-12-13\\_Version\\_final.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/Stellungnahme_zu_vorbehaltenen_T%C3%A4tigkeiten_2019-12-13_Version_final.pdf) (07.02.2021).
- Bundesagentur für Arbeit (2020). *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*.  
[https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=8](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=8) (15.02.2021).
- Bundespflegekammer (o. J.). *Gemeinsam stark für gute Pflege: Bundespflegekammer*.  
<http://www.bundespflegekammer.de> (01.11.2020).
- bpb – Bundeszentrale für politische Bildung (2016). *Körperschaft des öffentlichen Rechts*.  
<https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/lexikon-der-wirtschaft/19896/koerperschaft-des-oeffentlichen-rechts> (04.11.2020).
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2014). *Gute Argumente zur Errichtung einer Pflegekammer*. [https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Pflegekammer\\_gute-Argumente\\_-2014.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Pflegekammer_gute-Argumente_-2014.pdf) (15.11.2020).
- Deutsches Ärzteblatt (2020). *Wegen Personalmangel können nicht alle Intensivbetten betrieben werden*. Artikel vom 17.07.2020. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114805/Wegen-Personalmangel-koennen-nicht-alle-Intensivbetten-betrieben-werden> (02.04.2020).

- Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen (2021). *Stationäre Altenpflege in der COVID-19-Pandemie. Ethische Erwägungen und Empfehlungen der Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen*. <https://ethikkommission.pflegekammer-nds.de/files/images/ethik/ethischer-standpunkt-2-altenpflege-covid.pdf> (07.02.2021).
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2020). *Über den G-BA*. <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/> (01.11.2020).
- Gerloh, H. (2019). *Personalnot – DKG-Chef befürchtet „ernste Versorgungskrise“*. *Ärztezeitung*, 17.12.2019. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Personalnot-in-Kliniken-nimmt-weiter-zu-405281.html> (04.02.2021).
- Hanika, H. (2015). *Ihre erfolgreichen Pflegekammern in Deutschland und Europa. Garanten der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung und legitime Selbstverwaltung der professionell Pflegenden*. Stuttgart: Steinbeis-Editon.
- Hendler, R. (2005). *Geschichte und Idee der funktionalen Selbstverwaltung*. In: Kluth, W. (Hrsg.): *Handbuch des Kammerrechts*. Baden-Baden: Nomos, Abschnitt A, Rn. 18 ff.
- Hommel, T. (o. J.). *Pflege auf Augenhöhe*. <https://www.gg-digital.de/2018/09/thema-des-monats/pflege-auf-angenhoehe/index.html> (04.11.2020).
- Kaiser, K. (2005). *Beiträge der Weiterbildung zur Professionalisierung der Pflege*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Kersting, K. (2016). *„Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kluth, W. (2021). *Auflösung der Pflegekammer wenig demokratisch*. <https://www.pflegen-online.de/aufloesung-der-pflegekammer-wenig-demokratisch> (07.02.2021).
- Kluth, W. (o. J.). *Rechtliche und funktionelle Unterschiede des Kammerrechts zum Vereinsrecht*. [www.kammerrecht.de/media/aktuelles/Kluth-Chinavortrag\\_de.pdf](http://www.kammerrecht.de/media/aktuelles/Kluth-Chinavortrag_de.pdf) (23.01.2020).
- Landesregierung Rheinland-Pfalz (2014). *Gesetzentwurf der Landesregierung Heilberufsgesetz (HeilBG)*. Drucksache 16/3626. <https://dokumente.landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/3626-16.pdf> (15.02.2021).
- MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (o. J.). *Pflegekammer NRW*. <https://www.mags.nrw/pflegekammer> (01.11.2020).
- Monitor Pflege (2015). *Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege*. Ausgabe 2/2015. <https://www.monitor-pflege.de/archiv/ausgaben-2015/mopf-02-15/mopf-02-15> (21.02.2021).
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (o. J.). *Einführung einer Landespflegekammer Baden-Württemberg verschoben*. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/pflege/pflegekammer-in-baden-wuerttemberg/> (01.11.2020).
- Niedersächsischer Landtag (2016). *Entwurf eines Gesetzes über die Pflegekammer Niedersachsen*. Drucksache 17/5110. [https://www.landtag-niedersachsen.de/Drucksachen/Drucksachen\\_17\\_7500/5001-5500/17-5110.pdf](https://www.landtag-niedersachsen.de/Drucksachen/Drucksachen_17_7500/5001-5500/17-5110.pdf) (15.02.2021).
- Niedersächsische Staatskanzlei (2021). *Presseinformation. Gesetzentwurf zur Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen geht in den Landtag*. <https://www.stk.niedersachsen.de/startseite/presseinformationen/gesetzentwurf-zur-aufloesung-der-pflegekammer-niedersachsen-geht-in-den-landtag-195776.html> (21.02.2021).

- Pflegekammer Niedersachsen (2021). *Bericht zur Lage der Pflegefachberufe. Zweite Auswertung der Daten aus dem Pflegefachberuferegister der Pflegekammer Niedersachsen.*  
<https://www.pflegekammer-nds.de/files/downloads/Bericht-zur-Lage-der-Pflegefachberufe-Nds-2021-Online.pdf> (07.02.2021).
- Pflegekammer Niedersachsen (2020a). *Brief an die Mitglieder der Pflegekammer Niedersachsen.*  
<https://www.pflegekammer-nds.de/nachrichten-ansehen/brief-an-die-mitglieder-der-pflegekammer-niedersachsen> (15.02.2021).
- Pflegekammer Niedersachsen (2020b). *Kammermagazin. Mitteilungsblatt der Pflegekammer Niedersachsen, 02/2020.* [https://www.pflegekammer-nds.de/files/downloads/Mitteilungsblatt\\_02\\_2020.pdf](https://www.pflegekammer-nds.de/files/downloads/Mitteilungsblatt_02_2020.pdf) (15.02.2021).
- Pflegekammer Niedersachsen (2018). *Bericht zur Lage der Pflegefachberufe in Niedersachsen 2018. Erste Datenauswertung aus dem Pflegefachberuferegister der Pflegekammer Niedersachsen. 2. aktual. Auflage.* <https://www.pflegekammer-nds.de/nachrichten-ansehen/statistik-bericht-zur-lage-der-pflegefachberufe-in-niedersachsen-2018?file=files/downloads/Bericht-zur-Lage-der-Pflegefachberufe-Nds-2018.pdf> (15.02.2021).
- PKN – Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (2018). *Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN).* [https://www.pknds.de/fileadmin/1.ueber\\_Uns/Satzungen\\_und\\_Ordnungen\\_alt/Beitragsordnung\\_20180101.pdf](https://www.pknds.de/fileadmin/1.ueber_Uns/Satzungen_und_Ordnungen_alt/Beitragsordnung_20180101.pdf) (15.11.2020).
- Schleswig-Holsteinischer Landtag (2014). *Gesetzentwurf der Landesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege.* Drucksache 18/2569.  
<https://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/drucks/2500/drucksache-18-2569.pdf> (15.02.2021).
- Schwinger, A. (2016). *Zum Wohle der Gesellschaft? Ein internationaler Vergleich von Ausgestaltung und Wirkung der berufsständischen Selbstverwaltung von Pflegekräften.*  
<https://d-nb.info/1125583991/34> (15.11.2020).
- Simon, M. (2018). *Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle.* Working Paper Forschungsförderung, 96. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/216021/1/hbs-fofoe-wp-096-2018.pdf> (15.02.2021).
- Simon, M. (2012). *Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat.*  
<http://www.eu-pflegekräfte.de/info/beschaeftigte-in-pflegeberufen.pdf> (23.02.2021).
- Simon, M./Tackenberg, P./Hasselhorn, H. M./Kümmerling, A. et al. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland.* [https://www.researchgate.net/profile/Michael\\_Simon/publication/325908204\\_Auswertung\\_der\\_ersten\\_Befragung\\_der\\_NEXT-Studie\\_in\\_Deutschland/links/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/Auswertung-der-ersten-Befragung-der-NEXT-Studie-in-Deutschland.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Michael_Simon/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland/links/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/Auswertung-der-ersten-Befragung-der-NEXT-Studie-in-Deutschland.pdf) (15.02.2021).



II

# Probleme in der pflegerischen Versorgung





# 5

## Neue Verfahren der Qualitätsbeurteilung in der pflegerischen Versorgung

KLAUS WINGENFELD

---

Seit 2019 wird das System der Qualitätsbeurteilung und der öffentlichen Qualitätsberichterstattung im Bereich der Pflege grundlegend umgestellt. Damit erfolgt ein weiterer wichtiger Schritt der Professionalisierung dieses Versorgungsbereichs, der mit den vergangenen Reformen der Pflegeversicherung auf den Weg gebracht wurde. Der Beitrag stellt die wichtigsten Veränderungen und Herausforderungen dar, die mit diesem Prozess verbunden sind.

---

### 5.1 Ausgangssituation

Die Entwicklung der Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung hat durch die Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre einen erheblichen Aufschwung erfahren. Mit der Pflegeversicherung entstanden neue Anforderungen und Formen der Qualitätssicherung, die das Versorgungssystem bis heute prägen. Neben den kommunalen Heimaufsichtsbehörden erhielten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) den Auftrag, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu prüfen. Externe Qualitätsprüfungen bestimmen seitdem maßgeblich die Qualitätsdiskussion und den Alltag der internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen.

Schon bald zeigten sich die Schwachstellen im neuen System. Die Kriterien und Methoden, mit denen die MDK arbeiteten, akzentuierten einseitig die Beurteilung von Prozessen (z. B. Art der Durchführung von Maßnahmen) und Strukturen (z. B. Qualifikation der Pflegenden), weniger die Bewertung von Pflegeergebnissen. Die Pflegedokumentation wurde zur wichtigsten Grundlage des Prüfgeschehens. Ihre Funktion verschob sich weg vom Arbeitsmittel im Pflegealltag hin zum Nachweis der Erfüllung von Prüfanforderungen. Die Darstellung der ermittelten Qualitätsdefizite, die auch in der politischen Öffentlichkeit große Aufmerksamkeit fand, ließ häufig nicht erkennen, ob die versorgte Person einen gesundheitlichen Schaden erlitten hatte, ob ein fachliches Defizit bei der Durchführung der Pflege vorlag oder ob es sich lediglich um einen Dokumentationsfehler handelte (vgl. Wingenfeld, 2014).

Dies führte zu einer kritischen Diskussion, in der immer wieder auf die Notwendigkeit einer grundlegenden Modernisierung des Prüfsystems hingewiesen wurde. Zugleich entstand eine Presseberichterstattung mit einem sehr negativen Bild der Pflege, besonders der Pflege in stationären Einrichtungen. Veröffentlichungen der Medizinischen Dienste zur Jahresbilanz des Prüfgeschehens wurden zum Anlass, in der Presse vermeintlich unhaltbare Zustände in der Pflege anzuprangern. Die fehlende Klarheit von Beurteilungsmaßstäben und Qualitätsaussagen leistete diesem Prozess sehr viel Vorschub.

Vor dem Hintergrund der zunehmend kritischen Diskussion um das Prüfsystem kam es regelmäßig zu Nachbesserungen, mit denen verschiedene Schwachstellen behoben wurden, die jedoch an der Grundausrichtung des Systems wenig änderten: Die einseitige Akzentuierung von Strukturen und Prozessen, die Überbetonung der Pflegedokumentation als Qualitätsnachweis und Unklarheit darüber, inwieweit Qualitätsaussagen Dokumentationsmängel, fachliche Versäumnisse bei der Pflegedurchführung oder gar gesundheitliche Nachteile für den Pflegebedürftigen repräsentieren, prägten das System bis zu der im Jahr 2019 einsetzenden Neuausrichtung.

Eine wichtige Etappe der Reorientierung begann im Jahr 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG). Dem Gesetz zufolge sollten Qualitätsprüfungen durch die MDK einmal jährlich, statt wie bisher in unregelmäßigen Abständen, erfolgen. Ferner waren die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zukünftig in einer für potenzielle Nutzer verständlichen Form aufzubereiten und zu veröffentlichen. Dabei – und dies war eine besonders wichtige Neuerung – sollte die *Ergebnisqualität* im Mittelpunkt stehen, also die Frage, was pflegerische Maßnahmen beim pflegebedürftigen Menschen bewirken.

Zur Umsetzung waren zwischen den Vertretungen der Einrichtungen und den Kostenträgern die „Pflege-Transparenzvereinbarungen“ abzuschließen, die das hierfür erforderliche Regelwerk umfassten. Dazu zählten Kriterien und Bewertungsmaßstäbe, die (anknüpfend am bisherigen Prüfverfahren) auf dem Verhandlungsweg festgelegt wurden. Mit ihnen gelang es allerdings nicht, eine aussagekräftige Qualitätsberichterstattung zu etablieren. Mit dem vereinbarten Benotungssystem ließen sich Unterschiede der Versorgungsqualität zwischen den Pflegeeinrichtungen und -diensten nicht nachvollziehbar darstellen. Nach den Angaben der Daten-Clearing-Stelle (2019) lag der Bundesdurchschnitt der Pflegenoten im Bereich der stationären Pflege im Oktober 2019 bei 1,2 – also nahe bei einem glatten „sehr gut“ (trotz mehrfa-

cher Nachbesserung der Bewertungsregeln beim Berechnen der Noten). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei der ambulanten Pflege, wo die Note im Bundesdurchschnitt bei 1,3 lag (vgl. Daten-Clearing-Stelle, 2019).

Verantwortlich hierfür waren erhebliche methodische Mängel. Die Kriterien, nach denen die Pflegenoten ermittelt wurden, bezogen sich entgegen des gesetzlichen Auftrags fast ausschließlich auf Aspekte der Struktur- oder Prozessqualität. In vielen Punkten ließ sich durch erhöhte Sorgfalt in der Pflegedokumentation eine gute Bewertung erzielen. Die Pflegeeinrichtungen hatten entsprechende Handlungsstrategien entwickelt und ihre Dokumentationsroutinen angepasst. Während einzelne wissenschaftliche Gutachter eher Zurückhaltung bei der kritischen Beurteilung des Systems zeigten (z. B. Hasseler/Wolf-Ostermann, 2010), galten die Pflegenoten in der wissenschaftlichen Diskussion schon recht bald als methodisch gescheitert (vgl. Weidner et al., 2011; Theuerkauf, 2011).

Nahezu zeitgleich mit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes erteilten das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Auftrag zur „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (Wingenfeld et al., 2011). Das entsprechende Projekt wurde in den Jahren 2009 und 2010 durchgeführt. In Anlehnung an Konzepte aus den USA entstand eine Methode zur vergleichenden Beurteilung der Ergebnisqualität mithilfe von sogenannten Indikatoren.

Trotz der erfolgreichen Erprobung des Konzepts konnte sich der Ansatz vorerst nicht durchsetzen. Der Streit um die Zukunft der umstrittenen Pflegenoten und der ihnen zugrunde liegenden Kriterien blockierte jegliche Weiterentwicklung. Selbst die gesetzliche Verankerung des Indikatorenansatzes im SGB XI durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) im Jahr 2012 änderte daran wenig.

Erst das zweite Pflegestärkungsgesetz von 2015 (PSG II) brachte Bewegung in die verfahrenen Beratungen zwischen den Vertretungen der Einrichtungen und der Kostenträger. Es schrieb verbindlich die Einführung des Indikatorenansatzes für die stationäre Langzeitpflege und zugleich die Entwicklung und Einführung eines neuen Konzepts für externe Qualitätsprüfungen vor. Außerdem sollte es ein neues Konzept für öffentliche Qualitätsberichte („Qualitätsdarstellungen“) geben, mit denen die Transparenzberichte und die Pflegenoten ersetzt wurden. Das Gesetz gab auch vor, dass unabhängige Wissenschaftler mit der Entwicklung zu beauftragen waren.

Die schlechten Erfahrungen mit Kriterien und Methoden, die am Verhandlungstisch geformt wurden, sollten nicht wiederholt werden.

Anfang 2017 wurden die entsprechenden Projektaufträge erteilt. Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) übernahmen gemeinschaftlich die Entwicklungsarbeiten für den Bereich der stationären pflegerischen Versorgung. Der Auftrag für die ambulante Pflege ging an die Hochschule Osnabrück und das Bielefelder IPW. Unter Einbeziehung zahlreicher Experten entstanden bis September 2018 neue inhaltliche Vorgaben, neue Methoden und Instrumente für externe Qualitätsprüfungen sowie eine neue Form öffentlicher Qualitätsberichte (vgl. Wingenfeld et al., 2018; Büscher et al., 2018).

Im Herbst 2019 begann dann die Umsetzung in der stationären Langzeitversorgung. Die ambulante Pflege, die Kurzzeitpflege und die Tagespflege sollten etwas später folgen. Nach 20 Jahren Erfahrung im System der Pflegeversicherung und dem wenig erfolgreichen Versuch, durch Qualitätsberichte mit Pflegenoten mehr Transparenz auf dem Feld der Versorgungsqualität zu schaffen, hatte das PSG II die seit Langem geforderte grundlegende Revision des Systems der Qualitätsbeurteilung auf den Weg gebracht.

## 5.2 Grundsätze des neuen Systems der Qualitätsbeurteilung

Die fachliche und methodische Ausrichtung des neuen Systems lässt sich am besten anhand der Qualitätsbeurteilung in der stationären Langzeitpflege verdeutlichen, da hier sämtliche konzeptionelle Bausteine, die aus der Sicht der beteiligten Wissenschaftler eine moderne Form der Qualitätssicherung kennzeichnen, realisiert werden konnten. Aus folgenden Grundsätzen lassen sich die Eckpunkte des Verfahrens ableiten (vgl. Wingenfeld et al., 2018, S. 72 ff.).

1. *Konzentration auf die pflegebedürftige Person und die Ergebnisqualität:* Die Gesundheit der pflegebedürftigen Menschen, ihre Lebenssituation und ihre Bedürfnisse stehen im Mittelpunkt der Qualitätsbeurteilung, nicht die institutionellen Strukturen oder die Prozesse. Der Begriff *Qualitätsdefizit* beispielsweise bezieht sich im heutigen Prüfverfahren vorrangig auf Risiken, Gefährdungen, Schädigungen oder andere Probleme, die für einen Bewohner entstanden sind (sofern sie im

Verantwortungsbereich der Einrichtung liegen). Fachliche Schwächen, die keine Bedeutung für die pflegebedürftige Person haben, werden zwar identifiziert und benannt, fallen aber bei der formalen Beurteilung der Versorgungsqualität nicht ins Gewicht. Insofern kann von einer ergebnisorientierten Qualitätsbeurteilung gesprochen werden. Prozesse und Strukturen werden zwar weiterhin betrachtet, aber nicht schematisch anhand vorgegebener formaler Anforderungen bewertet, sondern im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlergehen der Bewohner beurteilt. Das Interesse richtet sich auf die individuelle Versorgung und weniger auf die Rahmenbedingungen oder fachlichen Grundlagen der Versorgung. Die Beurteilung von Einrichtungsmerkmalen beispielsweise nimmt nur noch wenig Raum ein, sie wird eher dem Verantwortungsbereich der Heimaufsichten zugeordnet. Der Grundsatz der Ergebnisorientierung kommt besonders deutlich durch die Einführung des Indikatorenansatzes zur Beurteilung von Versorgungsergebnissen zum Ausdruck, der vorerst allerdings nur für die stationäre Langzeitpflege vorgesehen ist (vgl. Kap. 5.3).

2. *Stärkung der Funktion des internen Qualitätsmanagements*: Das interne Qualitätsmanagement ist die wichtigste Voraussetzung für die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgungsqualität im Pflegealltag. Externe Prüfungen haben zwar eine wichtige Funktion, doch muss Qualität an jedem Tag aufs Neue hergestellt werden. Deshalb ist ein funktionierendes internes Qualitätsmanagement nicht durch andere Mechanismen ersetzbar. Dementsprechend wertet das neue System das interne Qualitätsmanagement auf. Die Einhaltung bestimmter fachlicher Standards beispielsweise und die Sicherstellung fachlicher Grundlagen werden bei den Qualitätsprüfungen vorausgesetzt, aber nicht noch einmal gesondert überprüft. Im Mittelpunkt stehen auch hier die Ergebnisse: Bei Qualitätsprüfungen wird bewertet, wie die Einrichtung mit festgestellten Qualitätsdefiziten umgeht, aber nicht, ob die Fachlichkeit der Pflege in einem Qualitätshandbuch hinreichend beschrieben ist. Der deutlichste Ausdruck der Aufwertung des internen Qualitätsmanagements besteht in der indikatorengestützten Beurteilung der Ergebnisqualität, die unabhängig von den Prüfdiensten erfolgt.
3. *Nutzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs als fachlicher Bezugsrahmen*: Das erweiterte, professionelle Verständnis von Pflege und Pflegebedürftigkeit, auf dem die sozialrechtlichen Bestimmungen im Bereich der Pflegeversicherung seit 2017 be-

ruhen, ist zentraler Bezugspunkt für die Festlegung und Definition der zu beurteilenden Sachverhalte. Damit werden bestimmte Maßnahmenbereiche (z. B. Hilfen für Personen mit Verhaltensauffälligkeiten in der ambulanten Pflege) und fachliche Anforderungen (z. B. Förderung der Mobilität), die im bisherigen Verfahren unberücksichtigt blieben, zum Gegenstand der Beurteilung. Das gilt sowohl für die Qualitätsprüfungen als auch für die Qualitätsindikatoren.

4. *Vermeidung einer einseitigen Ausrichtung der Prüfung auf die Pflegedokumentation und andere Dokumente:* Die einseitige Abhängigkeit der Qualitätsbeurteilungen von der Pflegedokumentation wird aufgehoben. Das Risiko, dass Einrichtungen aufgrund der Dokumentationsqualität zu gut oder zu schlecht bewertet werden, verringert sich erheblich.
5. *Aufwertung des fachlichen Dialogs:* Damit einher geht eine Aufwertung des Fachgesprächs bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen. Die direkte Kommunikation zwischen Prüfern und Mitarbeitern der Einrichtung wird gestärkt, der fachliche Dialog als Informationsquelle soll einen besonderen Stellenwert erhalten.
6. *Differenzierte und eindeutige Bewertungen:* Im früheren Konzept der Qualitätsprüfungen bestand die Beurteilung vorrangig in der Aussage, ob die Einrichtung bestimmte Prüfanforderungen eingehalten hat oder nicht. Zukünftig erfolgt die Beurteilung der Qualität deutlich differenzierter, sodass z. B. die Relevanz eines Defizits für den pflegebedürftigen Menschen erkennbar wird. Situationen, in denen unklar bleibt, ob es sich bei einem festgestellten Defizit um eine Dokumentationslücke oder eine Schädigung des Bewohners handelt, werden vermieden. Gute und schlechte Beurteilungen sind damit anders als im alten System eindeutig interpretierbar. Dazu gehört auch der Verzicht auf eine Gesamtbeurteilung (beispielsweise eine Durchschnittsnote wie im Falle der Transparenzkriterien), mit der völlig unterschiedliche Sachverhalte zusammengeführt werden und die nur scheinbar die Nachvollziehbarkeit verbessert.

Die konkrete Ausgestaltung der Kriterien und Methoden der heutigen Qualitätsbeurteilung folgt diesen Grundsätzen. Zwar ist das neue System noch sehr jung und im Detail sicherlich noch optimierungsfähig. Auch brachte die COVID-19-Pandemie für die Entwicklung erhebliche Erschwernisse mit sich, da sie die Einrichtungen und die Prüfdienste mitten im Umstellungsprozess traf, wobei verschiedene Schritte noch

nicht abgeschlossen waren. Seit Herbst 2019 erfolgte jedoch – angelegt auf eine längere Übergangsphase – die Umstellung in der stationären Langzeitpflege. Die anderen Versorgungsbereiche – ambulante und teilstationäre Pflege – folgten in unterschiedlichen Zeitabständen.

### 5.3 Qualitätsbeurteilung in der stationären Langzeitpflege

In der stationären Langzeitpflege gibt es seit Ende 2019 ein System der Qualitätsbeurteilung, das auf zwei Säulen beruht. Neben den externen Qualitätsprüfungen existiert nunmehr eine indikatorengestützte Beurteilung von Ergebnisqualität, die nicht von den Prüfdiensten vorgenommen wird, sondern auf einer anderen Informationsgrundlage beruht, und bei der den Einrichtungen eine besondere Verantwortung zukommt. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, was die Unterstützung durch Pflegenden und andere Mitarbeitende der Einrichtung bei den Bewohnern bewirkt.

#### Vergleichende Qualitätsbeurteilung mit dem Indikatorenansatz

Der Indikatorenansatz umfasst 15 Kennzahlen und verschiedene Erhebungsinstrumente zur Erfassung der benötigten Informationen bzw. Daten. Die Indikatoren geben beispielsweise an, wie hoch der Anteil der Bewohner ist, bei denen die Mobilität innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten erhalten blieb, oder den Anteil der Bewohner, die in den vergangenen vier Wochen eine Gurtfixierung erlebt haben. Der Ansatz berücksichtigt folgende Themen, wobei zum Teil zwei Kennzahlen je Thema definiert sind (Beurteilungen des gleichen Sachverhalts, aber getrennt für zwei unterschiedliche Personengruppen, sind durch ein Sternchen gekennzeichnet):

1. erhaltene Mobilität\*
2. erhaltene Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen\*
3. erhaltene Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
4. Dekubitusentstehung\*
5. schwerwiegende Sturzfolgen\*
6. unbeabsichtigter Gewichtsverlust\*
7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten zur Fixierung von Bewohnern bzw. Bewohnerinnen



9. Anwendung von Bettseitenteilen

10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

Eine besondere Herausforderung bei der Nutzung solcher Indikatoren stellt die Frage nach den Bewertungsmaßstäben dar: Was ist ein gutes Ergebnis, wo beginnt ein schlechtes? Hierfür existieren keine verbindlichen Maßstäbe. Deshalb erfolgt ähnlich wie beispielsweise in den USA auch in Deutschland eine Bewertung anhand von Durchschnittswerten. Es handelt sich also um eine *vergleichende Qualitätsbeurteilung*. Die Indikatoren sagen etwas darüber aus, ob eine Einrichtung besser oder schlechter ist als andere.

Vor diesem Hintergrund erfolgt die Bewertung für vergleichbare Bewohnergruppen. Damit wird z. B. ausgeschlossen, dass Einrichtungen, die besonders viele Bewohner mit stark ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen versorgen, benachteiligt werden. Darüber hinaus kommen verschiedene Ein- und Ausschlusskriterien zum Einsatz. So werden Bewohner, die sich bei der Ergebniserfassung in der Sterbephase befinden, aus den Berechnungen generell ausgeschlossen. Hier wäre es beispielsweise unsinnig, den Erfolg selbstständigkeitsfördernder Maßnahmen messen zu wollen.

Einer der wichtigsten Indikatoren – auch im Hinblick auf die Lebensqualität der Bewohner – ist der Indikator *erhaltene Mobilität*. Anhand eines Moduls aus dem neuen Begutachtungsverfahren (also mit einer bereits bekannten Methode) wird die Selbstständigkeit bei der Mobilität ermittelt. Nach sechs Monaten wird die Einschätzung wiederholt und festgestellt, ob sich die individuelle Mobilität verbessert oder verschlechtert hat bzw. ob sie stabil geblieben ist. Da die Chancen des Mobilitätserhalts bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern wesentlich ungünstiger sind als bei nicht beeinträchtigten, erfolgt die Berechnung getrennt für diese beiden Bewohnergruppen (zwei Indikatoren).

In der Gruppe der Bewohner, die erhebliche bis schwerste kognitive Einbußen aufweisen, liegt der Anteil von erhaltener oder verbesserter Mobilität nach den bislang vorliegenden Projekterfahrungen bei durchschnittlich etwa 70 % (Berechnung nach der Ende 2019 geltenden Bewertungssystematik). Die Beurteilung der Qualität erfolgt dann anhand der Frage, wie weit eine Einrichtung mit ihrem Ergebnis vom Durchschnitt entfernt liegt. Liegt der Anteil der kognitiv beeinträchtigten Bewohner mit erhaltener Mobilität beispielsweise bei lediglich 40 %, so ergibt sich damit eine

Qualitätsbeurteilung durch die Aussage: „Die Ergebnisqualität liegt weit unter dem Durchschnitt“ (Wingenfeld et al., 2018, S. 40). Auch die Bewertung mit den anderen 14 Indikatoren erfolgt auf diese Weise.

Aus methodischen Gründen muss ein indikatorengestütztes System die Gesamtheit der Bewohner einer Einrichtung einbeziehen. Das aber ist nur praktikabel, wenn die Daten von den Einrichtungen bzw. den Pflegenden selbst erfasst werden. Unter anderem aus diesem Grund sieht der Indikatorenansatz eine neuartige Verknüpfung von interner Qualitätssicherung und externen Qualitätsprüfungen vor. Die *Ergebniserfassung* erfolgt durch die Mitarbeitenden der Einrichtung, namentlich die Pflegenden. Sie stellt regelmäßig im Abstand von sechs Monaten Informationen über ihre Versorgungsergebnisse zusammen. Um sicherzustellen, dass die Ergebnisse fachlich und methodisch korrekt erfasst wurden, werden sie während der externen Qualitätsprüfungen durch die Prüfdienste stichprobenartig kontrolliert. Bei dieser *Plausibilitätskontrolle* ist beispielsweise festzustellen, ob die Mobilität eines Bewohners zutreffend eingeschätzt wurde oder ob Sturzverletzungen zutreffend angegeben wurden. Zeigen sich dabei keine (oder nur unwesentliche) Fehler oder Ungenauigkeiten, so können die Daten der Einrichtungen als Grundlage der Qualitätsbeurteilung verwendet werden. Die Datenauswertung übernimmt die *Datenauswertungsstelle Pflege (DAS)* – eine neutrale Instanz, an die die Daten zu übermitteln sind. Die Ergebnisse werden von der DAS in Form eines Berichtes über die Ergebnisqualität der jeweiligen Einrichtung aufbereitet.

Mit dem Indikatorenansatz entsteht für die Einrichtungen der Langzeitpflege eine neue Situation. Er bringt mehr Verantwortung sowie organisatorische und fachliche Herausforderungen für die Einrichtungen mit sich. Dem gegenüber steht die Chance, realistische Bewertungen der Einrichtungen zu erhalten und einen hohen fachlichen Gewinn zu erzielen, denn die Indikatoren liefern wertvolle Informationen für die interne Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität.

### **Neuausrichtung der externen Qualitätsprüfungen**

Mit den Indikatoren werden wichtige, aber keineswegs alle relevanten Qualitätsaspekte abgebildet. So liegen beispielsweise für die wichtigen Bereiche der Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme oder der Wundversorgung keine Indikatoren vor. Hier erfolgt die Qualitätsbeurteilung weiterhin durch die Prüfdienste. Indikatoren- und externe Qualitätsprüfungen sollen sich also ergänzen. Es wird auch

weiterhin Besuche externer Prüfdienste im Auftrag der Pflegekassen geben, die auf der Basis einer Stichprobe unter den Bewohnern eine Qualitätsbeurteilung vornehmen. Inhaltlich und methodisch sind die neuen Qualitätsprüfungen jedoch nicht mehr mit dem früheren Vorgehen vergleichbar.

Heute stehen nicht mehr kleinteilige Prüfkriterien, sondern „Qualitätsaspekte“ im Mittelpunkt des Verfahrens. Beispiele für solche Qualitätsaspekte sind:

- Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen
- Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation
- nächtliche Versorgung
- Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

Unmittelbar bewohnerbezogene Aspekte werden im neuen Prüfverfahren stark akzentuiert. Strukturkriterien bzw. Organisationsmerkmale spielen hingegen eine untergeordnete Rolle. Insgesamt gibt es 24 Qualitätsaspekte, die von den Prüfern zu bewerten sind.

Eine weitere grundlegende Neuerung betrifft die Art und Weise, wie die Prüfer die individuelle Bewohnerversorgung beurteilen. Im früheren Prüfsystem ging es meist um die Feststellung, ob die Einrichtung eine definierte Vorschrift oder fachliche Vorgabe einhält oder nicht (z. B. für die Durchführung einer Beurteilung des Sturzrisikos), was dann überwiegend auf der Basis der Pflegedokumentation geprüft wurde. Im neuen Prüfsystem hingegen steht die Frage im Mittelpunkt, ob für die Bewohner *negative Folgen oder Risiken* entstanden sind, die die Einrichtung zu verantworten hat. Negative Folgen sind klar definiert und umfassen drei verschiedene Situationen:

- Der Bewohner hat eine gesundheitliche Schädigung erlitten, die durch das Handeln oder durch fehlendes Handeln der Mitarbeiter entstanden ist.
- Die Versorgung entspricht regelmäßig nicht dem Bedarf des Bewohners; eine notwendige Unterstützung wird nicht geleistet.
- Die Versorgung entspricht regelmäßig nicht den Bedürfnissen des Bewohners, obwohl entsprechende Maßnahmen zum Auftrag der Einrichtung gehören.

Von einem *Qualitätsdefizit* wird im neuen System nur dann gesprochen, wenn in diesen Bereichen eine negative Folge festgestellt wird oder das Risiko besteht, dass eine solche negative Folge eintritt. Alle anderen fachlichen Schwächen gelten als *Auffälligkeiten*. Dies ist eine neue Kategorie im Prüfsystem. Sie drückt aus, dass zwar gewisse fachliche Schwächen bestehen, diese Schwächen aber kein Risiko oder keine negative Folge für den Bewohner nach sich ziehen (z. B. lückenhafte Durchführungsnachweise in der Pflegedokumentation). Es gilt der Grundsatz, dass Auffälligkeiten bei der Bewertung nicht berücksichtigt werden. Die Einrichtung soll hierzu vielmehr ein Feedback im Rahmen des Beratungsauftrags der Prüfdienste erhalten.

Die Bewertung der individuellen Versorgung ist dementsprechend in vier Stufen untergliedert:

- A) keine Auffälligkeiten oder Defizite
- B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen
- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen
- D) Defizit mit bereits eingetretenen negativen Folgen

Die D-Bewertung ist die schlechteste Beurteilung. Sie besagt, dass durch das Handeln oder durch Unterlassungen der Mitarbeitenden negative Folgen für den Bewohner (gesundheitliche Schädigung, keine bedarfs- oder keine bedürfnisgerechte Versorgung) eingetreten sind. Jede Bewertung ist also mit einer inhaltlichen Aussage verbunden, die erkennen lässt, welche Relevanz der jeweilige Sachverhalt für den Bewohner hat.

Am Ende der Prüfung erfolgt eine Zusammenführung der Einzelbewertungen, also z. B. aller Einzelbewertungen zum Qualitätsaspekt „Unterstützung im Bereich der Mobilität“. Dabei kommt eine bestimmte Bewertungssystematik zum Einsatz, die zu einer der folgenden Bewertungen führt (vgl. Wingenfeld et al., 2018, S. 75 f.):

1. keine oder geringe Qualitätsdefizite
2. moderate Qualitätsdefizite
3. erhebliche Qualitätsdefizite
4. schwerwiegende Qualitätsdefizite

Eine themenübergreifende Aggregation oder gar eine Durchschnittsbewertung gibt es bei den Qualitätsprüfungen ebenso wenig wie bei den Qualitätsindikatoren. Die Bewertungen der jeweiligen Qualitätsaspekte stehen für sich. Ein Überblick über die Qualitätssituation in der Einrichtung wird dadurch ermöglicht, dass die Prüfergebnisse für die Qualitätsdarstellungen visuell aufbereitet werden.

Um der bisher einseitigen Ausrichtung des Prüfgeschehens an der Dokumentation entgegenzuwirken, wurde das *Fachgespräch* im neuen Prüfverfahren aufgewertet. Die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte durch die Mitarbeitenden der Einrichtung soll einen ebenso hohen Stellenwert haben wie die schriftliche Dokumentation. Dokumentationsschwächen können also besser als im bisherigen Verfahren durch plausible Auskünfte der Mitarbeitenden ausgeglichen werden. Ausnahme sind allerdings Informationen, die die Planung der Versorgung betreffen, insbesondere die Maßnahmenplanung, ggf. auch weitere Dokumentationsbestandteile wie die individuelle Tagesstruktur. Die Maßnahmenplanung muss vollständig verschriftlicht werden.

Die Wissenschaftler, die das neue Prüfkonzept entwickelt haben, formulierten ergänzend verschiedene Empfehlungen zu organisatorischen Anpassungen beim Übergang in das neue Prüfsystem, darunter auch die Empfehlung, den Prüfbesuch einen Tag vorher anzukündigen und Einrichtungen mit nachweislich guter Qualität nicht jährlich, sondern in größeren Abständen zu prüfen. Diese Punkte wurden von der Politik aufgegriffen und sind inzwischen auch gesetzlich geregelt (vgl. § 114a Abs. 1 und § 114c SGB XI).

## 5.4 Qualitätsprüfungen in der ambulanten und teilstationären Pflege

Auch für die anderen Bereiche der pflegerischen Versorgung wurde ein neues Prüfverfahren entwickelt, deren Einführung aber später als das Verfahren für die stationäre Langzeitpflege erfolgen sollte. Die Grundlagen, nach denen die Prüfdienste Qualität zu beurteilen haben, unterscheiden sich nicht. Für die ambulante Pflege, die Kurzzeitpflege und die Tagespflege gelten ebenfalls die angesprochenen Grundsätze:

- Prüfung komplexer Qualitätsaspekte statt übermäßig differenzierter Qualitätsanforderungen

- Bewertung eines Qualitätsaspekts anhand von vier Kategorien (A–D, vgl. Kap. 5.3), wobei nur C- und D-Bewertungen in die Qualitätsbeurteilung einfließen
- Konzentration der Prüfung auf die individuelle Versorgung bzw. auf Aspekte, die für den pflegebedürftigen Menschen unmittelbar relevant sind; Fokussierung auf negative Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
- Unterscheidung zwischen Auffälligkeiten und Qualitätsdefiziten sowie zwischen eingetretenen negativen Folgen und dem Risiko des Eintretens einer negativen Folge
- Nutzung einer einheitlichen Bewertungssystematik
- Aufwertung des Fachgesprächs als Informationsquelle

### **Externe Prüfungen ambulanter Pflegedienste**

Der Vorschlag für das neue Prüfverfahren in der ambulanten Pflege wurde in einem gesonderten Projekt entwickelt. Eine wichtige Anforderung bestand damals darin, dass für die ambulante und stationäre Pflege nicht zwei völlig unterschiedliche Verfahrensweisen entstehen sollten. Anders als im Fall der stationären Pflege erfolgte nach dem Abschluss der Konzeptentwicklung noch eine praktische Erprobung („Pilotierung“) des Prüfverfahrens, die erst in der zweiten Jahreshälfte 2020 abgeschlossen wurde. Bei den nachfolgend geschilderten Eckpunkten und Inhalten handelt es sich also streng um Empfehlungen der Wissenschaftler, denn eine Prüfrichtlinie liegt zum jetzigen Zeitpunkt (im Herbst 2020) noch nicht vor.

In der ambulanten Pflege existiert eine Besonderheit, die in anderen Versorgungsbereichen so nicht auftritt: Die von den Pflegediensten erbrachten Leistungen unterscheiden sich von Fall zu Fall ganz erheblich. Damit ergibt sich die Frage, welche neuen, seit 2017 gesetzlich definierten Leistungsinhalte Gegenstand der Prüfung sein sollten.

Zunächst einmal gilt der Grundsatz, dass nur diejenigen Leistungen eines Pflegedienstes beurteilt werden können, die durch seinen Auftrag abgedeckt sind. Im Unterschied zur stationären Langzeitpflege haben ambulante Dienste im Einzelfall keinen umfassenden, sondern einen begrenzten, jeweils vertraglich definierten Versorgungsauftrag. Wurde ein Pflegedienst beispielsweise nur für Maßnahmen der Körperpflege beauftragt, ist bei der Prüfung nicht zu beurteilen, ob Hilfe beim Essen

dem individuellen Bedarf entsprechend geleistet wurde oder nicht. Eine besondere Herausforderung ist dadurch entstanden, dass das Leistungsspektrum der ambulanten Pflege im Gefolge des PSG II erheblich erweitert wurde. Seit Anfang 2017 findet sich im SGB XI die Vorschrift, dass die zu Hause lebenden Pflegebedürftigen Anspruch auf Pflegeleistungen in allen Bereichen haben, die bei der Begutachtung für die Zuordnung eines Pflegegrads relevant sind. Dazu gehört beispielsweise auch die Unterstützung im Bereich „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ oder im Bereich „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (§ 36 Abs. 1 SGB XI).

Verschiedene der gesetzlich definierten neuen Leistungsinhalte sind jedoch noch nicht Bestandteil von Rahmen- und Vergütungsverträgen. Selbst Ende 2020, also vier Jahre nach dem Inkrafttreten dieser gesetzlichen Bestimmungen am 01.01.2017, existierte in vielen Bundesländern somit noch keine Grundlage, die betreffenden Leistungen zu erbringen. Dadurch ist eine problematische Situation entstanden: Ein Prüfverfahren darf die gesetzlich vorgegebenen Leistungsinhalte nicht außer Acht lassen, aber geprüft werden dürfen wiederum keine Leistungen, für die ein Pflegedienst keinen Auftrag hat. Das neue Prüfverfahren für die ambulante Pflege berücksichtigt daher auch Themen, die in der Praxis bislang noch selten anzutreffen sind (beispielsweise nur bei Pflegediensten, die Sonderverträge für bestimmte Leistungsbereiche in Verbindung mit einer Zeitvergütung abgeschlossen haben).

Nur der erste von mehreren inhaltlichen Bereichen ist unabhängig von den vereinbarten Leistungen zu prüfen. Dazu gehören die Qualitätsaspekte:

- Aufnahmemanagement
- Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren
- Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

In einem zweiten Bereich werden im Unterschied dazu nur Qualitätsaspekte einbezogen, die Bestandteil des individuell geregelten Auftrags des Pflegedienstes sind. Hier finden sich beispielsweise folgende Qualitätsaspekte:

- Unterstützung im Bereich der Kommunikation
- Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen
- Unterstützung bei der Körperpflege
- Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

- Unterstützung bei der Ausscheidung
- Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz

Zwei weitere Bereiche umfassen ärztlich verordnete Leistungen und einige wenige einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte.

Ein Indikatorensystem ist für die ambulante Pflege nicht vorgesehen. Wie das Beispiel USA zeigt, könnte in diesem Versorgungsbereich zwar ebenfalls ein Indikatorenansatz zum Einsatz kommen, doch stellen sich im Hinblick auf eine *Qualitätsbewertung* grundlegende Fragen, die noch nicht hinreichend geklärt sind. Ambulante Dienste haben i. d. R. einen nicht nur inhaltlich, sondern auch zeitlich eng begrenzten Auftrag. Sie sind zum Teil nur an wenigen Tagen pro Woche präsent. Es ist fraglich, ob bei verhältnismäßig seltenen Pflegeeinsätzen ein maßgeblicher Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand unterstellt werden kann. Hinzu kommt, dass die Unterstützung durch pflegende Angehörige die Wirkung professioneller Pflege häufig überlagert. Kann man einem Pflegedienst einen maßgeblichen Einfluss auf die Entstehung eines Dekubitus bei einem immobilten Pflegebedürftigen zuschreiben, wenn die Lagerung durch die pflegenden Angehörigen erfolgt? Sicher nicht; schließlich ist, wie schon dargestellt, das Auftrags- bzw. Leistungsspektrum ambulanter Dienste sehr unterschiedlich. Einige Leistungen werden nur bei einer geringen Zahl Pflegebedürftiger erbracht. Die Berechnung von Indikatoren wird jedoch bei kleinen Fallzahlen ungenau, die Vergleichbarkeit von Qualitätsbeurteilungen ist dadurch ggf. stark beeinträchtigt.

Schließlich liegt noch kein in Deutschland nutzbarer Indikatorenansatz für die ambulante Pflege vor; er müsste in einem aufwendigen Prozess erst noch entwickelt werden. Kurz: Es wird noch einige Zeit dauern, bis für die ambulante Pflege praktikable innovative Formen für vergleichende Qualitätsbewertungen außerhalb von externen Prüfungen verfügbar sind. Noch ist unklar, inwieweit sich die Entscheidungsträger mittel- oder langfristig auf eine solche Entwicklung verständigen werden.

Ähnliches gilt für die Tagespflege, Nachtpflege und die Kurzzeitpflege. Auch hier existieren – besonders aufgrund der geringen Größe der betreffenden Einrichtungen – erhebliche Begrenzungen für den Einsatz eines Indikatorenansatzes.



### **Prüfungen in der Kurzzeitpflege**

Nicht alle, aber viele Inhalte bzw. Qualitätsaspekte, die eigentlich auf die vollstationäre Langzeitpflege zugeschnitten sind, können bei Prüfungen in der Kurzzeitpflege berücksichtigt werden. Nur wenige Qualitätsaspekte sind im Rahmen der Kurzzeitpflege grundsätzlich anders gelagert. Betroffen sind streng genommen nur die folgenden Themen:

- Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heim-  
einzug
- Überleitung bei Krankenhausaufenthalten
- biografieorientierte Unterstützung

In diesen Fällen ist die Unterstützung von Kurzzeitpflegegästen nicht mit der Versorgung von Menschen vergleichbar, die dauerhaft in einer stationären Einrichtung leben. Davon abgesehen kann aber bei Kurzzeitpflegegästen ähnlich geprüft werden wie bei den Bewohnern aus der Langzeitpflege. Bei Prüfungen in reinen Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind darüber hinaus gesonderte Regeln für die Ziehung der Stichprobe unter den Gästen erforderlich, da es sich i. d. R. um kleine Einrichtungen handelt.

### **Prüfungen in der Tagespflege**

In der Tagespflege hingegen gibt es erhebliche Abweichungen auf der Ebene der Prüfinhalte. Verschiedene Themen, die in der stationären Langzeitpflege geprüft werden können, spielen in der Tagespflege keine Rolle. Die Überleitung bei Krankenhausaufenthalten beispielsweise, die nächtliche Versorgung oder die Begleitung in der Sterbephase kommen in Tagespflegeeinrichtungen nicht vor. Außerdem gibt es eine Reihe von Qualitätsaspekten, die im Alltag der Tagespflege nur in Ausnahmesituationen relevant sein werden. Das gilt z. B. für die Wundversorgung, die normalerweise nicht zu den Aufgaben der Tagespflege gehört. Es kann jedoch während des Besuchs einer Tagespflegeeinrichtung notwendig werden, einen verschmutzten Wundverband zu wechseln. Anders verhält es sich mit Qualitätsaspekten aus dem Bereich der psychosozialen Unterstützung. Dazu gehört beispielsweise die Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen oder das Thema Beschäftigung und Tagesstruktur.

Ein wesentlicher Unterschied ergibt sich beim Stichprobenverfahren. Ähnlich wie die solitäre Kurzzeitpflege weisen Tagespflegeeinrichtungen in aller Regel eine relativ geringe Platzzahl auf, sodass kleine Stichprobengrößen angezeigt sind (vgl. Wingenfeld et al., 2018, S. 268 ff.).

### **Prüfungen in Nachtpflegeeinrichtungen?**

Der Umgang mit der Frage, ob und wie ein gesondertes Verfahren für Nachtpflegeeinrichtungen erstrebenswert wäre, ist nach wie vor offen. Nachtpflege wird extrem selten nachgefragt (vgl. StBA, 2018, S. 33) und bei der Prüfung treten erhebliche praktische Schwierigkeiten auf. Das beginnt damit, dass hier allenfalls einzelne versorgte Personen bzw. Nachtpflegegäste anzutreffen sind. Angesichts der geringen Zahl der Leistungsnutzer müsste ein Prüfdienst damit rechnen, in der betreffenden Einrichtung keinen Pflegebedürftigen oder nur ein oder zwei anzutreffen. Die Einholung einer Einverständniserklärung wäre schwierig. Hierzu müsste der Pflegebedürftige in seiner Nachtruhe gestört werden – oder die Angehörigen bzw. Betreuer, falls diese eine Einverständniserklärung abgeben müssen. Alles in allem ist die Durchführung von Qualitätsprüfungen nach den üblichen Standards im Bereich der Nachtpflege nicht realistisch. Für die Nachtpflege wurde daher empfohlen, zu überlegen, ob sich Prüfbesuche in Einrichtungen der Nachtpflege nicht auf einige grundlegende Anforderungen zur Aufrechterhaltung von Versorgung und Sicherheit für die Leistungsnutzer beschränken könnten.

## **5.5 Öffentliche Qualitätsberichte (Qualitätsdarstellungen)**

Öffentliche Berichte, in denen die Qualitätsbewertungen einer Einrichtung einsehbar sind, werden heute – so die gesetzliche Vorgabe – als *Qualitätsdarstellung* bezeichnet. Auch auf inhaltlicher Ebene gibt es grundlegende Veränderungen zu den früheren Berichten:

- Die heutigen Qualitätsdarstellungen umfassen einen relativ umfangreichen Informationsteil, der ein vorgegebenes inhaltliches Profil hat. Hierfür stellen die Einrichtungen Informationen über ihr Versorgungsangebot und andere Merkmale zur Verfügung. Dazu gehören auch Informationen zu Angeboten einer kultursensiblen Pflege oder Informationen zur Personalausstattung.

- Die Ergebnisse der externen Prüfungen bilden einen weiteren Teil der Qualitätsdarstellung. Eine wichtige Neuerung besteht darin, dass keine Gesamtbewertung für die Einrichtung ausgewiesen wird. Einen Gesamteindruck erhält man nur durch eine geeignete grafische Darstellung, also auf visueller Ebene.
- In ähnlicher Art und Weise finden sich – nur für die stationäre Langzeitpflege – die Qualitätsindikatoren und die daran geknüpften Qualitätsaussagen. Auch hier wird mithilfe von Symbolen bewertet, inwieweit sich eine Einrichtung mit ihren Versorgungsergebnissen vom Durchschnitt der Versorgung positiv oder negativ abhebt.
- Es sind mehr inhaltliche bzw. fachliche Erläuterungen vorhanden als in den früheren Berichten. So wird z. B. erläutert, warum ein Thema für die Beurteilung der Qualität und für die Situation des pflegebedürftigen Menschen wichtig ist.

In den Qualitätsdarstellungen gibt es keine Bewertungen anhand von Noten. Vielmehr erfolgt die Visualisierung durch neutrale Symbole. Geläufige Symbole wie z. B. fünf Sterne, bekannt aus Hotelbewertungen und vielfach im Internet genutzt, oder auch Ampelsysteme wurden während der Entwicklung in Betracht gezogen, aber wieder verworfen. Viele der am Projekt beteiligten Experten waren der Meinung, dass solche Symbole falsche Assoziationen wecken. Am Ende fiel die Entscheidung zugunsten einer neutralen Punktesymbolik. Die Qualitätsbewertung mithilfe der Indikatoren erfolgt beispielsweise mit einem fünfstufigen Punktesystem:

|   |       |
|---|-------|
| Ergebnisqualität liegt weit über dem Durchschnitt:    | ●●●●● |
| Ergebnisqualität liegt leicht über dem Durchschnitt:  | ●●●●○ |
| Ergebnisqualität liegt nahe am Durchschnitt:          | ●●●○○ |
| Ergebnisqualität liegt leicht unter dem Durchschnitt: | ●●○○○ |
| Ergebnisqualität liegt weit unter dem Durchschnitt:   | ●○○○○ |

Zu jedem Thema erhält der Nutzer eine Erläuterung, in der beschrieben wird, weshalb die betreffenden Versorgungsergebnisse wichtig sind und was diese über die Versorgung der Bewohner aussagen. Angegeben wird dann sowohl die Kennzahl als auch die damit verbundene Bewertung.

Um Verwechslungen auszuschließen, ist die Visualisierung bei den Qualitätsprüfungen etwas anders als bei den Qualitätsindikatoren. Bei den Prüfergebnissen wird

ähnlich verfahren; hier hat man sich für ein vierstufiges Punktesystem entschieden. Doch nicht alle Qualitätsaspekte, die bei der Prüfung berücksichtigt werden, fließen in die Qualitätsdarstellung ein, weil sie aus der Nutzerperspektive zum Teil nicht besonders relevant oder aussagekräftig sind.

Neben einer Papierversion bzw. einem PDF-Dokument soll es perspektivisch ein flexibles, webbasiertes Informationsangebot geben. Insbesondere soll eine EDV-gestützte Möglichkeit eröffnet werden, die aus Nutzersicht interessanten Informationen auszuwählen (bzw. die nicht interessierenden Informationen auszublenden) sowie einen direkten Vergleich der Einrichtungen vorzunehmen. Der US-amerikanische Pflegeheimvergleich, den es schon seit vielen Jahren gibt, bietet in dieser Hinsicht zahlreiche Anregungen.

Die neuen Qualitätsdarstellungen umfassen deutlich mehr Informationen als die früheren Transparenzberichte mit den Pflegenoten. Sie enthalten auch stärker differenzierte Informationen. So können sich interessierte Angehörige mithilfe der Indikatoren gezielt einen Überblick darüber verschaffen, welche Versorgungsergebnisse eine Einrichtung bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern erreicht hat. Solche Differenzierungsmöglichkeiten gab es bislang nicht. Der Preis dafür ist eine erhöhte Komplexität. Pflegebedürftige und Angehörige werden etwas Zeit aufwenden müssen, um zu lernen, mit dem neuen Informationsangebot zielgerichtet umzugehen und die für sie interessanten Aspekte zu nutzen.

Die neuen Qualitätsdarstellungen werden in der Öffentlichkeit sicher Diskussionen auslösen, weil das von den Pflegenoten suggerierte Bild, in der Versorgung stehe alles zum Besten, so nicht mehr weiter existieren wird. Vielmehr werden Qualitätsdefizite und Schwächen, aber auch Stärken von Einrichtungen deutlicher hervorgehoben werden als bisher. Der Neuanfang der Diskussion über Qualität ist allerdings – besonders aus fachlicher Perspektive – längst überfällig, und es bleibt zu hoffen, dass die Frage, was die Qualität in der Pflege eigentlich ausmacht, in der Öffentlichkeit zukünftig besser nachvollzogen werden kann als in den Zeiten der Pflegenoten.

## 5.6 Die COVID-19-Pandemie und die Folgen

Kaum war das neue System entwickelt und mit der Umsetzung im stationären Bereich begonnen worden, brach der Einführungsprozess aufgrund der COVID-19-Pandemie schon wieder ab. Die seit Herbst 2019 nach einem neuen Konzept durchgeführ-

ten Qualitätsprüfungen wurden ein halbes Jahr lang ausgesetzt. Auch die Einführung des Indikatorenansatzes in der stationären Langzeitpflege, für die bereits Schulungen stattgefunden hatten und für die ein zeitlich gestaffeltes Verfahren geplant war, erlebte eine Unterbrechung. Im Verlauf der Pandemie wurde eine erneute Verschiebung bis ins Jahr 2021 erforderlich.

Generell, so die Überlegung der Politikvertreter und anderer Entscheidungsträger, sollten die verfügbaren Ressourcen konsequent dazu genutzt werden, die besonders vulnerable Gruppe der pflegebedürftigen Menschen vor den lebensgefährlichen Folgen einer Covid-19-Infektion zu schützen. Im Falle der Prüfungen sollte außerdem ein zusätzliches Infektionsrisiko durch Besuche von Prüfdiensten in den Einrichtungen oder im Privathaushalt vermieden werden. Bei der Durchführung einer Qualitätsprüfung wird auch die körperliche Situation der pflegebedürftigen Menschen beurteilt, sodass eine gewisse körperliche Nähe entsteht. In Zeiten eines erhöhten Infektionsrisikos sollte davon Abstand genommen werden, zumal bei stationären Pflegeeinrichtungen nur schwer nachvollziehbar gewesen wäre, Prüfern den Zugang zu ermöglichen, während Besuche von Angehörigen stark begrenzt und zeitweise gar nicht mehr möglich waren.

Es wurden nur Regelprüfungen, nicht aber anlassbezogene Qualitätsprüfungen ausgesetzt. Das bedeutet, dass aufgrund von Hinweisen auf mögliche Missstände, die aus der Einrichtung selbst oder von Angehörigen kommen, wie sonst auch eine anlassbezogene Qualitätsprüfung durchgeführt wurde.

Die mittel- und langfristigen Probleme, die durch das Aussetzen der Prüfungen und der Qualitätsindikatoren entstanden sind, werden bislang kaum diskutiert. Da sowohl das Prüfverfahren als auch der Indikatorenansatz eine grundlegende Neuausrichtung der Inhalte und Methoden bei der Qualitätsbeurteilung mit sich brachte, waren alle Beteiligten – die Prüfdienste ebenso wie die Pflegeeinrichtungen – zu einem erheblichen Umdenken und zur Anpassung der internen Abläufe (beispielsweise im Rahmen des internen Qualitätsmanagements) aufgefordert.

Ein solcher Einschnitt ist für jede Art von grundlegenden Reorganisationsprozessen in der gesundheitlichen Versorgung ein erhebliches Problem. Viele Abwicklungen und Prozesse mussten wieder von vorn beginnen. Schulungen, die schon ein Dreivierteljahr zurückliegen und bei denen die Teilnehmenden noch keine Gelegenheit hatten, das erworbene Wissen praktisch anzuwenden, müssen eventuell

wiederholt werden. Umstellungen interner Abläufe, die geplant, aber nicht realisiert wurden, müssen eventuell erneut auf den Weg gebracht werden.

Somit erstreckt sich der Umbruch im System der Qualitätsbeurteilung, der so viele Jahre diskutiert und vorbereitet wurde, über einen noch längeren Prozess als dies bei der Verabschiedung des zweiten Pflege-Stärkungsgesetzes im Jahr 2015 erwartet wurde. Den Einrichtungen und Prüfdiensten, aber auch den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ist zu wünschen, dass sich das neue System nunmehr störungsfrei entfalten kann und alle Beteiligten zu einer neuen, effektiveren Praxis der Qualitätsbeurteilung finden.

## 5.7 Schlussbemerkung

Mit den neuen Konzepten für Qualitätsprüfungen, Indikatoren und öffentlichen Qualitätsberichten, die seit Ende 2019 eingeführt wurden, ist für alle Beteiligte eine neue Situation entstanden. Sie bringt nicht nur organisatorische und fachliche Herausforderungen mit sich, sondern auch die Notwendigkeit, über die Ziele der Qualitätssicherung und über althergebrachte Vorstellungen über Pflegequalität neu nachzudenken.

Pflegerische Versorgung und Qualitätssicherung sind anspruchsvolle Prozesse, die hohe fachliche Kompetenzen erfordern. Sie vertragen sich nicht mit dem bei der Einführung der Pflegeversicherung weit verbreiteten Bild, Pflegeversorgung sei gar nicht so schwer und könne im Grunde von allen Menschen geleistet werden. Auch aktuelle Tendenzen, zur Behebung des bestehenden Personalmangels eher auf Hilfskräfte als auf Fachkräfte zu setzen, sollten hinterfragt werden, denn sie gehen mit dem Risiko einher, perspektivisch die Basis einer erfolgreichen Qualitätssicherung zu verlieren.

Die neuen Ansätze der Qualitätsbeurteilung führen im Gegenteil zu steigenden Anforderungen und können daher als wichtiger Beitrag zur Professionalisierung der pflegerischen Versorgung angesehen werden. Diese Neuerungen verhindern, dass Qualitätssicherung zu einer eher virtuellen Angelegenheit wird, und verdrängen die Vorstellung, sie könne mit der Überarbeitung der Pflegedokumentation erledigt werden. Es muss jedoch Zeit und Energie investiert werden, um das System weiterzuentwickeln und Gesundheit, Sicherheit, Bedarfsgerechtigkeit und Lebensqualität so

weit sicherzustellen, wie es unter den Bedingungen von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit noch möglich ist.

## Literatur

- Büscher, A./Wingenfeld, K./Wibbeke, D./Loetz, F. et al. (2018). *Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege*. Abschlussbericht im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege. Osnabrück/Bielefeld.
- Daten-Clearing-Stelle (2019). *Monatliche DCS-Statistik, Oktober 2019*. [https://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/DatenClearingStelle/\\_jcr\\_content/par/download\\_376253363/file.res/DCSMonatlicheStatistik\\_2019-10-07\\_Pgl2017.pdf](https://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/DatenClearingStelle/_jcr_content/par/download_376253363/file.res/DCSMonatlicheStatistik_2019-10-07_Pgl2017.pdf) (20.07.2020).
- Hasseler, M./Wolf-Ostermann, K. (2010). *Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich*. o. O.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2018). *Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Theuerkauf, K. (2011). *Eine Note für die „Pflege-Noten“ – Ein Zwischenzeugnis für die Transparenzberichterstattung*. *Medizinrecht*, 29, S. 265–270.
- Weidner, F./Laag, U./Brühl, A. (2011). *Evaluation der Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durch den MDK in Rheinland-Pfalz*. Köln/Vallendar: dip/PTHV.
- Wingenfeld, K. (2014). *Ist die Qualität der Heimversorgung wirklich so schlecht?* *Nachrichtendienst NDV*, 94, S. 200–203.
- Wingenfeld, K./Kleina, T./Franz, S./Engels, D. et al. (2011). *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*. Berlin: BMG.
- Wingenfeld, K./Stegbauer, C./Willms, G./Voigt, C. et al. (2018). *Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung*. Abschlussbericht im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege. Bielefeld/Göttingen.

# 6

## Umsetzung von mitarbeiterorientierten Arbeitszeitmodellen im Krankenhaus – ein Erfahrungsbericht

ANDREA ALBRECHT; BARBARA MAYERHOFER

Die Umsetzung von mitarbeiterorientierten Arbeitszeitmodellen im Krankenhaus ist ein elementarer Bestandteil des Personalmanagements. Dienste am Wochenende und rund um die Uhr sind nicht beliebt und doch müssen Patienten und Patientinnen zu allen Tageszeiten gut versorgt sein. Gibt es Möglichkeiten, die starren Schichtsysteme im Gesundheitswesen zu verändern? Welche Anreize können für die Beschäftigten erdacht werden? Der Fachkräftemangel im Krankenhaus, insbesondere in den Pflegeberufen, ist in den letzten Jahren zu einem großen Problem herangereift. Ist man dieser Situation ausgeliefert oder gibt es Lösungen? Der Beitrag beschäftigt sich mit Fehlern, die Vorgesetzte vermeiden sollten, und Möglichkeiten, die Unternehmen trotz alledem im Bereich des Personalmanagements haben.

Längst haben die Generationen Y und Z Einzug in das Arbeitsleben gehalten. Auf die Generation Y, die sogenannten Millenials mit den Geburtenjahrgängen zwischen 1995 und 2013, folgt die Generation Z mit den zwischen 1985 und 2000 Geborenen (vgl. Stillmann/Stillmann, 2017; Schroth, 2019, S. 1; Kring/Hurrelmann, 2019, S. 13). Untersuchungen ergaben, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (81 %), selbstständiges Arbeiten in flachen Hierarchien (72 %) und das Arbeiten auf Augenhöhe mit den Führungskräften (59 %) eine große Bedeutung für die Wahl des Arbeitsplatzes von Menschen der Generation Y haben, denn sie betrachten Arbeitszeit als Lebenszeit (vgl. Hurrelmann/Albrecht, 2014, S. 84; Huber/Rauch, 2013, S. 33). Die Ansprüche dieser beiden Generationen unterscheiden sich wiederum deutlich von den „Babyboomern“, den zwischen 1957 und 1979 Geborenen (vgl. Mangelsdorf, 2015, S. 13). Diese Gruppe gilt als teamfähig, fair und arbeitsorientiert. Daher ist es nicht verwunderlich, dass es den 1980er-Jahren durchaus erstrebenswert war, so selten wie möglich den Arbeitgeber zu wechseln und soweit wie möglich in den gleichen Teams zu arbeiten (vgl. Eberhard, 2016, S. 39 f.). Bezogen auf das Krankenhaus bedeutete dies, dass Mitarbeitende auf einer Station XY begannen und dort die nächsten 20 Jahre blieben. Überspitzt ausgedrückt war das damalige Credo: „Ich lebe,



um zu arbeiten“ oder auch „Lehrjahre sind keine Herrenjahre“. Diese Einstellung zur Arbeitswelt hat sich mittlerweile, bedingt durch die neuen Generationen der Mitarbeitenden und verschiedene andere Faktoren, grundlegend geändert.

Gesundheitseinrichtungen, deren Beschäftigte und auch Patienten leiden unter dem schon chronischen Mangel an Pflegefachkräften. Seit Langem steigen die Fallzahlen in Krankenhäusern, während sich die Verweildauer kontinuierlich reduziert (vgl. Deerberg-Wittram, 2019, S. 58). Der Anstieg älterer pflegebedürftiger Patienten und neue diagnostische bzw. therapeutische Verfahren führen zu einer Leistungsverdichtung und somit zu erhöhten Anforderungen an Pflegende. Ohne Zweifel haben es die Verantwortlichen versäumt, im gleichen Maße den Personalschlüssel zu erhöhen und den Pflegeberuf für Berufseinsteiger attraktiv zu machen (vgl. Simon, 2018, S. 12 ff.). Die Zahl der Auszubildenden, die sich seit 2009 um ca. 30 % auf 71.300 erhöht hat, darf nicht über den Nachwuchsmangel hinwegtäuschen. Dies vor allem vor dem Hintergrund der derzeitigen Pandemie, aufgrund derer zahlreiche Auszubildende ihre Ausbildung abbrechen (vgl. Destatis, 2020; Pflegeberufekammer, 2021).

Infolgedessen müssen sich Arbeitgeber von ihrer besten Seite zeigen, um Fachkräfte zu gewinnen und Auszubildende zu bekommen, die gern im Unternehmen tätig sind. Die Gestaltung der Arbeitszeit ist in diesem Kontext ein Faktor mit großer Bedeutung. Haben die Arbeitnehmer die Möglichkeit, sogenannte Heimarbeitsplätze zu nutzen? Gibt es Gleitzeitmodelle? Wie flexibel ist die Arbeitszeit planbar? Diese und ähnliche Fragen stehen bei heutigen Arbeitnehmern im Fokus.

## 6.1 Systemfehler

Welche Fehler heute vonseiten der Arbeitgeber gemacht werden, die häufig zu Personalverlust oder -mangel in den Kliniken führen, soll in den folgenden Unterkapiteln dargestellt werden.

### 6.1.1 Auslegung der Arbeitszeitgesetze

Die Gesetzgebung, insbesondere die Weiterentwicklung der Arbeitsschutzgesetze, ist maßgeblich für die Verbesserung der Arbeitszeitgestaltung in den letzten Jahrzehnten. Aufgrund von Personalnot legen Arbeitgeber die Vorschriften weit aus, sodass es zu „atypischen Arbeitszeitlagen“ (Schmucker, 2019, S. 56) kommt.

Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) regelt für alle Tätigkeitsbereich in § 3 die grundlegenden Arbeitsschutzpflichten des Arbeitgebers. In § 17 ArbSchG geht es um Pflichten und in § 20a ArbSchG werden die Rechte der Beschäftigten geregelt. Die *Überwachung des Arbeitsschutzes* erfolgt gem. den Regelungen im ArbSchG, z. B. in § 5 „Beurteilung der Arbeitsbedingungen“.

Diese Vorgaben dienen dazu, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz aller Beschäftigten bei der Arbeit durch gezielte Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und weiter zu verbessern. Ein elementarer Teil des Gesundheitsschutzes ist die Arbeitszeit der Beschäftigten, die Lage und Verteilung der Arbeitszeit sowie die Ruhe und Erholung von der Arbeitszeit.

Insbesondere die Arbeitszeit, geregelt durch das Arbeitszeitgesetz (ArbZB), stellt die Verantwortlichen der Beschäftigten in Betrieben, die rund um die Uhr zur Verfügung stehen müssen, mitunter vor gravierende Herausforderungen. Zahlreiche Aspekte müssen dabei berücksichtigt werden:

- Ruhezeiten zwischen den Diensten
- Länge der Dienste
- Aufenthaltsort für die Pausen und Dauer der Pausen
- Arbeit an Sonn- und Feiertagen
- Bereitschaftsdienste und Arbeit im Bereitschaftsdienst
- geplante Dienste und Freizeit

Hinzu kommen aus dem Tarifrecht hergeleitete wichtige Vorgaben, wie z. B. die maximale Wochenarbeitszeit. An einem kurzen Beispiel soll die Bedeutung der Vorgaben und deren Auswirkungen auf Mitarbeitende *und* Vorgesetzte dargestellt werden:

Die Ruhezeit zwischen den Diensten in einer Klinik muss mindestens elf Stunden betragen. Diese Zeit kann bei Bedarf auf zehn Stunden verkürzt werden. Bedingung ist jedoch, dass jede Verkürzung innerhalb von vier Wochen durch die Verlängerung einer anderen Ruhezeit auf mindestens zwölf Stunden ausgeglichen werden muss (§ 5 Abs. 1 und 2 ArbZG). Gesundheits- und Krankenpflegerin Andrea hat am Samstagabend Dienst bis 21 Uhr verrichtet. Es ist viel zu tun gewesen, sie arbeitet auf einer Pflegestation mit vielen Patienten in schlechtem Gesundheitszustand, sodass sie auch keine Pause machen konnte. Nun ist sie müde und muss noch mit dem Bus fahren. Endlich ist sie um 22 Uhr zu Hause, an Schlaf ist erst mal aber nicht zu denken, weil

sie noch nicht richtig abschalten kann. Am nächsten Tag hat sie Frühdienst, der bereits um 6 Uhr beginnt. Laut Arbeitszeitgesetz muss sie die Ruhepause von mindestens elf Stunden einhalten. Das heißt, sie dürfte gar nicht vor 8 Uhr beginnen, wenn man das Ende der reinen Arbeitszeit betrachtet. Andrea ist daher angespannt und müde und verwechselt zwei Patienten; nur durch Zufall wird dieser Fehler entdeckt.

Das Beispiel zeigt deutlich die Problemstellung im Alltag der Kliniken und Pflegeeinrichtungen. Wer in diesem Fall zur Verantwortung gezogen werden sollte, überlassen wir der Beurteilung der Leser/-innen. Fakt jedoch ist: Solche Verletzungen der Arbeitszeitregelungen werden regelmäßig begangen, z. T. auch auf Wunsch der Beschäftigten, um die Familiengestaltung oder Freizeitplanung zu ermöglichen. Gesetze aus diesem Grund bis zum Maximum ausreizen zu müssen, zeigt gravierende Fehler der Rahmenbedingungen auf. Deshalb ist der Wunsch nach einer eigenen Gestaltung der Arbeitszeit aus Sicht der Mitarbeitenden völlig berechtigt.

Die Ausfallzeiten durch Arbeitsunfähigkeit sind in der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege höher als in anderen Berufen. In einer Auswertung von AOK-Versicherten in diesen Berufen wird Folgendes deutlich: „Insgesamt betrachtet liegt der Krankenstand bei den pflegenden Berufen mit 7,4 % deutlich über den Krankenständen aller Berufe zusammengenommen (5,3 %).“ (Drupp/Meyer, 2019, S. 33) Die Berufe in der Altenpflege liegen dabei mit 7,5 % etwas höher als Berufe in der Krankenpflege (7,4 %). Damit liegt diese Berufsgruppe mit 2,3 % deutlich über dem durchschnittlichen Krankenstand aller Berufe. Den geringsten Krankenstand mit 4,4 % weisen Führungskräfte in der Altenpflege auf (vgl. Drupp/Meyer, 2019, S. 31 ff.).

Wird eine Pflegekraft krank, muss die Schicht durch eine andere Pflegekraft übernommen werden. Es gibt dafür in der Regel keine Reserve. In der Umsetzung bedeutet dies, dass der freie Tag eines anderen Kollegen gestrichen wird, um den Dienst des kranken Kollegen zu kompensieren. Das hat doppelte Frustration zur Folge, denn der freie Tag war verplant und eine neue Planung muss erfolgen. Solche Umstände haben einen negativen Einfluss auf die Attraktivität der Pflegeberufe.

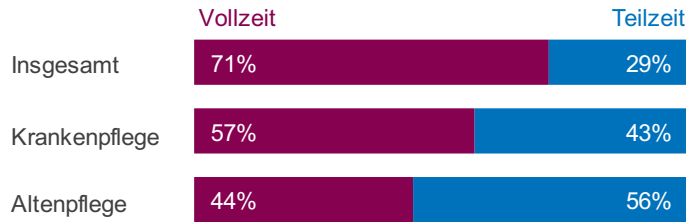
## **6.1.2 Der Arbeitgeber bestimmt den Dienstplan**

Ebenso wie der Fachkräftemangel beeinflussen individuelle Veränderungen in der Work-Life-Balance, ein generationenbedingter „neuer“ Anspruch an die berufliche Arbeit, die verbreitete Digitalisierung und neue Formen der Kommunikation sowie

Anforderungen der Familienorganisation in hohem Maße heutige Organisationen (vgl. Ameln/Wimmer, 2016, S. 12). Es ist davon auszugehen, dass sich diese Prozesse nicht nur im Gesundheitswesen so entwickelt haben. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie haben gezeigt, wie schnell Veränderungen der Arbeitszeit und der Arbeitsorganisation möglich sind. Plötzlich soll das Arbeiten von Zuhause neben Erziehung und Beschulung eine Leichtigkeit sein. Allerdings werden auch hier die Menschen nicht unbedingt nach ihrem Einverständnis gefragt, weshalb der Wunsch nach Gestaltung der Arbeitszeit aus Sicht der Mitarbeitenden völlig berechtigt ist (vgl. Mojtahedzadeh et al., 2021, o. S.).

Freizeit ist heute ein kostbares Gut und in unserem Kulturkreis positiv besetzt. Arbeitnehmer/-innen stellen ihre persönlichen Ansprüche zunehmend in den Vordergrund, obwohl es sich zeigt, dass trotz einer Flexibilisierung der Arbeitszeiten Arbeitnehmer/-innen nicht mehr Freizeit erhalten (vgl. Lott, 2019, S. 6). Die Arbeit und der Lohnerwerb sind in ein neues Verhältnis zueinander gerückt: „Ich arbeite, um zu leben!“ ist das aktuelle Motto der Generation Z. Die jungen Menschen sehen Autoritäten kritisch, grenzen ihr Privatleben strikt vom Beruf ab und lehnen Führungsverantwortung ab. Dafür sind viele Beschäftigte bis zu einem gewissen Maß bereit, auf finanzielles Einkommen zu verzichten, um stattdessen einen zusätzlichen Urlaub oder regelmäßigen freien Tag zu gewinnen (vgl. Steckl et al., 2019, S. 211). Zunehmende körperliche Belastungen und der generelle Mangel an Fachkräften sowie weitere, oft private Faktoren führen zu einer zusätzlichen Ausweitung der Teilzeitquote. Gleichwohl ist die Krankheitsquote bei Teilzeitbeschäftigten hoch. Dies ist einerseits auf deren höheres Durchschnittsalter und andererseits auf eine schlechte Bezahlung oder auch Angst vor Arbeitsplatzverlust zurückzuführen (vgl. Drupp/Meyer, 2020, S. 37).

Die Teilzeitquote von Beschäftigten im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren permanent erhöht. In der Altenpflege arbeiten sogar mehr Pflegende in Teilzeit als in Vollzeit, wie Abb. 6.1 zeigt.



**Abb. 6.1:** Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Strukturmerkmalen (Bundesagentur für Arbeit, 2020, S. 8)

### 6.1.3 Bewerberinnen und Bewerber für den Pflegeberuf

Der Fachkräftemangel zwingt Personalverantwortliche zu neuen Einsichten. In der Pflegebranche sind längst schon keine Stellen mehr durch die Vermittlung der Jobcenter zu besetzen. Laut Fachkräfteanalyse der Bundesagentur für Arbeit (Dezember 2019) besteht in allen Bundesländern ein akuter Mangel an Fachkräften in der Alten- und Krankenpflege. Lediglich das Saarland verzeichnet in der Gesundheits- und Krankenpflege keinen Mangel (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2020, S. 15 f.) Dieser Mangel an Fachkräften und das Überangebot an Stellen ermöglicht ein schnelles und unproblematisches Wechseln für Beschäftigte, sofern deren persönliche Belange im aktuellen Arbeitsverhältnis nicht ausreichend Berücksichtigung finden.

Im Klartext gesprochen: Wenn der Arbeitgeber den Forderungen nach Terminierung und Verteilung der Arbeitszeit nicht nachkommen kann oder will, entscheiden sich Arbeitnehmer/-innen häufig gegen diesen Betrieb. Attraktive Arbeitszeiten und die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse sind somit ein entscheidender Faktor, um Mitarbeitende an ein Unternehmen zu binden. Die Erfahrung zeigt, dass folgende Aspekte zunehmend an Attraktivität verlieren:

- Einsatz in einem stetig unveränderten Arbeitsumfeld
- lebenslange Bindung an einen Arbeitgeber
- Arbeiten des Geldes wegen, auch auf Kosten der Freizeit

Diese Aspekte stehen, wie beschrieben, häufig im Gegensatz zu den Anforderungen der Beschäftigten der Babyboomer-Generation, die allerdings bald das Rentenalter erreichen werden (vgl. Steckl et al.; 2019, S. 212). Dessen ungeachtet kommt es durch diese ungleichen Wertesysteme häufig zu Spannungen zwischen den Beschäftigten der unterschiedlichen Generationen, sodass – nach Erfahrung der Autorinnen – viele ihre Kollegen/Kolleginnen sowie deren Präferenzen gar nicht mehr verstehen. Nicht alle Arbeitgeber folgen daher diesem Weg der Veränderung, was wiederum zu hoher Personalfluktuation führt, denn Menschen suchen sich den Arbeitsplatz, der zu ihnen passt. In Zeiten des Fachkräftemangels ist dies aus Sicht der Unternehmen ein großes Problem; aus Sicht der Pflegenden aber ein großes Stück Freiheit. Daher muss die Personalentwicklung rechtzeitig und zielgerichtet erfolgen (vgl. Stachel, 2019, S. 209 f.).

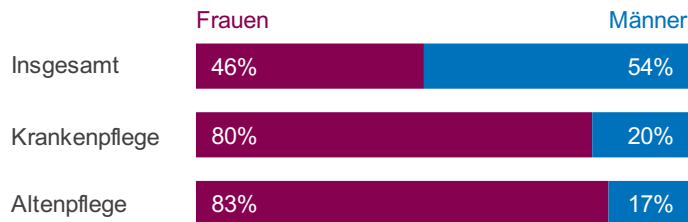
#### **6.1.4 Fehlende Flexibilität des Unternehmens in Anpassung an neue Lebensphasen**

Bewerber/-innen, die sich um eine Anstellung bemühen, kommen mit ganz konkreten Vorstellungen in ein Unternehmen: Dazu zählt der Wunsch nach persönlicher Gestaltung der Arbeit ebenso wie die fachliche Ausrichtung der Tätigkeit (inkl. möglicher Qualifizierungsmaßnahmen). Diese sehr konkreten Anforderungen an ein Unternehmen haben Auswirkungen auf das gesamte Personalmanagement und führen zu veränderten Handlungen bis hin zu einer möglichen Neuausrichtung des Trägers, einer neuen Führungskultur sowie einer veränderten Betrachtung von Arbeitszeit und Einsatz der Mitarbeitenden im Pflegedienst. Mitarbeitende wünschen sich (vgl. Lauxen et al., 2018, S. 60 f.):

- selbstbestimmte Dienstzeiten und eigene Umsetzung zur Verteilung der Dienste
- Urlaubsansprüche in den Ferienzeiten (von Schule und Kindergarten)
- Dienstbeginn und Dienstende angepasst an persönliche Belange (z. B. Öffnungszeiten der Kita)
- Berücksichtigung der Freizeit gegenüber Entlohnung (z. B. Auszahlung von Überstunden)

Seit einigen Jahren bemühen sich die Arbeitgeber im Gesundheitswesen darum, den sich auf dem Arbeitsmarkt befindlichen Teil der Pflegekräfte – unabhängig vom Set-

ting – aktiv zu umwerben. Die Bindung und Anwerbung qualifizierter Pflegekräfte gewinnt an Bedeutung. Dies geschieht mit unterschiedlicher Intensität und ist unmittelbar abhängig von der Werthaltung der Führungskräfte des Unternehmens. Ein probates Mittel scheint die Personalgewinnung über Abwerbepremien zu sein, die besonders in Großstädten den Kampf um Fachkräfte bestimmen (vgl. Mühlnickel, 2019, S. 778; Hommel, 2019, o. S.). Im Jahr 2019 waren 23.500 offene Stellen in der Altenpflege und 16.200 offene Stellen in der Krankenpflege bei der Arbeitsagentur gemeldet (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2020, S. 14). Über 80 % der Mitarbeitenden in der Krankenpflege und 83 % in der Altenpflege sind Frauen, denen häufig zugleich im privaten Umfeld die Organisation der Familien obliegt. Pflegeberufe sind weiterhin eine Frauendomäne, wie Abb. 6.2 zeigt (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2020, S. 8):



**Abb. 6.2:** Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Strukturmerkmalen (Bundesagentur für Arbeit, 2020, S. 8)

Arbeitszeitmodelle, die die unterschiedlichen Bedarfe und Wünsche der Beschäftigten berücksichtigen, sind für Unternehmen ein wichtiger Aspekt, um sich von anderen Arbeitgebern zu unterscheiden (vgl. Rump/Eilers, 2016, S. 347). Ein Dienstplan, der plötzlich geändert wird, ist im Kontext der privaten Familienorganisation nicht selten eine fast unlösbare Aufgabe, denn wer soll nun den Nachwuchs vom Kindergarten abholen?

Aber nicht nur Mütter und Väter lehnen spontane Dienstplanänderungen aus persönlichen Gründen ab. Auch Mitarbeitende, die z. B. einem berufsbegleitenden Studium nachgehen, sind auf eine stabile Planung angewiesen. Durch das ungeplante „Einspringen“ in der Krankenpflege kann Freizeit nicht geplant werden, Überstunden werden aufgebaut und die ständige Erreichbarkeit hat einen massiven Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden, wodurch Unzufriedenheit entsteht (vgl. DPR, 2019, S. 61 ff.).

## 6.2 Lösungsansätze

Welche Möglichkeiten sind denkbar, um Lösungen für die oben beschriebenen Probleme zu schaffen? Im Folgenden werden Ansätze dargestellt, die Arbeitgebern und Mitarbeitenden Wege zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben aufzeigen. Dabei wird vor allem auf das Beispiel der Flexpools eingegangen.

### 6.2.1 Neue Arbeitszeitmodelle

In den Niederlanden werden seit 15 Jahren Systeme umgesetzt, die sich vom Personalmanagement im deutschen Gesundheitswesen deutlich unterscheiden. Die Dienstplangestaltung wird durch die Mitarbeitenden eigenständig im Team umgesetzt, die Arbeitszeiten sind auf die eigenen Bedürfnisse abstimmbare und mobile Lösungen erwirken ein sehr schnelles Handeln. Daraus resultieren:

- eine hohe Mitarbeitermotivation durch Eigengestaltung und Integration in das Unternehmen
- keine Stellenvakanz in den Kliniken
- flexibilisierte Arbeitszeiten und Arbeitsverträge, hohe Ausrichtung auf familienfreundliche Organisationsformen
- Befreiung der Stationen vom Ausfallmanagement
- ein hoher Grad an fachlicher Professionalisierung
- die verlässliche Planung von Freizeit und Arbeit nach den Bedürfnissen der Mitarbeitenden
- Einsatz schneller, digitalisierter Instrumente zur Kommunikation mit den Mitarbeitenden und dem Arbeitsmarkt

Insbesondere die *Flexpools* in den niederländischen Kliniken, die aus 80 bis zu mehreren 100 Mitarbeitenden bestehen, sind ein Erfolgskonzept, um den oben genannten Probleme zu begegnen (vgl. Noteboom/Meulen, 2021). Flexpool bedeutet: Qualifizierte Pflegekräfte arbeiten dort, wo ein Ausfall entstanden ist. Aber nur zu den selbst festgelegten Dienstzeiten und an den selbst gewählten Tagen.

Ist das auch an deutschen Kliniken möglich? Am Lukaskrankenhaus in Neuss wurde ein Pool für Pflegekräfte, orientiert an den niederländischen Modellen, mit folgenden Zielen implementiert:



- Schaffung eines systemischen Instrumentes zur Kompensation von krankheitsbedingten Ausfällen in der Pflege
- Schaffung eines Angebotes zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Gewinnung neuer Mitarbeitenden und Personalbindung
- Flexibilisierung der Arbeitszeiten

In den Gesundheitsberufen müssen durch Krankheitsausfälle, Urlaube, Fortbildungen oder einen erhöhten Patientenaufwand Personalengpässe ständig kompensiert werden. Hier setzt die Idee der Flexpools an: Im Lukaskrankenhaus werden den Mitarbeitenden des Pools ihre Wunschdienstzeiten zugesichert, und sie werden dort eingesetzt, wo sie gerade gebraucht werden. Der Dienstplan mit seinen festen Zeiten wird von den Mitarbeitenden selbst für einen beliebig langen Zeitraum festgelegt und ist bindend. Die Mitarbeitenden können sich auf ihre Zeiten verlassen und Familie oder Freizeit entsprechend organisieren, sodass das Thema „Einspringen“ kein Problem mehr darstellt. Konkret bedeutet dies, dass die Mitarbeitenden ihre Dienstzeiten selbst vorgeben. Dabei sind nur wenige Regeln zu beachten:

- Die Schichten sollen nicht kürzer als vier Stunden sein.
- Das Arbeitszeitgesetz ist bindend.
- Ein Wochenende im Monat und ca. fünf Feiertage im Jahr sollen in der Dienstplanung enthalten sein.

Auch Mitarbeitende mit Kindern können mitunter an den Wochenenden arbeiten. Nicht der Kalendertag an sich stellt das Problem dar, sondern die Planbarkeit und Verbindlichkeit im System Krankenhaus. Wer in der Pflege tätig ist oder war, weiß, wie häufig sich ein solcher Dienstplan ändern kann und genau diese Änderungen sind in den Familien oft nicht leistbar.

Jede/-r Flexpool-Mitarbeitende darf entscheiden, wann er/sie arbeitet und legt den eigenen Dienstplan nach vertraglich festgelegten Arbeitszeit selbstständig fest. Jeder „Flexer“, wie diese Mitarbeitenden inzwischen genannt werden, ist in mindestens fünf Stations- bzw. Arbeitsbereichen eingearbeitet und wird auch nur dort eingesetzt. Manche Mitarbeitenden legen den Dienstplan bis zu einem Jahr im Voraus fest, weil es die Familienorganisation oder das Studium erfordern. Die Disposition wird durch eine Koordinatorin ausgeführt. Eine Fachkraft übernimmt als weitere wichtige

Aufgabe die Anwerbung, Einstellung, Einarbeitung und Integration der Flexer (vgl. Noteboom/Meulen, 2019, S. 225 ff.).

### **6.2.2 Identifikation mit dem Unternehmen und Schaffung einer Win-win-Situation**

Identifikation entsteht u. a. durch das Einfühlen in eine Person. Das gilt auch für das Erleben eines Unternehmens. Die Einführung des Flexpools und der damit verbundenen neuen Systematik führt dazu, dass sich das „Unternehmen Krankenhaus“ in die Bedürfnisse der Arbeitnehmenden einfühlt. Bei Neubeginn im oder einem Wechsel in den Flexpool ist daher vor allem von Interesse: „Was kannst du? Wann möchtest du arbeiten? Was bringst du an Vorerfahrung mit, von dem unsere Stationsbereiche profitieren können?“

Auf diese Weise findet ein Paradigmenwechsel statt, der dazu führt, dass sich neue Mitarbeitende im Krankenhaus angenommen fühlen. Dabei tritt das Interesse an der Person an sich und den neuen Arbeitsbedingungen in den Vordergrund (vgl. Noteboom/Meulen, 2019, S. 227 f.).

Seit nunmehr vier Jahren betreibt das Lukaskrankenhaus diesen Flexpool mit über 70 Mitarbeitenden; die Personalfuktuation ist seitdem verschwindend gering. Häufiger kommt es hingegen vor, dass ein Flexer sich für einen Bereich festlegt, in dem er/sie zukünftig nur noch eingesetzt werden möchte. Die Gründe dafür liegen fast ausschließlich im fachlichen Bereich. So ist z. B. eine Kollegin zu nennen, die sich in der Palliativmedizin spezialisieren möchte.

### **6.2.3 Auswirkungen auf die Pflegeorganisation**

Selbstverständlich haben Mitarbeitende des Flexpools vor den ersten Einsätzen die Gelegenheit, sich einzuarbeiten und sich mit dem Arbeitsumfeld vertraut zu machen. Schließlich wird von ihnen die gleiche Leistung erwartet wie von den Stammmitarbeitenden. Flexer arbeiten in allen Fachbereichen der Klinik und können so ihr individuelles Fachwissen im Laufe der Zeit deutlich erweitern. Dies ist ein weiterer wichtiger Aspekt für eine nachhaltige Motivation der Mitarbeitenden. Mittlerweile ist dieses Modell auch für diejenigen Kolleginnen und Kollegen attraktiv, die langjährig in der Krankenpflege tätig sind und vielleicht aus gesundheitlichen Gründen einzelne Arbeitszeiten nicht mehr abdecken können oder wollen. Auch diese wechseln in den

Pool und lernen die Arbeitsbereiche der Klinik neu kennen, was eine Bereicherung für alle darstellt.

Wie gelingt im Lukaskrankenhaus die Reaktion auf Personalausfälle? Wichtig ist, dass die Pflegekräfte auf jeden Fall zu den geplanten Zeiten arbeiten. Ein gewisser Anteil der Flexer wird mittelfristig geplant, um einen Ausfall, der heute schon bekannt ist, da z. B. mehrere Mitarbeitende einer Station in Krankheit oder Kur etc. sind, zu kompensieren. Ein kurzfristiger Ausfall Pflegender ergibt sich eigentlich immer. Diese Zeiten werden morgens mit den Leitungen besprochen, die entsprechend die Flexer verteilen. Sollte keine Pflegekraft fehlen, kommen die Flexer zusätzlich auf die Stationen. Die Stationsleitung entscheidet dann, ob eine andere Person Überstunden abbaut, ob diese Zeit der „intensiven“ Pflege zugutekommt oder welcher anderweitige Einsatz dieser Stunden sinnvoll ist.

Der Pool ist geeignet für Väter und Mütter, die die Familienorganisation sicherstellen müssen, für Studierende und Langschläfer, die feste Arbeitszeiten wünschen, oder auch für Mitarbeitende, die gern in unterschiedlichen Klinikbereichen arbeiten möchten. Aufgrund dieses Angebotes begeistern sich wieder Menschen für den Pflegeberuf, die bisher aus persönlichen Gründen und wegen der z. T. schwierigen Arbeitsbedingungen keine Möglichkeit hatten, zufrieden ihrer Tätigkeit nachzugehen. Die Ergebnisse im Lukaskrankenhaus Neuss, die noch nicht evaluiert wurden, können sich sehen lassen: Die Effekte sind:

- verlässliche Dienstplangestaltung
- Berücksichtigung der persönlichen Interessen bei der Verteilung der Dienste
- kein Einspringen bei Dienstausfall anderer, verlässliche Freizeitplanung
- Umsetzung von lebensphasenorientierten Arbeitszeiten
- zunehmende Fachkräftegewinnung durch attraktive Arbeitszeitmodelle
- verbesserte Arbeitsmarktkommunikation
- deutlicher Anstieg der Motivation bei den alten und neuen Mitarbeitenden
- breite Basis für aktuelles Fachwissen

#### 6.2.4 Veränderung der Gestaltungsmöglichkeiten

Der größte Effekt zeigt sich im Wandel der Haltung der Mitarbeitenden: Selbst Teil der Lösung zu sein, sich zu beteiligen und gemeinsam Ziele zu erreichen, ist für Kliniken die Formel für nachhaltige Veränderung und für die Lösung von Problemen und kommt einem Kulturwandel nahe. Aufgrund dieser erfolgreichen Arbeitsmodellidee hat die Klinik in Neuss den ersten Change Award 2017, gefördert durch das Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS) in Hamburg, verliehen bekommen.

Als Konsequenz bedeutet diese Veränderung aber auch, dass Arbeitgeber und/oder Vorgesetzte Aufgabenbereiche abgeben und nicht in der Sichtweise verharren, dass nur der „Chef“ weiß, wie die Prozesse funktionieren, sondern das Vertrauen in die Mitarbeitenden haben, selbst Lösungen schaffen zu können. Systemisch zu denken und gemeinsam diese Probleme zu lösen, ist die Formel der Zukunft, die mit dem Generationenwechsel der Beschäftigten gelingen kann. All diese Erfolge können jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass zu wenig aktive Pflegekräfte im Beruf tätig sind. Leider lassen auch die Nachwuchszahlen befürchten, dass es zukünftig noch schwieriger werden wird, freie Stellen zu besetzen. Neue dynamische Arbeitszeitmodelle können diese Berufsflucht verlangsamen. Folgende Aussage einer Mitarbeiterin im Flexpool in Neuss beschreibt die Situation sehr treffend: „Wenn es schon früher den Pool und die angebotenen flexiblen Zeiten gegeben hätte, hätte ich schon viel eher den Wiedereinstieg nach der Geburt unserer Tochter gewagt. Die Tätigkeit im Flexpool ermöglicht mir die optimale Abstimmung von Familie und Beruf.“

80 % der Flexer, 70 Mitarbeitende, sind seit Projektstart neu in das Lukaskrankenhaus gekommen. Mit einer groß angelegten Informationsoffensive über die sozialen Netzwerke hat die Klinik über den Pool berichtet. Dies hat zu einer Bewerberflut geführt, da sich viele potenzielle Mitarbeitende, deren bisherige Arbeitgeber keine vergleichbaren Arbeitszeitmodelle anboten, von dieser Art der Arbeitszeitplanung angesprochen fühlten. Die Anfragen nach dem Flexmodell reißen nicht ab, sodass sich inzwischen auch langjährige Mitarbeitende daran gewöhnt haben, dass die jüngeren Generationen eine veränderte Sicht auf die Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen haben. Es ist unabdingbar, „mit der Zeit zu gehen“ und hinzuhören, was die Mitarbeitenden wünschen und benötigen. Die bestmögliche Abstimmung der Anforderungen von Mitarbeitenden und Unternehmen hat im Lukaskrankenhaus zu einer beispielhaften Win-win-Situation geführt.

## Literatur

- Ameln, F. v.; Wimmer, R. (2016). *Neue Arbeitswelt, Führung und organisationaler Wandel. New Economy, Leadership and Organizational Change*. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO) 47, S. 11–21.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2020). *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt: Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (15.02.2021).
- Deerberg-Wittram, J. (2019). *Strategie: Pflege- und Medizinstrategie*. In: Pröhl, K. J.; Lux, V.; Bechtel, P. (Hrsg.): *Pflegemanagement. Strategien, Konzepte, Methoden*. Berlin: MWV, S. 51–56.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2020). *Gestiegenes Interesse an Pflegeberufen*. Pressemitteilung N070. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/10/PD20\\_N070\\_212.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/10/PD20_N070_212.html) (18.02.2021).
- DPR – Deutscher Pflegerat e. V. (2019). *Verlässliche Dienstpläne müssen Normalfall werden. Frei heißt frei*. Heilberufe, (1), S. 62–63.
- Drupp, M./Meyer, M. (2019). *Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer, S. 23–47.
- Eberhard, D. (2016). *Generationen zusammenführen. Mit Millennials, Generation X und Babyboomern die Arbeitswelt gestalten*. Freiburg: Haufe.
- Einramhof-Florian, H. (2016). *Die Arbeitszufriedenheit der Generation Y. Lösungsansätze für erhöhte Mitarbeiterbindung und gesteigerten Unternehmenserfolg*. Wiesbaden: Springer.
- Hommel, T. (2019). *„Kaum zu gewinnender Wettlauf“*. *Pflegebranche fürchtet fatalen Wettbewerb um Personal*. ÄrzteZeitung. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Pflegebranche-fuerchtet-fatalen-Wettbewerb-um-Personal-401537.html> (16.02.2021).
- Huber, T./Rauch, C. (2013). *Generation Y. Das Selbstverständnis der Manager vor morgen*. In: Signium International (Hrsg.). [https://www.zukunftsinstitut.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Auftragsstudien/studie\\_generation\\_y\\_signium.pdf](https://www.zukunftsinstitut.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Auftragsstudien/studie_generation_y_signium.pdf) (17.02.2021).
- Hurrelmann, K./Albrecht, W. (2014). *Die heimlichen Revolutionäre: Wie die Generation Y unsere Welt verändert*. Bad Langensalza: Beltz.
- Kring, W./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2019). *Die Generation Z erfolgreich gewinnen, führen, binden*. NWB: Herne.
- Lauxen, O./Larsen, C./Schwarz, L./Höhmann, U. (2018). *Determinanten der Mitarbeiterbindung in der Pflege Personal sichern: Wie können Arbeitgeber Einfluss nehmen?* *Pflegezeitschrift*, 71 (4), S. 59–62.
- Lott, Y. (2019). *Weniger Arbeit, mehr Freizeit? Wofür Mütter und Väter flexible Arbeitsarrangements nutzen*. WSI – Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut. Report, (47). [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_wsi\\_report\\_47\\_2019.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_report_47_2019.pdf) (17.02.2021).
- Mangelsdorf, M. (2015). *Von Babyboomer bis Generation Z. Der richtige Umgang mit Generationen im Unternehmen*. Offenbach: Gabal.
- Mühlnickel, I. (2019). *Umstritten, aber erfolgreich*. f & w führen und wirtschaften im Krankenhaus, (9), S. 778.

- Mojtahedzadeh, N./Rohwer, E./Lengen, L./Harth, V. et al. (2021). *Gesundheitsfördernde Arbeitsgestaltung im Homeoffice im Kontext der COVID-19-Pandemie*. Zbl Arbeitsmed., (2).
- Noteboom, L./Meulen, P. v. d. (2019). *Exkurs: Mitarbeiterorientiert flexibilisieren*. In: Pröls, J./Lux, V./Bechtel, P. (Hrsg.): *Pflegemanagement. Strategien, Konzepte, Methoden*. Berlin: MWV, S. 225–228.
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (2021). *Seit Corona: Immer mehr Pflegeschüler\*innen brechen ihre Ausbildung ab*. <https://pflegeberufekammer-sh.de/2021/01/seit-corona-immer-mehr-pflegeschueler-brechen-ihre-ausbildung-ab/> (20.02.2021).
- Rump, J./Eilers, S. (2016). *Flexible Arbeitszeitmodelle – Die Lebensphasenorientierte Personalpolitik als ganzheitlicher Ansatz zum Umgang mit dem Wandel in der Arbeitswelt*. In: Klaus, H./Schneider, H.-J. (Hrsg.) (2016): *Personalperspektiven*. Wiesbaden: Springer, S. 347–358.
- Schmucker R. (2020) *Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen*. In: Jacobs K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019*. Berlin u. a.: Springer, S. 49–60.
- Simon, M. (2018). *Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/p\\_fofoe\\_WP\\_096\\_2018.pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/p_fofoe_WP_096_2018.pdf) (17.02.2021).
- Stachel, K. (2019). *Personalentwicklung*. In: Pröls, J./Lux, V./Bechtel, P. (Hrsg.): *Pflegemanagement. Strategien, Konzepte, Methoden*. Berlin: MWV, S. 209–218.
- Steckl, M./ Simshäuser, U./Niederberger, M. (2019). *Arbeitgeberattraktivität aus Sicht der Generation Z. Eine quantitative Befragung zur Bedeutung gesundheitsrelevanter Dimensionen im Betrieb*. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 3 (14), S. 212–217.
- Stillmann, D./Stillmann, J. (2017). *Gen Z@Work. How the next generation is transforming the workplace*. New York: Harper Collins Publishers.



# 7

## **Internationale Fachkräfteakquise als Bestandteil des strategischen Personalmanagements**

### **Eine empirische Sekundärdatenanalyse bei einem mittelständischen Pflegeunternehmen**

ALEKSANDR VOGELSANG

Der Pflegesektor ist vom Fachkräftemangel geprägt. Neben der Ausbildung ist die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte eine der Kernsäulen, um den Mangel zu beheben. In diesem Beitrag wird das ausländische Fachkräfteprogramm eines mittelständischen Pflegeunternehmens mittels einer Sekundärdatenanalyse vorgestellt. Seit 2014 wurden 142 Pflegefachkräfte überwiegend aus der Europäischen Union (EU) akquiriert. Der Prozess wird anhand deskriptiver Darstellungen erläutert. Die Chancen und Herausforderungen im Zusammenhang mit der Fachkräfteakquise in der Pflege werden anhand des Praxisbeispiels dargestellt.

### **Einleitung**

Die Pflegebranche ist seit Jahren vom massiven Fachkräfte- und Personalmangel betroffen. Unattraktive Arbeitsbedingungen wie Schichtdienste, Sechs-Tage-Wochen, eine inadäquate Bezahlung, eine physisch und psychisch belastende Arbeit, gepaart mit der demografischen Entwicklung und dem damit einhergehenden Nachfrageanstieg, führten zu diesem Umstand (vgl. StBA, 2019, S. 24 ff.; Fenchel, 2012, S. 13 ff.). Schätzungen gehen davon aus, dass bis 2030 ca. 25 % mehr Vollzeitäquivalente in der Pflege benötigt werden; der Personalbedarf wird sich auf ca. 700.000–900.000 Pflegekräfte erhöhen (vgl. Schwinger et al., 2019, S. 18; Blum et al., 2019, S. 62).

Durch den Fachkräftemangel und die absehbare Intensivierung dieses Problems gab es in den letzten Jahren zahlreiche privatwirtschaftliche und öffentliche Initiativen, u. a. zur internationalen Fachkräfteakquise im Pflegebereich (vgl. Watzka, 2018, S. 11 ff.) sowie die Konzertierte Aktion Pflege der Bundesregierung aus dem Jahr 2019 mit den darin enthaltenen Maßnahmen. 2017 waren bereits 128.000 ausländische Pflegekräfte in Deutschland tätig. Etwa die Hälfte kam aus EU-Staaten, die andere Hälfte aus Drittstaaten. Sie machten ca. 7,5 % der gesamten Beschäftigten in Deutschland



aus und teilten sich je zur Hälfte in die Bereiche der Kranken- und Altenpflege auf (vgl. Sell, 2019, S. 89 ff.).

Der folgende Beitrag stellt die internationale Fachkräfteakquise als Bestandteil des strategischen Personalmanagements der Medizin Mobil Gruppe vor. Im Jahr 1994 gründete sich das Unternehmen als mittelständisches Familienunternehmen in der Pflege, um die ambulante Pflege in Hannover und der Region auszubauen. Sie gehört zu den ersten privaten Anbietern für ambulante Pflegeleistungen in Hannover und der Region. Das Unternehmen ist in den Bereichen der ambulanten und der stationären Pflege sowie in der Intensivpflege aktiv. Im Jahr 2013 wurde bei der Medizin Mobil ein neues unternehmenseigenes Programm zur internationalen Fachkräfteakquise aufgesetzt, um dem Personalangel im Unternehmen entgegenzuwirken. Mit diesem Beitrag veröffentlicht die Medizin Mobil erstmalig ihre Daten zu der seit 2013 durchgeführten Fachkräfteakquise.<sup>1</sup>

## 7.1 Internationale Fachkräfteakquise als Bestandteil des strategischen Personalmanagements

Der Fachkräftemangel ist in der Pflegebranche in Deutschland omnipräsent. Durch den Fachkräftemangel sind die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit, die soziale Teilhabe und im ambulanten Pflegebereich der Verbleib im gewohnten Milieu gefährdet. Pflegedienste können seit geraumer Zeit immer häufiger keine neuen Patienten mehr aufnehmen, da sie an ihre Kapazitätsgrenzen stoßen und keine neuen Pflegekräfte finden (vgl. z. B. Ärzteblatt, 2019; Dowideit, 2019; Wieschemeyer, 2019; Berger, 2018). Für die Pflegeunternehmen wirkt sich der Mangel negativ auf die Führungsmöglichkeiten, den Erhalt der Wirtschaftlichkeit und das Wachstum in der Branche aus.

Neben der Ausbildung von Pflegekräften, der nationalen Personalakquise und der Aufstockung von Teil- auf Vollzeitstellen kann die internationale Fachkräfteakquise ein wichtiger Bestandteil des strategischen Personalmanagements sein, um den hohen Fachkräftebedarf in der Pflege zu decken. Im Folgenden wird das seit 2013

---

1 Der Autor des vorliegenden Beitrags ist geschäftsführender Gesellschafter der Medizin Mobil Gruppe. Er ist Initiator und Gründer des internationalen Fachkräfteprogramms. Aktuell ist er als vorgesetzter Ansprechpartner der Recruiter für das Programm zuständig. Im Wissen um diesen Umstand wurde dennoch versucht, eine möglichst objektivierte wissenschaftliche Darstellung zu gewährleisten.

laufende Fachkräfteprogramm der Medizin Mobil vorgestellt und anhand von einzelnen Daten erörtert.

Die regelmäßig vorkommenden Herausforderungen bei der Arbeit als ausländische Fachkraft sowie bei der Integration, die durch die kulturellen, sprachlichen und berufsspezifischen Unterschiede bedingt sind, wurden bereits vermehrt in der Literatur aufgegriffen (vgl. z. B. Sell, 2019, S. 93 ff.; Rand/Larsen, 2019, S. 7 ff.; Rand et al., 2019, S. 171 ff.; Braeseke, 2017; Bonin et al., 2015, S. 32, 49 ff.).

### 7.1.1 Definitionen

Unter der internationalen Fachkräfteakquise wird im Folgenden die systematische Rekrutierung ausländischer Fachkräfte verstanden, die noch nicht über die für die Berufsausübung im Zielmarkt (in diesem Fall Deutschland bzw. Niedersachsen, da die Anerkennung von Pflegefachkräften den jeweiligen Landesbehörden vorbehalten ist) erforderliche Anerkennung verfügen.

Ausländische Fachkräfte, die bereits in Deutschland wohnen, eine für die Berufsausübung erforderliche Anerkennung inklusive der notwendigen Sprachkenntnisse haben und sich auf „gängige“ Stellenanzeigen im nationalen Markt, in dem das Unternehmen tätig ist, bewerben, fallen nicht in die hier untersuchte Kategorie. Dies gilt ebenfalls für Fachkräfte, die im Ausland wohnen bzw. sich auf internationale Stellenanzeigen bewerben und bereits über eine in Deutschland anerkannte Berufsausbildung verfügen.

### 7.1.2 Voraussetzungen für die Anerkennung als Pflegefachkraft in Niedersachsen

Die Ausübung der Tätigkeit als Pflegefachkraft bedarf rechtlich einer anerkannten Qualifikation als Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (bzw. in Zukunft als Pflegefachfrau bzw. -mann). Der Beruf gehört damit zu den sogenannten reglementierten Berufen (vgl. Deutscher Bundestag, 2019).

Im europäischen Ausland gibt es meist keine Ausbildung zur Altenpflegefachkraft, die mit der in diesem Jahr ausgelaufenen Altenpflegeausbildung in Deutschland vergleichbar wäre. In der EU ist die Akademisierung der Pflege weiter vorangeschritten, sodass die Qualifikation zur Pflegefachkraft häufig durch ein Pflegestudium

erfolgt. In diesen Studiengängen kann sich zum Teil auf die Themen der Altenpflege spezialisiert werden (vgl. Waldhausen et al., 2014, S. 8 f.). Das Pflegestudium befähigt in Kombination mit einem Sprachnachweis zur Anerkennung als examinierte Pflegefachkraft, i. d. R. als Gesundheits- und Krankenpflegekraft, in Deutschland.

Als Nachweis der notwendigen Sprachqualifikation genügt in Niedersachsen das Bestehen einer Fachsprachprüfung, die zwischen den Niveaustufen B1 und B2 liegt, oder aber der Nachweis über das Erreichen des B2-Niveaus eines anerkannten Sprachtests (vgl. Niedersächsisches Sozialministerium, 2020). Das B2-Niveau reicht i. d. R. für den „alltäglichen“ Gebrauch sowie für die selbstständige Sprachanwendung der Pflegekraft.

Das seit März 2020 geltende Fachkräfteeinwanderungsgesetz brachte bisher gegenüber der vorherigen Gesetzeslage bei der Zuwanderung von Pflegekräften weder merkliche Erleichterungen im Pflegesektor noch beschleunigte Verfahren zur Visabeantragung, zur Einreise und der Anerkennung der ausländischen Abschlüsse hervor. Dies dürfte – neben den aus der subjektiven Sicht des Autors weitaus zu geringen Erleichterungen gegenüber der vorherigen Gesetzeslage – hauptsächlich an der COVID-19-Pandemie gelegen haben. Die weitere Marktentwicklung hierzu bleibt abzuwarten.

### **7.1.3 Das mittelständische Familienunternehmen Medizin Mobil**

Die Medizin Mobil Gruppe aus Hannover wurde 1994 von der Ärztin Alla Feofanova gegründet. Sie ist mit ihrer Familie 1990 aus der damaligen UdSSR nach Deutschland immigriert und war damit selbst eine ausländische Fachkraft. Das Unternehmen entwickelte sich zu einem größeren Anbieter in der Region, sodass aktuell (Stand: Februar 2021) ca. 450 Patienten und Bewohner durch ca. 320 Mitarbeitende in den Settings der ambulanten Pflege, des betreuten Wohnens, der stationären Pflege und der ambulanten Kinder- und Erwachsenenintensivpflege versorgt werden. Das Familienunternehmen wird seit 2009 in zweiter Generation vom Autor des vorliegenden Beitrags geleitet.

### **7.1.4 Die internationale Fachkräfteakquise bei der Medizin Mobil**

Ziel des Programms der internationalen Fachkräfteakquise ist die Anwerbung ausländischer Pflegefachkräfte zur mittelfristigen Besetzung freier Stellen in den Ein-

satzbereichen der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Das Programm wird von im Unternehmen angestellten Recruitern, sprich fest angestellten Mitarbeitern im Bereich der Personalbeschaffung, betreut. Diese weisen selbst einen Migrationshintergrund auf, sprechen eine oder mehrere der Muttersprachen in den Zielmärkten und haben Fachkenntnisse in der Personalbeschaffung.

Während der ersten Hochphase der COVID-19-Pandemie kam es in den Monaten März bis Mai 2020 zu einem Rückgang der Bewerbungszahlen. Daneben muss nunmehr bei einer Einreise aus einem Risikogebiet eine zweiwöchige Quarantänezeit beachtet werden. Andere pandemiebedingte Auswirkungen waren bisher nicht zu verzeichnen. Das Programm lässt sich in drei Phasen unterteilen: 1. Akquisephase – hauptsächlich in den Heimatländern –, 2. Sprachschul- und Anerkennungsphase, 3. Arbeit als Fachkraft nach der Anerkennung.

### **Die Akquisephase**

Die Recruiter nutzen diverse Kanäle des On- und Offline-Personalmarketings, platzieren Stellenanzeigen auf Stellenportalen in den Zielmärkten und erhalten dadurch Bewerbungen. Daneben wird mit Institutionen und Behörden in den Zielmärkten zur Generierung weiterer Bewerber kooperiert.

Zielmärkte sind überwiegend die EU-Länder Spanien, Italien, Polen, Rumänien sowie die in Osteuropa befindlichen Drittstaaten. Eine genaue Auswertung der Herkunftsländer ist in Kap. 7.2.2 einsehbar.

Nach Eingang der Bewerbungen aus den Zielmärkten bei der Medizin Mobil werden die Bewerbungsgespräche online geführt. Im Anschluss daran wird eine mehrtägige Hospitation bei der Medizin Mobil vereinbart, in der die Bewerber nochmals fachlich geprüft werden sowie die Gegebenheiten vor Ort kennenlernen können. Damit soll für beide Seiten sichergestellt werden, dass eine profunde Entscheidungsgrundlage für die Annahme des Bewerbers seitens der Medizin Mobil sowie für den großen Schritt des Bewerbers, nach Deutschland umzuziehen, vorhanden ist. Die Kosten der Hospitation werden zum Teil von einem Förderprogramm der EU übernommen. Bei anderen Bewerbern übernimmt die Medizin Mobil die Kosten nach erfolgter Einstellung der Kandidaten.

Nach der Hospitation erhalten die Bewerber die Arbeits- und Weiterbildungsverträge in der jeweiligen Muttersprache oder (in Ausnahmefällen) bei ausreichen-

den Englischkenntnissen und fehlender Vertragsvorlage in der Muttersprache auf Englisch.

Durch den Weiterbildungsvertrag verpflichten sich die Fachkräfte, für 24 Monate im Unternehmen zu verbleiben. Bei einem vorzeitigen Austritt haben die Fachkräfte die für die Weiterbildung entstandenen Kosten zurückzuerstatten.

### **Sprachschul- und Anerkennungsphase**

Erfahrungsgemäß beginnt die Sprachschule ca. drei Monate nach der Hospitation. In diesen drei Monaten haben die ausländischen Fachkräfte Gelegenheit, den Umzug nach Deutschland zu organisieren und sich auf den neuen Lebensabschnitt vorzubereiten. Idealerweise lernen sie in dieser Zeit bereits Deutsch. Dies bleibt aber eher die Ausnahme.

Den ausländischen Fachkräften wird dann ein Zimmer in einer Wohngemeinschaft in Hannover, gemeinsam mit anderen Teilnehmern des Programms, von der Medizin Mobil zur Verfügung gestellt. Sie werden für den Zeitraum von sechs bis acht Monaten unter Zahlung eines Gehalts freigestellt, um einen Sprachkurs in Hannover zu besuchen. In der Regel verfügen die Fachkräfte nicht über Vorkenntnisse der deutschen Sprache. Daher beginnt der Sprachkurs mit dem Sprachniveau A1 und endet mit dem Erreichen des Niveaus B2 (gemäß der Sprachniveaustufen des gemeinsamen europäischen Referenzrahmens, die von den Stufen A1 bis C2 reichen). Es ist üblich, dass das Erreichen des B2-Niveaus aus Gründen der Praktikabilität eher angestrebt wird als ein Ablegen der Fachsprachprüfung auf A1-Niveau.

Bei ausreichenden Deutschkenntnissen können die Fachkräfte vor Erreichen der Anerkennung bereits als Pflegeassistenten beschäftigt werden.

Nach Erreichen des B2-Niveaus organisiert das Unternehmen Medizin Mobil für die Fachkraft die weiteren für die Anerkennung notwendigen Unterlagen (Übersetzungen, Zeugnisse, Führungszeugnis usw.) und übermittelt diese an das zuständige Landesamt. In dieser Übergangszeit werden die Fachkräfte bereits in den Abteilungen, in denen sie später eingesetzt werden sollen, fachlich eingearbeitet.

Bei Fachkräften, die über ein abgeschlossenes Studium aus ihrem Heimatland verfügen, das der inländischen Ausbildung gleichzusetzen ist, dauert der Anerkennungsprozess vonseiten der Behörde ca. vier bis acht Wochen. Danach erhalten die Fachkräfte ihre Urkunde mit der Berufsbezeichnung, i. d. R. zur Gesundheits- und Krankenpflegekraft. Ein großer Meilenstein für alle Beteiligten ist damit erreicht. Die

Fachkraft kann ihre Tätigkeit in der ambulanten Pflegeversorgung der Medizin Mobil aufnehmen.

Bei den Fachkräften, bei denen das für die Anerkennung zuständige Landesamt Abweichungen zur inländischen Ausbildung feststellt, muss ein langwieriger Anerkennungs- oder Kenntnisprüfungsvorgang durchgeführt werden. Näheres hierzu findet sich in Kap. 7.2.2.

Die Kosten je Fachkraft belaufen sich für den gesamten Prozess auf 6.000 bis zu 11.000 Euro.

### **Arbeit als Fachkraft nach der Anerkennung**

Die Einarbeitung und die Koordination der Tätigkeit als Pflegefachkraft obliegt den operativen Führungskräften der Bereiche, i. d. R. den Pflegedienstleitungen. Es erfolgt eine intensive Einarbeitung in derselben Abteilung der Pflegekraft durch die inländischen Fachkräfte sowie über diejenigen Fachkräfte, die das Anerkennungsprogramm bereits erfolgreich absolviert haben. Die Einarbeitung stellt für das gesamte Team, zu dem die ausländische Pflegekraft hinzukommt, eine große und nicht zu unterschätzende Zusatzbelastung dar.

Nach der Einarbeitung, die mindestens vier Wochen bis zu mehrere Monate in Anspruch nehmen kann, erfolgt der Umgang und die Behandlung analog zu allen anderen Pflegefachkräften im Unternehmen unter Berücksichtigung der kulturellen und fachlichen Unterschiede.

## **7.2 Empirische Untersuchung der internationalen Fachkräfteakquise bei der Medizin Mobil**

Aufgrund des Fachkräftemangels in der Pflege hat sich Medizin Mobil 2013 im Bereich der Personalakquise strategisch neu aufgestellt. Die ausländische Fachkräfteakquise wurde zunächst pilothaft, dann systematisch verfolgt, um freie Stellen für Pflegefachkräfte besetzen zu können. Damit war das Unternehmen im Vergleich zu anderen Einrichtungen der Pflegebranche recht früh mit der Thematik betraut (vgl. Bonin et al., 2015, S. 40).

Ziel der folgenden Empirie ist es, einen ersten explorativen Überblick deskriptiver Natur über die Grundgesamtheit der akquirierten Pflegekräfte bei der Medizin Mobil zu geben. Auf Basis der Daten werden in der Diskussion ex post Hypothesen generiert, die als Ausgangslage für die weitere Forschung in dem Gebiet dienen können.

Die Untersuchung stellt damit nach der Recherche des Autors die erste ihrer Art dar. Es konnten keine Ist-Daten anderer Unternehmen der Pflegebranche zu dem Thema gefunden werden.

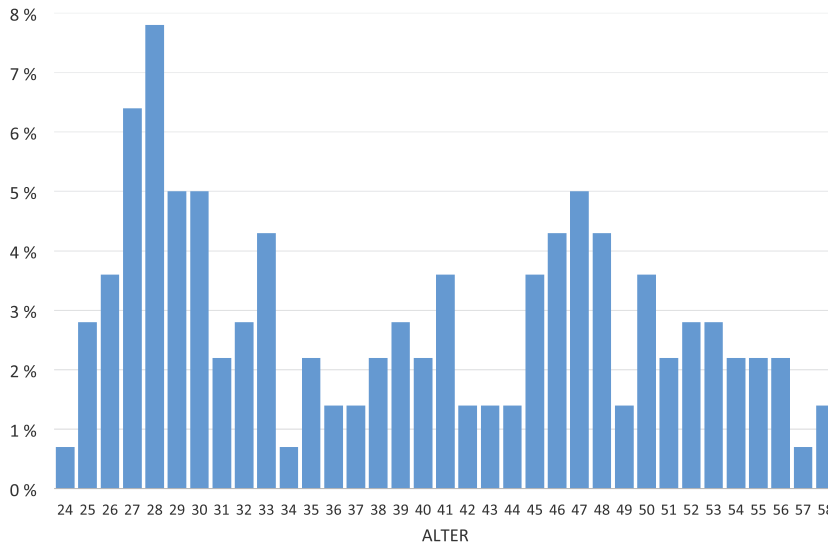
Grundvoraussetzung zur Teilnahme an dem Programm für die ausländischen Fachkräfte ist eine abgeschlossene Berufsausbildung bzw. ein abgeschlossenes Studium des Bewerbers zur Pflegefachkraft im Ausland. Die meisten Teilnehmer verfügen über ein in der EU absolviertes Studium im Bereich der Krankenpflege.

### **7.2.1 Methodik**

Für die empirische Studie wurden die in der Medizin Mobil vorhandenen Daten über die bisher akquirierten ausländischen Fachkräfte statistisch in SPSS aufbereitet und ausgewertet. Es handelt sich damit um eine quantitative Sekundärdatenanalyse mit explorativer Ausrichtung. Aufgrund des explorativen Charakters und der bisher geringen Forschungs- und Erkenntnisdichte in dem Feld wurde ex ante auf die Bildung einzelner Hypothesen verzichtet. Als Zeitraum der Betrachtung wird der Eintritt der ersten ausländischen Fachkraft bei der Medizin Mobil im Januar 2014 bis August 2020 festgelegt.

### **7.2.2 Deskriptive Auswertung**

Von Januar 2014 bis August 2020 hat Medizin Mobil insgesamt 142 ausländische Fachkräfte akquiriert. Das Durchschnittsalter der akquirierten Fachkräfte zu Beginn des Programms liegt bei 39 Jahren (Mittelwert und Median). Die jüngste Fachkraft war 24 Jahre alt, die ältesten 58. Die Altersverteilung weist eine hohe Varianz auf und ist nicht normalverteilt. Gehäufte Alterskohorten sind bei den 25- bis 33-Jährigen sowie bei den 45- bis 53-Jährigen zu verzeichnen. Elf Fachkräfte waren 28 Jahre alt (vgl. Abb. 7.1).



**Abb. 7.1:** Altersverteilung der ausländischen Fachkräfte beim Eintritt in das Fachkräfteprogramm in % (n = 142)

70 % der Fachkräfte sind weiblich, 30 % männlich. Dies entspricht in etwa dem Geschlechterverhältnis des Pflegepersonals in Krankenhäusern, der bei 75,6 % zu 24,4 % liegt. In der stationären Altenpflege hingegen liegt das Geschlechterverhältnis bei 84 % Frauen zu 16 % Männern (Stand 2018) (vgl. StBA, 2020).

Die Fachkräfte kommen aus elf verschiedenen Nationen und 113 verschiedenen Städten. Das Hauptherkunftsland ist Italien mit 101 Personen (71 %), gefolgt von Spanien mit zehn Personen (7 %) sowie Polen, Rumänien und Deutschland<sup>2</sup> mit jeweils sieben Personen (je 5 %). Weitere sieben Programmteilnehmende (5 %) sind bereits vor Programmbeginn nach Deutschland immigriert. Bei den Bewerbern aus Deutschland handelt es sich um Fachkräfte, die entweder eigenständig oder über ein anderes Programm eingewandert und dann zur Medizin Mobil gewechselt sind.

Bei den meisten Fachkräften entspricht das Herkunftsland auch der Nationalität. 98 Personen haben die italienische Staatsbürgerschaft, zehn Personen die spanische, jeweils neun (6 %) die polnische und rumänische. Sieben Personen (4 %) sind Staats-

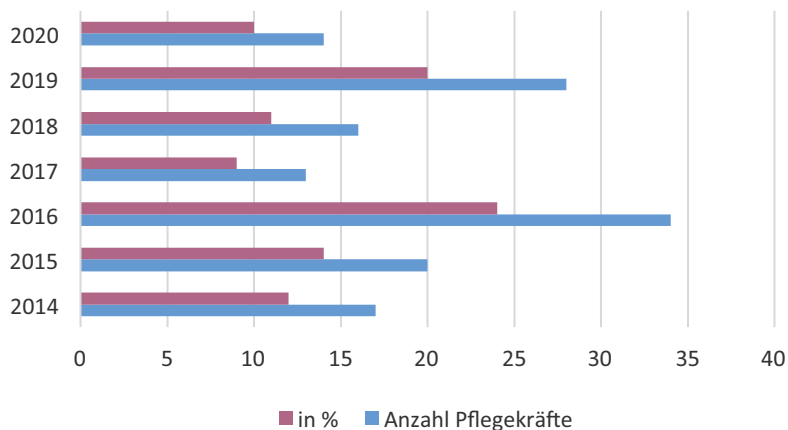
<sup>2</sup> Es bewerben sich auch ausländische Fachkräfte, die selbstständig zur Anerkennung ihres Abschlusses nach Deutschland eingereist sind oder aber bei anderen Unternehmen, die ebenfalls eine ausländische Fachkräfteakquise betreiben, unzufrieden sind.



bürger von Drittstaaten. Von diesen wiederum hat ein Großteil eine Anerkennung als Pflegefachkraft in einem EU-Staat oder dort ein Pflegestudium absolviert. Daher werden die Daten dieser Fachkräfte genauso ausgewertet wie die der Fachkraftabsolventen aus der EU.

Zwei Fachkräfte haben ein Pflegestudium in Italien absolviert, danach in Großbritannien gearbeitet und sind im Zuge des Brexits zur Medizin Mobil gekommen. Da zu dem Zeitpunkt Großbritannien noch Mitglied der EU war, werden die Daten dieser Fachkräfte ebenfalls ohne weitere Einschränkungen bei der Auswertung berücksichtigt.

Die Hauptakquiseländer und -nationalitäten sind demnach Mitgliedsländer der EU. 34 Personen (24 %) haben das Programm 2016 begonnen, 28 Personen (19 %) im Jahr 2019. Die genaue Aufteilung der Personen je Jahr ist in der Abb. 7.2 dargestellt.



**Abb. 7.2:** Anzahl rekrutierter ausländischer Pflegefachkräfte pro Jahr

In den Jahren 2017 und 2018 gab es einen Wechsel bei den Recruitern der Medizin Mobil und eine Konsolidierung des Programms. Dadurch kam es in diesen Jahren zu reduzierten Fallzahlen.

124 Fachkräfte (87 %) hatten zu Beginn des Programms keine Deutschkenntnisse. 13 Personen (9 %) verfügten über sprachliche Fähigkeiten auf dem B1-Niveau. 71 Fachkräfte (50 %) legten eine Fachsprachprüfung (zwischen dem Sprachniveau B1 und B2) zur Erreichung des für die Anerkennung notwendigen Sprachniveaus ab. 69 Fachkräfte (48 %) absolvierten eine B2-Sprachprüfung. Zwei Fachkräfte (1,4 %)

absolvierten eine sogenannte Kenntnisprüfung. Diese ist für Angehörige aus Drittstaaten als eine von zwei Optionen für die Darlegung der Gleichwertigkeit der ausländischen Berufsausbildung vorgesehen, wenn die Ausbildung vom Umfang und/oder Inhalt nach Feststellung durch das zuständige Landesamt von der deutschen Ausbildung abweicht.

62–68 % der Fachkräfte ohne Vorkenntnisse der deutschen Sprache brauchten 6–8 Monate zur Erlangung des notwendigen Sprachniveaus. Bei denjenigen, die eine Fachsprachprüfung abgelegt haben, dauerte die Sprachvermittlung bei 17 % der Fälle sechs Monate, bei 39 % sieben Monate und bei 9 % acht Monate. Die Fachkräfte, die eine B2-Sprachprüfung absolviert haben, brauchten zu 41 % acht Monate und zu 37 % sechs Monate, um die angestrebte Sprachqualifikation zu erreichen.

Ob die erfolgreiche Absolvierung einer Fachsprachprüfung oder eines B2-Tests von den Fachkräften verlangt wurde, war dabei abhängig vom Jahr der Einstellung und damit dem zugrunde liegenden Programm bei der Medizin Mobil. Von 2014 bis 2018 hat jede Fachkraft die Fachsprachprüfung absolviert, ab dem dritten Quartal 2018 die B2-Sprachprüfung. Der Wechsel von der Fachsprach- zur B2-Prüfung erfolgte durch einen markanten Preisanstieg für die Fachsprachprüfung in Verbindung mit einer Monopolstellung für die Abnahme solcher Prüfungen durch die Sprachschule. 2018 wurde dementsprechend ein Sprachschul- und damit auch Sprachprüfmoduswechsel von der Medizin Mobil vorgenommen.

76 Fachkräfte (59 %) haben in den Jahren 2014–2020 ihre Anerkennung als Pflegefachkraft in Niedersachsen erhalten. 37 Fachkräfte (28 %) sind während der Sprachschule ausgeschieden. 15 Fachkräfte, alle im Jahr 2020 eingestellt, nehmen aktuell (August 2020) an einem Sprachkurs teil. Bei 9 % fehlen die Daten zu diesem Punkt. Nur eine Fachkraft hat die Sprachprüfung trotz Wiederholungen nicht bestanden und ist deswegen aus dem Programm ausgeschieden. Die Anzahl der Fachkräfte, die während der Zeit in der Sprachschule ausgeschieden sind, hat sich im Laufe der Jahre reduziert. In den Jahren 2014–2016 sind aufgrund dessen 30–44 % der Fachkräfte ausgeschieden. 2017 waren es 23 %, im darauffolgenden Jahr 2018 12 % und 21 % im Jahr 2019. Im Jahr 2020 ist bisher (Stand: August) keine Fachkraft aus dem Sprachkurs ausgeschieden.

Bei 48 der 76 Fachkräfte, die den Sprachkurs bestanden und ihre Anerkennung erhalten haben, konnte eine Auswertung des Zeitraums zwischen dem Vorliegen der Sprachtestergebnisse und der Anerkennung als Pflegefachkraft erfolgen. 46 % der

Fachkräfte wurden innerhalb eines Monats anerkannt. 25 % innerhalb von zwei Monaten, 8 % in drei, 10 % in vier Monaten. Bei 8 % dauerte diese Phase zwischen acht und elf Monate. Jede dieser Fachkräfte musste entweder einen Anpassungslehrgang oder eine Kenntnisprüfung ablegen, weil der Inhalt bzw. der Umfang des Studiums im Heimatland nach Feststellung des Landesamts nicht deckungsgleich mit der deutschen Ausbildung ist.

Von den 142 Fachkräften sind im September 2020 noch 43 (30 %) bei der Medizin Mobil beschäftigt. 99 Fachkräfte (70 %) haben das Unternehmen verlassen. Neben den 37 Fachkräften (26 %), die das Programm während der Sprachschule verlassen haben, sind 62 (44 %) nach der erfolgten Anerkennung als Pflegefachkraft ausgeschieden.

Die Anzahl der Fachkräfte, die noch im Unternehmen tätig sind, wird – aufgeführt nach dem jeweiligen Einstellungsjahr – in Tab. 7.1 dargestellt.

**Tab. 7.1:** Übersicht der Pflegefachkräfte je Einstellungsjahr, die noch bei der Medizin Mobil (MM) tätig oder aber **nach** der Anerkennung ausgetreten sind (inklusive Jahresangabe des Austritts; zwei Fälle ohne Angabe)

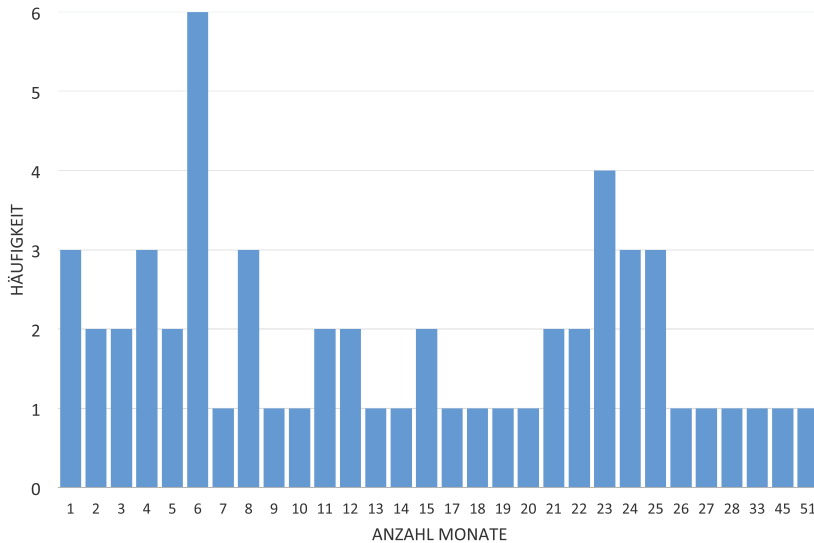
| Einstellungsjahr | noch bei MM tätig | Austrittsjahr |      |      |      |      |      |      |  |
|------------------|-------------------|---------------|------|------|------|------|------|------|--|
|                  |                   | 2014          | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |  |
| 2014             | 1                 | 0             | 3    | 3    | 4    | 0    | 0    | 1    |  |
| 2015             | 4                 | —             | 0    | 0    | 3    | 1    | 1    | 1    |  |
| 2016             | 4                 | —             | —    | 0    | 3    | 1    | 1    | 1    |  |
| 2017             | 2                 | —             | —    | —    | 0    | 3    | 4    | 2    |  |
| 2018             | 5                 | —             | —    | —    | —    | 1    | 6    | 4    |  |
| 2019             | 15                | —             | —    | —    | —    | —    | 4    | 6    |  |
| 2020             | 20                | —             | —    | —    | —    | —    | —    | 1    |  |

Je weiter das Einstellungsjahr in der Vergangenheit liegt, desto weniger Fachkräfte aus dem jeweiligen Jahr verbleiben im Unternehmen.

Diejenigen Fachkräfte, die eine Anerkennung durch das Programm erhalten haben und aus dem Unternehmen ausgeschieden sind, verblieben durchschnittlich 15 Monate (Median: 12,5 Monate) als Pflegefachkraft bei der Medizin Mobil. In die-

sen Werten sind diejenigen Fachkräfte, die noch im Unternehmen tätig sind, nicht enthalten.

Gehäufte Austritte gibt es bei den Werten zwischen einem und acht Monaten sowie zwischen 21 und 25 Monaten (vgl. Abb. 7.3).



**Abb. 7.3:** Anzahl der im Unternehmen verbliebenen Monate von Anerkennung bis Austritt der ausländischen Pflegefachkräfte

Eine genaue statistische Auswertung der Austrittsgründe und dem Verbleib der Fachkräfte danach ist nur bedingt möglich, da diese Informationen nicht bei allen vorhanden sind. Es finden aber häufig Wechsel zu Krankenhäusern statt, um Pflegeerfahrungen in diesem Bereich zu sammeln. Ferner sind einige Fachkräfte wieder in ihre Heimatländer zurückgekehrt, da sie ein Jobangebot – eventuell auch aufgrund der hier erlangten Mehrqualifikation – erhalten haben. Andere Fachkräfte sind in Städte gezogen, die näher an ihrem Heimatland liegen oder in denen Direktflüge in ihre Heimatstadt angeboten werden.

Von den 43 Fachkräften, die noch im Unternehmen beschäftigt sind, sind bereits 24 als Pflegefachkräfte anerkannt. 38 % arbeiten zwischen ein und zehn Monate nach der Anerkennung, 28 % zwischen 14 und 24 Monate und 30 zwischen 33 und 54 Monate als Pflegefachkräfte bei Medizin Mobil.

Von den anerkannten Fachkräften wurden 55 % in der stationären Altenpflege eingesetzt, 33 % in der Intensivpflege und 10 % in der ambulanten Pflege.

### 7.3 Diskussion und Fazit

Folgende Hypothesen können aufgestellt werden und wären im Weiteren näher zu untersuchen:

- Die Altershäufung der 25- bis 33-Jährigen sowie der 45- bis 53-Jährigen kann mit familiär-biografischen Hypothesen unterlegt werden. Unter 33 Jahre alte Personen können familiär ungebunden und mobiler sein. Eine Umzugsbereitschaft nach Deutschland kann höher sein als bei der folgenden Alterskohorte (Hypothese 1).
- 34- bis 44-Jährige interessieren sich möglicherweise weniger für das Programm, da dies eine übliche Altersspanne für die Familiengründung inklusive der Geburt und dem Erziehen von Kindern ist. In diesem Zeitraum kann die Umzugsbereitschaft in ein fremdes Land verringert sein (Hypothese 2).
- Fachkräfte ab 45 Jahren haben i. d. R. keine Kinder im Kindergartenalter und sind dadurch, analog zu den Jüngeren, beruflich mobiler. Daher kommt ein berufsbedingter Landeswechsel für sie eher infrage (Hypothese 3).
- Beim Geschlechterverhältnis ist auffällig, dass die Werte der Fachkräfte sich denen der in Krankenhäusern Tätigen annähern. Dies kann daran liegen, dass die Fachkräfte bei der Wahl des Studiums im Heimatland eher die stationäre Versorgung in Krankenhäusern als späteres Berufsfeld vor Augen hatten als die Altenpflege (Hypothese 4).

Die gemeinsame Auswertung von Drittstaatlern und EU-Bürgern wurde aus Gründen der Vollständigkeit durchgeführt. Dadurch sollte die gesamte Bandbreite der Zielländer der Medizin Mobil aufgezeigt werden. Die dadurch entstandene geringe statistische Unschärfe wurde dafür in Kauf genommen.

Zur Reduktion der Austrittsrate während der Sprachschule im Laufe der Jahre ist anzumerken, dass die Einstellungspolitik ab 2017 verändert wurde. Die Recruiter waren angewiesen, gemeinsam mit den Führungskräften aus den operativen Bereichen eine solidere Vorauswahl als in den Vorjahren zu treffen. Bei den Hospitationen wurden vermehrt pflegefachliche Fragen gestellt und intensiver die Wechselmotive

der Fachkräfte thematisiert. Dies bewirkte eine Reduktion sowohl der Anzahl der Fachkräfte, die das Programm begannen, als auch derjenigen, die nicht das Ziel der Anerkennung erreichten.

Die Häufungen der Austrittsmonate der Fachkräfte, die eine Anerkennung erhalten haben und nicht mehr in dem Unternehmen beschäftigt sind (1–8 Monate und 21–25 Monate nach Anerkennung), lassen sich mit folgenden Erklärungen begründen:

- 1–8 Monate: Die Fachkräfte, die in diesem kurzen Zeitraum nach der Anerkennung ausscheiden, haben entweder andere Erwartungen an die Arbeit als Pflegefachkraft im Setting außerhalb des Krankenhauses oder aber sie hatten bereits von Anfang an vor, das Programm ausschließlich als „Eintrittskarte“ für eine andere pflegerische Tätigkeit in Deutschland, z. B. in einem Krankenhaus, zu nutzen. Ferner kann dabei der Gehaltsunterschied zwischen der Arbeit in den Kliniken und in der Altenpflege eine Rolle spielen. Dieser liegt in Niedersachsen bei bis zu 700 Euro im Monat für eine Vollzeitkraft (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2019a; 2019b).
- 21–25 Monate: Die vertragliche Bindung des Weiterbildungsvertrags läuft aus. Diesen Zeitpunkt nutzen einige Fachkräfte, um neue Berufserfahrungen, häufig in Krankenhäusern, zu sammeln und sich beruflich zu verändern.

Eine weitere wichtige Frage ist, warum das Unternehmen an dem Fachkräfteprogramm – trotz der hohen Kosten und der hohen Abbruchquote – festhält. In den Augen der Geschäftsführung und der operativen Führungskräfte ist die Fachkräfteakquise unerlässlich, um genügend Kandidaten zur Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Personalschlüssel und Fachkräftequoten zu gewinnen. Vielerorts werden diese Vorgaben bereits unterschritten, sodass Stationsschließungen oder auch Belegungsstopps die Folge sein können. Dies soll mit dem Fachkräfteprogramm vermieden werden. Das Festhalten an diesem Programm deckt sich dabei mit den Maßnahmen anderer Unternehmen aus dem Pflegebereich (vgl. Bonin et al., 2015, S. 64).

Neben der Ausbildung und der inländischen Fachkräfteakquise, die anderswo eine Lücke in die Stellenbesetzung reißt, gibt es nur wenige Alternativen, um Fachkräfte zu gewinnen. Aufgrund dessen sowie des sich ausweitenden Fachkräftemangels betrachtet das Unternehmen das Fachkräfteprogramm als eine sehr wichtige Säule innerhalb des strategischen Personalmanagements. Damit folgt Medizin Mobil (in diesem Punkt) den Analyseergebnissen der Konzertierte(n) Aktion Pflege der

Bundesregierung und hat aufgrund seines Bestehens seit 2013 dieses Ergebnis gar vorweggenommen.

Eine andere Seite der Medaille ist der Umgang mit dem globalen Fachkräftemangel und der oft diskutierten Frage, ob das Fachkräfteprogramm des Unternehmens nicht zu einem „brain drain“ in den Ziel- und Akquiseländern beiträgt (vgl. WHO, 2010, S. 3 f.). Obwohl Medizin Mobil die WHO-Richtlinien befolgt und keine Anwerbung in laut der WHO unterversorgten Regionen vornimmt, bleibt durch die internationale Fachkräfteakquise ein Zielkonflikt zwischen der Deckung des eigenen Bedarfs und dem von der WHO unabhängig von den Mangelgebieten proklamierten globalen Fachkräftemangels in den Gesundheitsberufen bestehen. Dieser Zielkonflikt lässt sich in den Augen des Autors nur durch weltweite Effizienzsteigerungen im Gesundheitssektor und einer massiven globalen Ausweitung der Ausbildung des Gesundheitspersonals lösen.

Die hier gebildeten vier Hypothesen können als Ausgangslage für weitere Forschung in diesem Bereich dienen.

## Literatur

- Ärzteblatt (2019). *Deutscher Pflegerat warnt vor Defizit in der ambulanten Pflege*. Artikel vom 04.10.2019. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106452/Deutscher-Pflegerat-warnt-vor-Defizit-in-der-ambulanten-Pflege> (26.01.2021).
- Berger, M. B. (2018). *Pflegenotstand: Ambulante Dienste lehnen Patienten ab*. *Hannoversche Allgemeine*, 27.05.3028. <https://www.haz.de/Nachrichten/Politik/Niedersachsen/Niedersachsen-Pflegedienste-nehmen-keine-Patienten-mehr> (26.01.2021).
- Blum, K./Offermanns, M./Steffen, P. (2019). *Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e. V.
- Bonin, H./Braeseke, G./Ganserer, A. (2015). *Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Braeseke, G. (2017). *Betriebliche Herausforderungen der Integration ausländischer Fachkräfte*. <https://pdfs.semanticscholar.org/3913/6d645621249b8795f23796b64f0e6427366e.pdf> (29.09.2020).
- Bundesagentur für Arbeit (2019a). *Entgeltatlas. Beruf: Krankenschwester/-pfleger*. <https://con.arbeitsagentur.de/prod/entgeltatlas/beruf/8791> (29.09.2020).
- Bundesagentur für Arbeit (2019b). *Entgeltatlas. Beruf: Altenpfleger/-in*. <https://con.arbeitsagentur.de/prod/entgeltatlas/beruf/9054> (29.09.2020).

- Deutscher Bundestag (2019). *Sachstand. Reglementierte Berufe in Deutschland*.  
<https://www.bundestag.de/resource/blob/684720/8bc3b06008858a32d0e500882afce792/WD-8-164-19-pdf-data.pdf> (29.09.2020).
- Dowideit, A. (2019). *Notstand in der ambulanten Pflege wird dramatischer*. Welt, 19.02.2019.  
[https://www.welt.de/print/die\\_welt/wirtschaft/article189018145/Notstand-in-der-ambulanten-Pflege-wird-dramatischer.html](https://www.welt.de/print/die_welt/wirtschaft/article189018145/Notstand-in-der-ambulanten-Pflege-wird-dramatischer.html) (26.01.2021).
- Fenchel, V. (2012). *Grundzüge des demografischen Wandels der Bevölkerung Deutschlands*. In: Bettig, U./Frommelt, M./Schmidt, R. (Hrsg.): *Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte. Strategien. Lösungen*. Heidelberg: Medhochzwei, S. 3–18.
- Niedersächsisches Sozialministerium (2020). *Sprachprüfungen für Pflegekräfte*.  
[https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheits\\_pflege/gesundheits/heilberufe/sprachpruefungen-fuer-pflegekraefte-111954.html](https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheits_pflege/gesundheits/heilberufe/sprachpruefungen-fuer-pflegekraefte-111954.html) (29.09.2020).
- Rand, S./Larsen, C. (2019). *Herausforderungen und Gestaltung betrieblicher Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Einblicke aus der Krankenhauspraxis*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Rand, S./Kontos, M./Ruokonen-Engler, M.-K./Pütz, R. et al. (2019). *Dimensionen und Spannungsfelder betrieblicher Integration auf globalisierten Pflegearbeitsmärkten. Das Beispiel Deutschland*. In: Pütz, R./Kontos, M./Larsen, C./Rand, S. et al. (Hrsg.): *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, S. 171–196.
- Schwinger, A./Klauber, J./Tsiasioti, C. (2019). *Pflegepersonal heute und morgen*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer, S. 3–20.
- Sell, S. (2019). *Potenzial und Grenzen von Zuwanderung in der Pflege*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer, S. 85–99.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2020). *Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/\\_inhalt.html#sprg229414](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html#sprg229414) (29.09.2020).
- StBA – Statistisches Bundesamt (2019). *Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*.  
[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile) (03.02.2021).
- Waldhausen, A./Sittermann-Brandens, B./Matarea-Türk, L. (2014). *(Alten)Pflegeausbildungen in Europa. Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU*. Frankfurt am Main: Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa.
- Watzka, K. (2018). *Fachkräftemangel in der Pflege: Kritische Situationsbewertung und Skizzierung einer Handlungsalternative*.  
<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/181866/1/1029212058.pdf> (03.02.2021).
- WHO – World Health Organisation (2010). *User's Guide. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70525/WHO\\_HSS\\_HRH\\_HMR\\_2010.2\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70525/WHO_HSS_HRH_HMR_2010.2_eng.pdf) (13.02.2021).



Wieschemeyer, K. (2019). *Steht Niedersachsen vor der ambulanten Pflegekatastrophe?* Osnabrücker Zeitung, 16.04.2019. <https://www.noz.de/deutschland-welt/niedersachsen/artikel/1709320/ambulante-versorgung-land-im-pflegenotstand> (26.01.2021).

# 8

## **Pflegende Angehörige: eine wichtige Ressource bei der Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen**

ADINA DREIER-WOLFGRAMM; STEFAN TEIPEL;  
INA ZWINGMANN

Der Beitrag beschäftigt sich mit der aktuellen Situation pflegender Angehöriger. Neben einer Begriffsbestimmung erfolgen die Erörterung positiver Aspekte der Pflegeübernahme sowie die Beschreibung möglicher Belastungen, die aus einer Pflegeaufgabe resultieren können. Abschließend wird ein Überblick über aktuell bestehende Unterstützungs- und Entlastungsangebote gegeben und die Notwendigkeit der multimodalen Unterstützung am Beispiel von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz erörtert.

### **8.1 Einleitung**

Im Februar 2020 waren in Deutschland insgesamt mehr als 3,9 Mio. Menschen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) XI (Pflegeversicherung) betroffen. Davon wurden 3,085 Mio., also mehr als drei Viertel (79,1 %), ambulant in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen weist Pflegegrad II („in der Selbstständigkeit erheblich beeinträchtigt“) (1,384 Mio.) bzw. Pflegegrad III („schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit“) (773.796) auf (vgl. Bundesgesundheitsministerium, 2020). Der überwiegende Anteil der Pflegebedürftigen wird allein von Angehörigen versorgt. Das bedeutet, dass Ende 2017 von den insgesamt 2,59 Mio. Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt wurden, 1,76 Mio. ausschließlich durch Angehörige unterstützt wurden. Bei weiteren 830.000 Betroffenen erfolgte eine Versorgung gemeinsam durch Angehörige und einen Pflegedienst (vgl. StBA, 2018). Prognosen zufolge wird sich im Zeitraum von 2009 bis 2030 die Anzahl der Pflegebedürftigen verdoppeln (vgl. Rothgang et al., 2012, S. 10). Die Entwicklungen werden dabei regional und in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausfallen. So gehen Rothgang et al. davon aus, dass die Zunahme der Pflegebedürftigen in diesem Zeitraum in Bremen 28,2 % beträgt, in Mecklenburg-Vorpommern 55,9 %,

und für Brandenburg wird sogar ein Anstieg um 72,2 % zu verzeichnen sein (vgl. Rothgang et al., 2012, S. 10). Darüber hinaus gibt es einen Anteil von Pflegebedürftigen, die aktuell keine Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Schätzungen zufolge liegt diese Anzahl zwischen 3–5 Mio. Menschen (vgl. Geyer/Schulz, 2014, S. 295; Schneekloth/Wahl, 2005, S. 62). Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass künftig weniger Pflegepersonen für die informelle Pflege zur Verfügung stehen. Gründe dafür sind u. a. die demografische Entwicklung, veränderte Familienstrukturen, größere Entfernungen zwischen Wohnorten sowie die steigende Erwerbsquote von Frauen (vgl. Nowossadeck et al., 2016., S. 3).

Eine einheitliche Definition zum Begriff „Angehöriger“ besteht nicht. Der Begriff umfasst sowohl Personen, die im Haushalt des Pflegebedürftigen leben, als auch Menschen, die außerhalb davon ihren Lebensmittelpunkt haben. Neben Familienmitgliedern als Angehörige im engeren Sinne können auch Freunde, Bekannte, Nachbarn und weitere Personen einbezogen sein. Ein wesentliches Kriterium ist dabei, dass die Unterstützung und Betreuung informell erbracht werden, d. h., dass dafür keine Bezahlung erfolgt, und dass die Unterstützung nicht professionell übernommen wird (vgl. Nowossadeck et al., 2016, S. 4). Im SGB XI werden Pflegepersonen als Personen bezeichnet, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung wenigstens 14 Stunden in der Woche pflegen (vgl. § 19 SGB XI).

An der Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen sind zumeist mehrere Personen beteiligt. In mehr als einem Viertel der Fälle wird ein Pflegebedürftiger durch zwei Personen unterstützt. Weitere 37 % werden von drei oder mehr Personen versorgt (vgl. Schmidt/Schneekloth, 2011, S. 27 ff.). Die Hauptpflegeperson ist größtenteils ein enges Familienmitglied und zum überwiegenden Anteil eine Frau (vgl. Nowossadeck et al., 2016, S. 4, 9). So beschreiben Schmidt und Schneekloth (2011) in ihrer Untersuchung, dass Töchter (26 %), (Ehe-)Partnerinnen (19 %), Mütter (10 %) und Schwiegertöchter (8 %) die Rolle der Hauptpflegeperson übernehmen. Für 28 % der Pflegebedürftigen übernimmt ein Mann die Pflege als Hauptpflegeperson. Zwei Drittel der Hauptpflegepersonen leben im selben Haushalt wie die von Pflegebedürftigkeit betroffene Person (vgl. Schmidt/Schneekloth, 2011, S. 27 ff.).

Kontinuierliche Unterstützung wird insbesondere von Personen im Seniorenalter geleistet. Im Durchschnitt unterstützten 40- bis 54-Jährige 8,1 Stunden pro Woche, 55- bis 69-Jährige 11,8 Stunden und 70- bis 85-Jährige 13,4 Stunden pro Woche einen pflegebedürftigen Angehörigen (vgl. Nowossadeck et al., 2016, S. 3). Eine Pfe-

geübernahme durch berufstätige Angehörige ist oftmals mit Einschränkungen in der Erwerbstätigkeit verbunden. So sind über ein Drittel der pflegenden Angehörigen im erwerbsfähigen Alter nicht voll erwerbstätig. Weitere 15 % geben ihre Erwerbstätigkeit sogar vollständig auf (vgl. Nowossadeck et al., 2016, S. 3).

Die Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen werden vor allem dann als belastend von den Angehörigen empfunden, wenn sie über einen langen Zeitraum geleistet werden müssen. Die DAK-Gesundheit hat dazu eine Befragung bei ihren Versicherten durchgeführt, die aktuell einen Angehörigen pflegen. Sie kommt zu dem Schluss, dass in 40 % der Fälle die Pflege weniger als ein Jahr umfasst. Weitere 20 % geben an, dass die Pflegeübernahme zwischen einem und zwei Jahren dauert. 27 % der Angehörigen pflegen drei bis vier Jahre lang und 13 % gaben an, dass sie seit über fünf Jahren den Pflegebedürftigen unterstützen (vgl. DAK-Gesundheit, 2015, S. 28 ff.).

Zusammengefasst zeigt die beschriebene Situation, dass Angehörige aktuell die Hauptlast der Pflege in Deutschland tragen. Gleichzeitig besteht bei Pflegeübernahme aufseiten der informell Pflegenden das Risiko für Morbidität und Mortalität. Umso wichtiger sind die Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen, um die Ressource informelle Pflege langfristig zu erhalten und einer Überlastung des Gesundheitssystems insgesamt vorzubeugen. Daher werden im Folgenden positive Aspekte der Pflegeversorgung herausgearbeitet und Belastungen sowie das Potenzial von Entlastungsangeboten vorgestellt. Daran schließt sich die Beschreibung einer multimodalen Entlastung pflegender Angehöriger am Beispiel der Pflege von Menschen mit Demenz an. Ziel ist es, eine Blickwendung von einer rein belastungsorientierten Sichtweise auf informelle Pflege zu einer ressourcenorientierten Betrachtung vorzunehmen. Eine solche gedankliche Richtungsänderung reflektiert, welche Chancen die Pflegeversorgung dem Einzelnen, aber auch der Gesellschaft als Ganzes bietet.

## 8.2 Aspekte der Betreuung Pflegebedürftiger

Die Betreuung eines Pflegebedürftigen ist vielfältig. Daher werden eingangs Pflege-motive beschrieben, mögliche Herausforderungen im Zusammenhang mit der häuslichen Versorgung dargestellt und etwaige Auswirkungen der Pflegetätigkeit auf die Familie, den Beruf und soziale Beziehungen benannt.

### 8.2.1 Pflegemotivation und positive Aspekte der Pflegeübernahme

Die Gründe für die Pflegeübernahme sind vielfältig (vgl. Abb. 8.1). Häufig werden Dankbarkeit, Verbundenheit oder Verpflichtung genannt. Diese Gründe mischen sich mit anderen Aspekten wie z. B. fehlenden Betreuungsalternativen, finanziellen Gründen oder sozialen Normen (vgl. Wilz/Pfeiffer, 2019, S. 14; RKI, 2015).

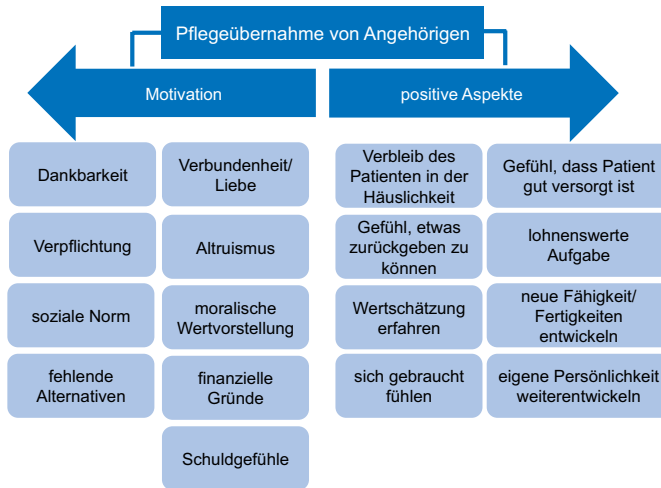


Abb. 8.1: Motivation und positive Aspekte der Pflegeübernahme

Angehörige sehen den Vorteil der Pflegeübernahme in der Tatsache, dass die Pflegebedürftigen weiter in der eigenen Häuslichkeit leben können und nicht in eine stationäre Einrichtung wechseln müssen. Entlastend sei, dass pflegende Angehörige das Gefühl haben, der Pflegebedürftige sei gut versorgt. Angehörige, die ihre Eltern versorgen, haben das Gefühl, dass sie etwas zurückgeben können (vgl. Dräger, 2015, S. 9; Bischofberger et al., 2009, S. 279). Die Versorgung und Betreuung eines pflegenden Angehörigen eröffnen die Möglichkeit, neue Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erlangen, die eigene Persönlichkeit weiterzuentwickeln und sich gebraucht zu fühlen (vgl. Wilz/Pfeiffer, 2019, S. 17 f.). Nach Ergebnissen der EUROFAMCARE-Studie in sechs EU-Ländern (Griechenland, Italien, Großbritannien, Schweden, Polen, Deutschland, N = 5.923) gibt der überwiegende Anteil der pflegenden Angehörigen an (90 %, N = 1.003 in Deutschland), dass sie eine gute Beziehung zum Pflegebedürftigen haben (vgl. Döhner et al., 2007). Sie empfinden die Pflegeaufgabe als lohnend und erfahren

dabei Wertschätzung. Im Weiteren ist festzustellen, dass eine positiv empfundene Pflegeübernahme aufseiten der Angehörigen zu einem verbesserten Wohlbefinden führen kann (vgl. Wilz/Pfeiffer, 2019, S. 17 f.; Aman et al., 2019, S. 11; Bestmann et al., 2014). Dies betrifft insbesondere die Selbstwirksamkeit und die Pflegeaufgabe als eine Stärke wahrzunehmen (vgl. Wilz/Pfeiffer, 2019, S. 18). Daher ist die Mehrheit gewillt, auch zukünftig die Pflegeaufgaben zu übernehmen (vgl. Döhner et al., 2007).

### **8.2.2 Herausforderungen in der häuslichen Versorgung**

Die positiven Aspekte der Pflegetätigkeit sind umso eindrucklicher, wenn man sich die realen Herausforderungen vor Augen führt, die Pflegeaufgaben mit sich bringen. Wie eingangs beschrieben, werden über drei Viertel der pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige oder einen Pflegedienst versorgt. Hervorgerufen wird die Pflegebedürftigkeit häufig durch chronische und degenerative Erkrankungen (vgl. Büker, 2015, S. 12). Viele der Pflegebedürftigen sind mehrfach erkrankt und damit multimorbide. Der Hilfebedarf ist zumeist sehr umfangreich und umfasst die Bereiche (a) körperbezogene Unterstützung und spezielle pflegerische Maßnahmen, (b) Begleitung zu Leistungen der Gesundheitsversorgung und (c) soziale Kontakte sowie die (d) emotionale Unterstützung und (e) die Hilfe bei der Hauswirtschaft (vgl. Büker, 2015, S. 12). Häusliche Pflegearrangements sind bislang bemerkenswert stabil. Dies ist u. a. auf die hohe Bereitschaft der Angehörigen zur Übernahme der Pflegeaufgabe zurückzuführen. Ob diese Situation auch künftig aufrechterhalten werden kann, ist angesichts der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen zu bezweifeln (vgl. Büker, 2015, S. 12).

### **8.2.3 Auswirkungen der Pflegetätigkeit auf Familie, Beruf und soziale Beziehungen**

Eine Pflegeübernahme bedeutet neben möglichen körperlichen und psychischen Belastungen auch weniger Zeit für die Familie und die Erwerbstätigkeit. Die Mehrheit der pflegenden Angehörigen im erwerbsfähigen Alter ist berufstätig (vgl. Klaus/Tesch-Römer, 2016, S. 193 f.). Jedoch führt die Übernahme einer Pflegetätigkeit häufig zur Reduzierung des Beschäftigungsumfangs bzw. zur gänzlichen Aufgabe der Erwerbstätigkeit im Zeitverlauf. Dabei ist zu beobachten: Je länger die Pflege andauert und je höher der Pflegeaufwand ist, desto wahrscheinlicher führt dies zu einem

Rückzug der pflegenden Angehörigen aus dem Erwerbsleben (vgl. Schäufele et al., 2016, S. 44 ff.). Frauen mit minderjährigen Kindern gaben an, dass sie während ihrer Pflege Tätigkeit mehr arbeitsbezogene Fehlzeiten und individuell empfundenen Stress aufweisen. Gründe dafür liegen in der Doppelbelastung der zeitgleichen Berufstätigkeit und der zeitintensiven Fürsorge für Kinder und Pflegebedürftige (vgl. Tuithof et al., 2015, S. 4 f.). Hinzu kommen Schuldgefühle, den Anforderungen der Kinder und der Pflegebedürftigen nicht gerecht werden zu können, sowie die Angst, den Arbeitsplatz aufgrund von Fehlzeiten zu verlieren (vgl. Tuithof et al., 2015, S. 4 f.). Dennoch sehen erwerbstätige pflegende Angehörige die eigene Berufstätigkeit als Ressource an. Sie bietet die Möglichkeit, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten, sich von der Pflege Tätigkeit zu regenerieren und ein Stück Autonomie in der eigenen Lebensgestaltung beizubehalten (vgl. RKI, 2015; Tuithof et al., 2015, S. 4 f.).

Aktuell schätzen laut einer Umfrage Erwerbstätige ab 18 Jahren die Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege als eher schlecht oder sehr schlecht ein (vgl. Naumann et al., 2016, S. 73 ff.). Bei Erwerbstätigen, die bereits Pflegeerfahrung vorweisen, fällt diese Einschätzung sogar noch schlechter aus. Als sinnvollste Maßnahmen zur künftigen Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege werden (a) flexible Arbeitszeitmodelle (z. B. Homeoffice), (b) Arbeitszeitkonten (flexible Arbeitszeitgestaltung) und (c) Arbeitszeitreduzierung genannt (vgl. Naumann et al., 2016, S. 73 ff.). In Ergänzung dazu stehen vonseiten des Gesetzgebers folgende Möglichkeiten der vollständigen oder teilweisen vorübergehenden Freistellung von Beschäftigten mit einer Pflegeaufgabe zur Verfügung (vgl. § 3 PflegeZG): (a) Fernbleiben von der Arbeit für bis zu zehn Tage mit Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes, (b) unbezahlte Freistellung bis zu drei Monate und (c) befristete Freistellung oder Arbeitszeitreduzierung im Rahmen der Pflege- oder Familienpflegezeit (vgl. Nowossadeck et al., 2016, S. 16 f.). Dennoch kommen Bischofberger et al. (2009) zu dem Schluss, dass die Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit im deutschsprachigen Raum noch wenig konzeptualisiert ist (vgl. Bischofberger et al., 2009, S. 283).

### 8.3 Belastungen pflegender Angehöriger und gesundheitliche Folgen

Die Pflegeübernahme ist mit vielfältigen Belastungen verbunden. Zu den primären Belastungsfaktoren zählen: (a) zeitliche Belastung, (b) gesundheitliche Belastung, (c) emotionale Belastung und (d) soziale Belastung (vgl. Büker, 2015, S. 14) (vgl. Abb. 8.2).

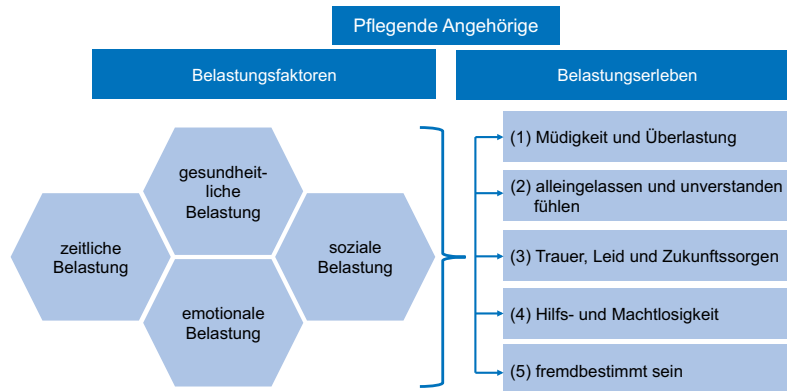


Abb. 8.2: Belastungsfaktoren und Belastungserleben pflegender Angehöriger

Dabei ist zu beachten, dass das Ausmaß der wahrgenommenen Belastung neben individuellen Faktoren auch von der Art der Erkrankung der Gepflegten, der Qualität der vorhergehenden Beziehung und dem Verwandtschaftsverhältnis zu dem/der Gepflegten abhängt. So zeigen Pflegende von Personen mit Demenzerkrankungen im Schnitt ein besonders hohes Belastungserleben (vgl. Büker, 2015, S. 14).

Als wesentliche Elemente können das Gefühl, rund um die Uhr zur Verfügung stehen zu müssen, und der hohe zeitliche Aufwand der Pflegeaufgabe genannt werden. Hinzu kommt der Aspekt, dass viele Pflegende regelmäßig in ihrer Nachtruhe gestört werden (vgl. Büker, 2015, S. 14).

Im Weiteren wurde bereits die Herausforderung der Balance zwischen eigener Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Betreuung von Kindern und Freizeit beschrieben. Zusätzlich sind bürokratische Aufgaben zur Pflegeorganisation zu bewältigen. Als besonders belastend wird die Pflegeversorgung an sich erlebt, sofern keine anderen Alternativen zur Übernahme der Pflegeverantwortung bestehen. Häufig wird in diesen Fällen insbesondere von den Töchtern und Schwiegertöchtern die Bereitschaft zur



Pflegeübernahme erwartet. Beide Personengruppen fühlen sich wiederum in diese Rolle gedrängt und empfinden sie in der Folge als überfordernde Pflicht (vgl. Wilz/Pfeiffer, 2019, S. 15). Dies führt nicht selten zu körperlichen (z. B. reduziertes Wohlbefinden, Beschwerden im Bewegungsapparat) und psychischen Einschränkungen (z. B. Depression, Angststörungen). Der Großteil der pflegenden Angehörigen ist 55 Jahre und älter (vgl. Büker, 2015, S. 14). Daher liegen bei den Angehörigen häufig selbst gesundheitliche Probleme vor. Diese resultieren aus dem Alter und der Pflegeübernahme. Zusätzlich kommt es bei ihnen zu folgenden Beschwerden: (1) Rückenschmerzen, (2) Herz- und Magenbeschwerden, (3) Schlafstörungen, (4) Erschöpfung, (5) Burnout und Depressionen (vgl. Büker, 2015, S. 14). Pflegende Angehörige sind im Vergleich zu gleichaltrigen Personen ohne eine Pflegeaufgabe häufiger krank. Damit kann die Übernahme einer Pflegerolle als Gesundheitsrisiko betrachtet werden (vgl. Büker, 2015, S. 14).

Oftmals sind die Veränderungen der Persönlichkeit der Pflegebedürftigen eine enorme Belastung für die Angehörigen. Zudem werden Erfahrungen im Zusammenhang des Krankheitsgeschehens und die Verschlechterung des Gesundheitszustandes als belastend erlebt. Diese führen zu einem Gefühl von Hilflosigkeit und Trauer aufseiten der Angehörigen (vgl. Büker, 2015, S. 14). Es fällt außerdem schwer, soziale Netzwerke und Kontakte aufrechtzuerhalten (vgl. Wilz/Pfeiffer, 2019, S. 7; RKI, 2015). Hobbies und/oder Urlaub können nicht wahrgenommen werden. Fehlende Zeit und organisatorische Herausforderungen werden dabei als Ursachen genannt (vgl. Wilz/Pfeiffer, 2019, S. 7; Büker, 2015, S. 14).

Demnach lässt sich das Belastungserleben pflegender Angehöriger nach Brügger et al. (2016) in fünf Kategorien zusammenfassen: (1) Müdigkeit und Überlastung, (2) sich alleingelassen und unverstanden fühlen, (3) Trauer, Leid und Zukunftssorgen, (4) Hilfs- und Machtlosigkeit sowie (5) fremdbestimmt sein (vgl. Brügger et al., 2016, S. 139). Das Ausmaß der wahrgenommenen Belastung hängt dabei von den Bewältigungsstrategien der betroffenen Personen ab (vgl. Brügger et al., 2016, S. 139). Im Weiteren verstärken sich die wahrgenommenen Belastungen aufseiten der pflegenden Angehörigen i. d. R. mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen. Das Wohl des Pflegebedürftigen wird über die eigene Gesundheit der pflegenden Angehörigen gestellt. Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung werden von Angehörigen aufgrund von subjektiv wahrgenommenen Barrieren nicht in Anspruch genommen (vgl. Dräger et al., 2013, S. 50, 64). Gleichzeitig ist

ein erhöhter Medikamentenkonsum hinsichtlich Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel zu verzeichnen (vgl. BMFSFJ, 2002).

## 8.4 Entlastungs- und Unterstützungsangebote

Die Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger ist erforderlich, um (a) die Gesundheit und Lebensqualität der Pflegenden und der Gepflegten zu erhalten, (b) die familiäre Pflegebereitschaft zu fördern, (c) die Autonomie und Selbstbestimmung der Familien zu stärken, (d) die Eigenverantwortung der Familie im Umgang mit Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu fördern und (e) um eine bedarfsgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen (vgl. Büker, 2015, S. 15).

Grundsätzlich stehen pflegenden Angehörigen verschiedene Bewältigungsstrategien zur Verfügung, um Belastungen zu bewältigen, die aus einer Pflegeübernahme resultieren (vgl. Büscher, 2020, S. 57, 58). Brügger et al. (2016) haben dazu insgesamt fünf Bewältigungsstrategien identifiziert: (a) aktive Suche nach Entlastung und Hilfe, (b) sich informieren und Kompetenzen erwerben, (c) sich mit anderen austauschen, (d) einen Ausgleich schaffen und (e) das Positive hervorheben (vgl. Brügger et al., 2016, S. 140 f.). Deutlich ist, dass die Angehörigen diese Strategien häufig nicht allein umsetzen können. Vielmehr benötigen sie dafür Angebote von außen. Tatsächlich stehen bereits viele Angebote zur Verfügung, um pflegende Angehörige in ihren Versorgungs- und Betreuungsaufgaben zu unterstützen.

Diese Angebote lassen sich in drei große Bereiche unterteilen: (a) soziale Sicherung, (b) Erleichterung des Pflegealltags und (c) spezifische Entlastungsangebote für Angehörige (vgl. Abb. 8.3).



Abb. 8.3: Überblick Entlastungs- und Unterstützungsangebote

Allerdings werden verfügbare Angebote von Pflegenden häufig nicht in Anspruch genommen, weil sie nicht bekannt sind, weil sie dem eigenen Bedarf nicht ausreichend entsprechen oder weil die Inanspruchnahme von Hilfe als Ausdruck des eigenen Versagens, als sozial inadäquat oder schambesetzt wahrgenommen werden könnte. Dies zeigt, dass neben der Schaffung und Bereitstellung von Angeboten deren Passung mit den Bedarfen der Betroffenen und deren Akzeptanz im Vordergrund stehen sollten. Der zunehmende Einbezug der Zielgruppe selbst in die Ausgestaltung von Angeboten ist ein vielversprechender Weg, um das Ziel akzeptierter und breit genutzter Angebote zu erreichen (vgl. hierzu auch Kap. 8.5.2).

Pflegepersonen sind unabhängig vom zeitlichen Umfang ihrer Pfllegetätigkeit unfallversichert. Für Pflegepersonen, die mindestens 14 Stunden pro Woche einen Pflegebedürftigen versorgen und nicht mehr als 30 Stunden pro Woche sozialversicherungspflichtig arbeiten, zahlt die Pflegeversicherung gemäß § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Die Höhe der Beiträge bemisst sich dabei an der Wochenpflegezeit und dem Pflegegrad (vgl. RKI, 2015).

Mit dem Pflegestärkungsgesetz von 2015 sollte die Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger weiter verbessert werden. So steht u. a. mehr Geld für die

Kurzzeit-, Tages-, Nacht- und Verhinderungspflege zur Verfügung. Bei akut auftretenden Pflegesituationen, in denen die Pflege eines nahen Angehörigen organisiert werden muss, kann eine bis zu zehntägige Auszeit von der Erwerbstätigkeit genommen werden. In dieser Zeit kann das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen werden. Im Weiteren besteht seit 2015 ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit (gem. § 2 PflegeZG, § 44a SGB XI). Erwerbstätige haben dabei Anspruch auf eine teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten (vgl. RKI, 2015).

Zur Erleichterung des Pflegealltags bietet die Pflegeversicherung ein breites Angebot (vgl. Abb. 8.3). So kann beispielsweise eine 24-Stunden-Betreuung eine sinnvolle Ergänzung zum pflegerischen Angebot darstellen. Gleiches gilt für hauswirtschaftliche Dienste, welche stundenweise in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen geleistet werden. Diese Angebote können einen positiven Beitrag zur Lebensqualität der Betroffenen und Angehörigen leisten. Im Weiteren ist von einem positiven Effekt bei der Sicherheit des Pflegebedürftigen auszugehen (vgl. Gräßel/Behrndt, 2016, S. 182). Zur Stärkung der alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten sowie der Förderung des sozialen Verhaltens hat sich die Tagesbetreuung als sinnvoll erwiesen. Für pflegende Angehörige ist dieses Angebot nur dann entlastend, sofern sich die Tageseinrichtung in Wohnortnähe befindet und damit eine gute Erreichbarkeit gesichert ist bzw. Hol- und Bringdienste verfügbar sind (vgl. Gräßel/Behrndt, 2016, S. 182).

Spezifische Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger umfassen u. a. Pflegekurse (Einzel- und Gruppenkurse) (vgl. Abb. 8.4). Darüber hinaus besteht ein Recht auf Pflegeberatung (vgl. § 7 und § 37 SGB XI; RKI, 2015). Sie erfolgt u. a. durch Pflegefachpersonen von Pflegediensten oder Pflegestützpunkten. Hier entsteht ein ausführliches Assessment zu bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsbedarfen einschließlich der Identifikation von existenten Ressourcen. Darauf basierend werden konkrete Hilfsangebote in einem Hilfe- bzw. Versorgungsplan definiert und deren Anwendbarkeit für den Angehörigen abgestimmt. Ein weiterer Schwerpunkt der Beratung besteht in der Information der Angehörigen über Unterstützungsangebote, die aus der Sozialversicherung finanziert werden. Dies stellt eine wichtige Möglichkeit dar, um bislang wenig bekannte Unterstützungsmaßnahmen besser bekannt zu machen und die Angehörigen zur Inanspruchnahme zu motivieren. Ein weiteres Instrument in diesem Zusammenhang stellen sogenannte Pflegekurse dar. Sie bieten den Angehörigen die Möglichkeit, spezifische Informationen und Anleitungen zu krankheitsbezogenen Symptomen sowie deren Umgang zu erlangen (vgl. § 45

SGB XI). Pflegekurse sind für pflegende Angehörige kostenlos. Sie können praxisnahe Hilfe für die Angehörigen geben und sollen die Kenntnisse der informell Pflegenden erweitern (vgl. Gräfel/Behrndt, 2016, S. 180).

Die EUROFAMCARE-Studie gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass lediglich ein Drittel der pflegenden Angehörigen einen solchen Dienst in den letzten sechs Monaten in Anspruch genommen hat (vgl. Lamura et al., 2006, S. 433). Als Gründe für die Nichtinanspruchnahme wurde angegeben, dass die vorhandenen Unterstützungs- und Entlastungsangebote nicht benötigt werden. Im Weiteren wurden folgende Zugangsbarrieren beschrieben: (a) mangelnde Verfügbarkeit, (b) fehlende Information zu bestehenden Angeboten, (c) lange Wege und fehlende Transportsysteme sowie (d) hohe Kosten und (e) schlechte Qualität der vorhandenen Leistungen (vgl. Lamura et al., 2006, S.437 f.). Externe Unterstützungs- und Entlastungsangebote werden unter Umständen sogar als zusätzliche Belastung empfunden. Gründe sind u. a., dass die Tagesroutine gestört wird oder dass Unterstützungsleistungen Veränderungen in der Wohnumgebung zur Folge haben könnten (vgl. Büker, 2015, S. 16). Daher werden Unterstützungsangebote von pflegenden Angehörigen nur in Anspruch genommen, wenn sie als ernsthafte Entlastung im Pflegealltag wahrgenommen werden. Es erscheint dringend erforderlich, die pflegenden Angehörigen beim Zugang zu geeigneten Entlastungsangeboten zu unterstützen und ihre Wünsche sowie Präferenzen zu berücksichtigen. Somit ist der Ausbau von Beratungs-, Qualifizierungs- und Unterstützungsangeboten kombiniert mit der Ermutigung pflegender Angehöriger, die Angebote in Anspruch zu nehmen, dringend erforderlich. Dies kann beispielsweise durch Mitarbeitende im Pflegedienst, dem Pflegestützpunkt oder durch sogenannte Case-Manager erfolgen (vgl. Büker, 2015, S. 17). Aber auch die Kenntnis des medizinischen Hilfesystems, z. B. von Hausarztpraxen, über verfügbare Angebote und deren Nutzen ist notwendig, um Angehörigen frühzeitig den Weg zu solchen Angeboten zu ebnen. Um diesen Ansatz erfolgreich umsetzen zu können, sollten professionell Pflegende folgende Aspekte in der Zusammenarbeit mit Angehörigen bedenken: (a) pflegende Angehörige wertzuschätzen, (b) Angehörige als Partner im Pflegealltag zu begreifen, (c) die Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen zu erfassen und in die Pflegeaufgabe zu integrieren sowie (d) Angehörige als Experten in der jeweiligen Lebenssituation zu akzeptieren und zu respektieren (vgl. Büker, 2015, S. 17).

## 8.5 Multimodale Unterstützung am Beispiel pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz

Im Folgenden wird die Komplexität der Unterstützung von Pflegebedürftigen durch Angehörige am Beispiel von Menschen mit Demenz näher beschrieben. Dazu erfolgt anfangs die zusammenfassende Darstellung der aktuellen Versorgungs- und Unterstützungssituation von demenziell Erkrankten und deren Angehörigen. Im Weiteren wird der sogenannte GeriCoach als Lösungsoption vorgestellt. Dazu erfolgt die Beschreibung des Aufgaben- und Tätigkeitsfelds des GeriCoaches sowie der Vorstellung der gleichnamigen Qualifikation.

### 8.5.1 Aktuelle Versorgungs- und Unterstützungssituation pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz

Aktuell sind deutschlandweit ca. 1,6 Mio. Menschen von einer Demenz betroffen. Über 70 % der demenziell Erkrankten werden von einem Angehörigen zu Hause versorgt und gepflegt (vgl. Zwingmann et al., 2018). Die zunehmenden körperlichen, motorischen und sozialen Funktionseinschränkungen sowie die neuropsychiatrischen Symptome (z. B. Erregung, Depression, Apathie, Aggression, Wahnvorstellungen) der Menschen mit Demenz stellen die pflegenden Angehörigen in der häuslichen Versorgung vor enorme Herausforderungen (vgl. Bangerter et al., 2017). Diese Herausforderungen führen häufig zu physischen, psychischen, emotionalen und sozialen Belastungen der Angehörigen. Im Weiteren können langfristig Gesundheitsbeeinträchtigungen auftreten (u. a. depressive Erkrankungen, Angststörungen, Medikamentenmissbrauch, Mortalität) und zur vorzeitigen Institutionalisierung des Menschen mit Demenz beitragen (vgl. Zwingmann et al., 2018). Dabei können bedarfsgerechte multimodale Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (z. B. Angehörigenschulungen, Helferkreise, Urlaubsvertretung) das Auftreten von Belastungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen signifikant reduzieren (vgl. Zwingmann et al., 2019). Bedeutsam sind dabei die personenzentrierte Identifikation von Versorgungsbedarfen beim pflegenden Angehörigen selbst und eine damit einhergehende Initiierung von bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten. Diese dyadische Betrachtungsweise (Mensch mit Demenz und pflegender Angehöriger) wurde in die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für

Neurologie (DGN) sowie die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) integriert, um multimodale Unterstützung für Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen zu empfehlen.

Diese empfohlenen multimodalen Unterstützungsangebote beinhalten die psychosoziale und pharmakologische Behandlung von Demenzerkrankungen und die adäquate Versorgung von bestehenden Verhaltenssymptomen aufseiten der demenziell Betroffenen. Psychosoziale Interventionen und spezifische Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige (u. a. Angehörigentraining und -beratung, familiennahe Esssituationen, soziale Aktivierung, Wohnraumgestaltung) sind weitere Empfehlungen im Rahmen dieser multimodalen Versorgung und Unterstützung. Auch die Morbidität der Pflegenden gilt es im Blick zu behalten, was eine psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Behandlung z. B. depressiver Störungen ebenso wie eine adäquate und frühzeitige medizinische Behandlung körperlicher Erkrankungen beinhaltet (vgl. Zwingmann et al., 2018).

Trotz der Integration von empfohlenen multimodalen Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in den Leitlinien der DGPPN, DGN und DEGAM werden diese analog zur Situation bei pflegenden Angehörigen im Allgemeinen nur wenig wahrgenommen (vgl. Wilz/Pfeiffer, 2017). Die Gründe hierfür sind vielfältig und hängen von einer Vielzahl von Faktoren ab. Die häufigsten Faktoren für die Nichtinanspruchnahme von Unterstützungsangeboten liegen in der (a) fehlenden Wahrnehmung der eigenen Versorgungsbedarfe, der (b) Unkenntnis von bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten und der (c) mangelnden regionalen Verfügbarkeit von bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten (vgl. Riedel/Wittchen, 2017; Wilz/Pfeiffer, 2017).

### **8.5.2 Der GeriCoach als Beispiel für die Vermittlung und Koordinierung von multimodalen Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz**

Daraus ergibt sich die primäre Fragestellung, wer künftig im Gesundheitssystem die Aufgabe übernehmen kann, pflegende Angehörige über bedarfsgerechte multimodale Unterstützungsangebote zu informieren und diese regional in den Kommunen aufzubauen. Ziel sollte es dabei sein, die häusliche Versorgung für Menschen mit Demenz durch pflegende Angehörige sicherzustellen. Im Weiteren sollen die Betrof-

fenen selbst in die Ausgestaltung der Angebote einbezogen werden, um so deren Akzeptanz und Nutzung zu verbessern.

Im Rahmen des Modellprojekts „KATE“ (**K**oordinierungsstelle der Deutschen **A**lzheimer Gesellschaft Landesverband M-V, **S**elbsthilfe Demenz zur Verbesserung von **T**eilhabe und Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen durch das **E**rfolgsmodell Dreiklang) der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. Selbsthilfe Demenz (DALzG LV M-V) wird dazu aktuell ein innovatives multimodales Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz implementiert (vgl. DALzG LV M-V, o. J.). Das Projekt wird vom Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung in Mecklenburg-Vorpommern gefördert. Zentraler Bestandteil ist die Etablierung eines sogenannten GeriCoaches, der über ein modular konzipiertes Qualifizierungsangebot befähigt wird, den pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz einen Zugang zu bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten zu geben. Dabei handelt es sich um ein interprofessionelles Qualifikationsangebot für die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe (vgl. DALzG LV M-V, o. J.). Das Aufgabenfeld des GeriCoaches umfasst neben der Gewährleistung eines verbesserten Zugangs zu und der individuellen Vermittlung von Versorgungsangeboten an einzelne Betroffene, insbesondere auch die regionale Schaffung von neuen Angeboten. Somit übernimmt der GeriCoach auch systemische Aufgaben.

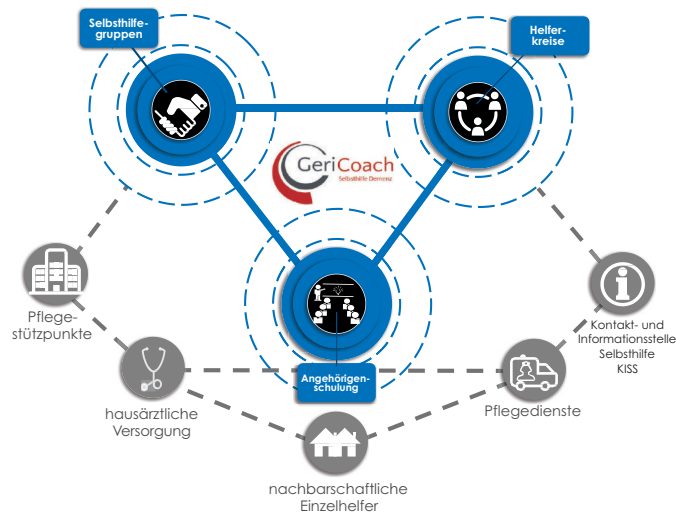
Der GeriCoach (a) baut dabei regionale Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen auf, (b) informiert die Betroffenen über diese bedarfsgerechten Unterstützungsangebote und (c) organisiert die regionale Vernetzung von Akteuren im Sozial- und Gesundheitsbereich. Diese Arbeit fußt auf den langjährigen Erfahrungen der Selbsthilfe im Bundesland mit dem Aufbau und der Bereitstellung verschiedener demenz- und pflegebezogener Unterstützungsangebote mit und für verschiedene Zielgruppen. Der GeriCoach nutzt die gewonnenen Erfahrungen und entwickelt jeweils regional abgestimmt daraus folgende multimodale Unterstützungsangebote in den Kommunen, die bedarfsgerecht an die Betroffenen vermittelt werden (vgl. DALzG LV M-V, o. J.):

- a) Organisation von Schulungen für Angehörige und für an einer ehrenamtlichen Pflgetätigkeit interessierte Personen



- b) Etablierung und fachliche Leitung von Helferkreisen: Angebote, in denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter fachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich übernehmen
- c) Etablierung und fachliche Leitung von Selbsthilfegruppen
- d) Durchführung von Demenzpartnerschulungen

Wichtig ist, dass der GeriCoach subsidiär arbeitet, also verfügbare Angebote nutzt und die vorhandenen Akteure der Selbsthilfe und der professionellen Hilfe – insbesondere die Pflegestützpunkte – dabei unterstützt, diese Angebote zu vermitteln. Zugleich identifiziert der GeriCoach zusammen mit den Betroffenen und den regionalen Akteuren bestehende Angebotslücken und versucht, diese unter Einbezug der lokalen Partner zu schließen. Die Abb. 8.4 gibt einen Überblick über die multimodalen Unterstützungsangebote des GeriCoaches sowie seine zentralen Kooperationspartner in der Kommune. Damit stellt der GeriCoach einen wichtigen Baustein bei der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie in Mecklenburg-Vorpommern dar.



**Abb. 8.4:** Übersicht der multimodalen Unterstützungsangebote des GeriCoaches der DALzG LV M-V

Die Zusammenarbeit des GeriCoaches mit den Kommunen erlaubt es, das Handlungsfeld 1 der nationalen Demenzstrategie regional umzusetzen, da im Sinne der

Daseinsvorsorge eine demenzsensible Gestaltung von Sozialräumen zur Sicherung der Teilhabe nachhaltig gewährleistet wird. Derzeit qualifiziert die DALzG LV M-V erste GeriCoaches. Als Zugangsvoraussetzung für die Teilnahme an der Qualifikation zum GeriCoach wurden insbesondere Fachkräfte mit psychiatrischen, gerontopsychiatrischen und/oder heilpädagogischen Erfahrungen (u. a. aus der Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Heilerziehungspflege, Ergotherapie, Psychologie) festgelegt. Die Anrechnung von einschlägigen Vorqualifikationen ist dabei möglich.

Die Qualifikation umfasst insgesamt 90 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten und ist modular aufgebaut (vgl. DALzG LV M-V, o. J.). Inhaltliche Schwerpunkte sind (a) Grundlagen der Versorgung von Menschen mit Demenz sowie die Unterstützung pflegender Angehöriger, (b) Leistungen der Sozialversicherung, (c) Kommunikation sowie die detaillierte Betrachtung der spezifischen Unterstützungsangebote, (d) Angehörigenschulung, Selbsthilfegruppen und Helferkreise. Die Umsetzung erfolgt in Präsenz, Online-Formaten und Selbststudium. Die theoretische Qualifikation schließt mit einem Abschlusskolloquium. Daran schließt sich eine Praxisphase in einer Einrichtung der Demenzhilfe bzw. Demenzversorgung (z. B. ehrenamtliche Tätigkeit, Hospitation) in einem Umfang von 20 Stunden an (vgl. DALzG LV M-V, o. J.). Aktuell wird die Qualifikation pilotiert und begleitend evaluiert, um etwaige Anpassungserfordernisse zu identifizieren und umzusetzen (Stand: Oktober 2020).

## 8.6 Fazit

Die Bereitschaft, in der Familie Verantwortung für einen von Pflegebedürftigkeit betroffenen Angehörigen zu übernehmen, ist weiterhin hoch. Die zukünftige Entwicklung des Potenzials pflegender Angehöriger ist schwierig abzuschätzen. Langfristig ist grundsätzlich von einer Abnahme des familiären Pflegepotenzials auszugehen. Die Gründe liegen u. a. in veränderten Familienstrukturen, längerem Verbleib im Arbeitsleben sowie in großer räumlicher Mobilität. Um die zum Teil defizitäre Versorgungssituation in der Pflege zu verbessern, sollten Pflegeangebote verstärkt bekannt gemacht und deren regionale Verfügbarkeit ausgebaut werden. Dies schließt u. a. die künftig zunehmende Verwendung von digitalen Unterstützungsangeboten mit ein. Dabei ist es zentral, die Werte und Bedürfnisse der Betroffenen selbst frühzeitig und konsequent in die Ausgestaltung neuer Angebote einzubeziehen, um deren Akzeptanz und Nutzung sicherzustellen.

Um zukünftig pflegende Angehörige bei der Pflegeübernahme bedarfsgerecht zu unterstützen, sind gesetzliche Regelungen erforderlich, die es ermöglichen, die Berufstätigkeit mit den Pflegeaufgaben zu vereinbaren, das Beratungsangebot für pflegende Angehörige auszuweiten und spezifische Entlastungsangebote zu implementieren, die für die Angehörigen leichter zugänglich sind und den Pflegealltag erleichtern. Die Schaffung neuer Funktionen im Angebotssystem sollte auf bestehende Strukturen aufbauen und mit Akteuren abgestimmt sowie subsidiär umgesetzt werden. Eine enge Abstimmung zwischen Selbsthilfe und professionellen Akteuren ist dabei ein vielversprechender Ansatz, wie das Beispiel des GeriCoaches zeigt. Dazu ist es jedoch dringend erforderlich, dass diese Akteure ihre jeweilige Rolle neu überdenken und Berührungspunkte insbesondere gegenüber dem schwierigen Krankheitsbild der Demenz abbauen.

## Literatur

- DAlzG LV M-V – Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. (o. J.). *GeriCoach werden nach dem Curriculum der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband M-V e. V.* <https://alzheimer-mv.de/fortbildung/gericoach-werden/> (29.06.2020).
- Bangerter, L. R./ Griffin, J. M./ Zarit, S. H./ Havyer, R. (2017). *Measuring the needs of family caregivers of people with dementia: an assessment of current methodological strategies and key recommendations.* *Journal of Applied Gerontology*, 38 (9), S. 1304–1318.
- Bestmann, B./ Wüstholtz, E./ Verheyen, F. (2014). *Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation pflegender Angehöriger.* Hrsg. von WINEK. Hamburg: TK-Hausdruckerei.
- Bischofberger, I./ Lademann, J./ Radvanszky, A. (2009). „*Work and care*“ – *Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbaren: Literaturstudie zu Herausforderungen für pflegende Angehörige, Betriebe und professionelle Pflege.* *Pflege*, 22, S. 277–286.
- Brügger, S./ Jaquier, A./ Sottas, B. (2016). *Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger. Perspektive der Angehörigen.* *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49, S. 138–142.
- Bundesgesundheitsministerium (2020). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.* [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_der\\_SPV\\_17.Februar\\_2020\\_barr.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_17.Februar_2020_barr.pdf) (14.04.2020).

- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). *Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. <https://www.bmfsfj.de/blob/94658/4a99f36664eba951dd911974f883b956/prm-21786-4--altenbericht-teil-i-data.pdf> (05.05.2020).
- Büscher, A. (2020). *Bedarfslagen in der häuslichen Pflege*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin/Fulda: Springer.
- Büker, C. (2015). *Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege*. 2. überarb. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- DAK-Gesundheit (2015). *So pflegt Deutschland*. Hamburg/Freiburg: DAK-Gesundheit.
- Döhner, H./Kofahl, C./Lüdecke, D./Mnich, E. (2007). *The National Survey Report for Germany. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. [http://www.uked.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure\\_de.pdf](http://www.uked.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_de.pdf) (05.05.2020).
- Dräger, D. (2015). *Die Einbindung der Angehörigen von Pflegebedürftigen*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2015. Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit*. Stuttgart: Schattauer, S. 121–134.
- Dräger, D./Blüher, S./Kummer, K./Budnick, A. (2013). *Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige*. *Pflege & Gesellschaft*, 18 (1), S. 50–64.
- Geyer, J./Schulz, E. (2014). *Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland*. *DIW-Wochenbericht*, 81 (14), S. 294–301.
- Gräßl, E./Behrndt, E. M. (2016). *Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart: Schattauer, S. 169–187.
- Klaus, D./Tesch-Römer, C. (2016). *Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere?* In: Mahne, K./Wolff, J./Simonson, J./Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*, S. 191–207. [https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/DEAS2014\\_Langfassung.pdf](https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/DEAS2014_Langfassung.pdf) (05.05.2020).
- Lamura, G./Mnich, E./Wojszel, B./Nolan, M. et al. (2006). *Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, S. 429–442.
- Naumann, D./Teubner, C./Eggert, S. (2016). *ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“*. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.): *ZQP-Themenreport. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. Berlin: ZQP, S. 73–86.
- Nowossadeck, S./Engstler, H./Klaus, D. (2016). *report altersdaten. Pflege und Unterstützung durch Angehörige*. Heft 1/2016. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Riedel, O./Wittchen, H. (2017). *Nutzer und Nutzung von Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige von Alzheimer-Patienten*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50, S. 14–20.
- RKI – Robert Koch-Institut (2015). *Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst*. [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=21301](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=21301) (05.05.2020).

- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012). *Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP\\_Themenreport\\_Pflege\\_2030.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf) (23.10.2020).
- 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 (Hrsg.): *ZQP-Themenreport. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. Berlin: ZQP, S. 44–59.
- Schmidt, M./Schneekloth, U. (2011). *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_zur\\_Studie\\_Wirkungen\\_des\\_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf) (17.04.2020).
- Schneekloth, U./Wahl, H. (Hrsg.) (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten. Ergebnisse der Studie MUG III*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Tuithof, M./Have, M. ten/Dorsselaer, S. van/Graaf, R. de (2015). *Emotional disorders among informal caregivers in the general population: target groups for prevention*. *BMC Psychiatry*, 15, S. 23.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2018). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnis-se-5224001179004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnis-se-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile) (14.04.2020).
- Wilz, G./Pfeiffer, K. (2019). *Pflegende Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- Wilz G./Pfeiffer, K. (2017). *Psychotherapie mit älteren pflegenden Angehörigen*. *Nervenarzt*, 88 (11), S. 1246–1251.
- Zwingmann, I./Michalowsky, B./Eßer, A./Kaczynski, A. et al. (2019). *Identifying unmet needs of family dementia caregivers: Results of the baseline assessment of a cluster-randomized controlled intervention trial*. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 67 (2), S. 527–539.
- Zwingmann, I./Hoffmann, W./Michalowsky, B./Wucherer, D. et al. (2018). *Offene Versorgungsbedarfe pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz*. *Nervenarzt*, 89 (5), S. 495–499.

# 9

## Palliative Versorgung in Deutschland – Entwicklungslinien und -tendenzen

GABRIELE MÜLLER-MUNDT; SILKE FREIHOFF; WENKE WALTHER

Ausgehend von der zunehmenden Bedeutung einer palliativen Versorgung werden Grundprinzipien und handlungsleitende Konzepte vorgestellt. Aufgezeigt wird die strukturelle Verankerung von „Palliative Care“ im Gesundheitssystem vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Neben dem Aufbau von Qualifizierungsangeboten und Palliativforschung werden Entwicklungserfordernisse speziell mit Blick auf die Sicherung der Zugangsgerechtigkeit zur Palliativversorgung für vulnerable Bevölkerungsgruppen umrissen.<sup>1</sup>

### 9.1 Einleitung

„Palliative Care“ (Palliativversorgung)<sup>2</sup> ist ein umfassendes Versorgungskonzept, das in erster Linie der Sicherung eines höchstmöglichen Maßes an Lebensqualität schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen verpflichtet ist. Die Entwicklung der Palliativversorgung ist eng mit der Hospizbewegung verwoben.

Primäre Zielgruppe der Palliativversorgung sind Menschen mit nicht heilbaren lebensbegrenzenden chronischen Erkrankungen in der letzten Lebensphase. Der sozio-epidemiologische Wandel und die steigende Lebenserwartung waren im Verlauf des letzten Jahrhunderts zugleich mit einem Wandel des Sterbens und der Todesumstände verbunden (vgl. Seale, 2000). Vor allem in den Industrienationen sterben Menschen zunehmend im hohen Lebensalter und zumeist nach langjähri-

1 Der Beitrag basiert zu wesentlichen Teilen auf konzeptionellen Vorarbeiten, die im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekts „ProPall – Proaktive Palliativversorgung älterer Patienten in der letzten Lebensphase“ (Förderkennzeichen: 01GY1710) durchgeführt wurden.

2 In der englischsprachigen Literatur werden die Begriffe „Palliative Care“ und „Hospice Care“ oft synonym genutzt. In der deutschsprachigen Literatur wird teilweise der englische Begriff „Palliative Care“ beibehalten (vgl. z. B. Knipping, 2007). Als Übersetzung hat sich „Palliativversorgung“ durchgesetzt, wobei für den Bereich der Hospize und Hospizdienste von „Hospizversorgung“ oder übergreifend von „Hospiz- und Palliativversorgung“ gesprochen wird. Mit Blick auf die Medizin und Pflege sind in professionsbezogenen Darstellungen die Begriffe „Palliativmedizin“ und „Palliativpflege“ gebräuchlich. In der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ werden die Begriffe Palliativmedizin und Palliativversorgung als Synonyme verwendet (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 37 f.).

gen Verläufen chronischer (Mehrfach-)Erkrankungen (vgl. Schaeffer/Ewers, 2013). Neben krankheitsbedingten Symptomen wie Schmerz, Atemnot oder psychischen Beeinträchtigungen können Neben- und Folgewirkungen der Therapie das Befinden und die Lebensqualität der Erkrankten beeinträchtigen. Die Konfrontation mit der Diagnose und mit dem Fortschreiten der Erkrankung werfen vielfach existenzielle Fragen auf, die an den Grundfesten des Seins rühren und in ihren Implikationen die Erkrankten wie auch ihre primären Bezugspersonen gleichermaßen betreffen (vgl. Gerdes, 1986; Bury, 1982).

Epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass im Zuge der demografischen Alterung und des gewandelten Krankheitspanoramas der Anteil und die Anzahl der im höheren Alter versterbenden Menschen zunehmen werden. Damit erhöht sich sowohl die Anzahl der Sterbefälle als auch die Anzahl der Menschen, die in der letzten Lebensphase eine palliative Versorgung benötigen (vgl. WHO, 2015). Nach den auf Daten aus dem Jahr 2014 beruhenden Schätzungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) sterben allein in Europa jährlich über 4,4 Millionen Menschen an Erkrankungen, die für die betroffenen Menschen mit erheblichem Leiden einhergehen, darunter ca. 139.000 Kinder (vgl. Arias-Casais et al., 2019, S. 7, S. 33).

Für Deutschland zeigen die Daten des Statistischen Bundesamts (StBA), dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen gefolgt von Tumorerkrankungen und Erkrankungen der Atemwege seit geraumer Zeit die häufigsten Krankheits- und Sterbeursachen sind (vgl. StBA, 2019a). Nach der jüngsten Bevölkerungsvorausberechnung des StBA wird angenommen, dass im Zeitraum von 2040–2060 insbesondere der Anteil hochaltriger Menschen weiter zunehmen wird. Waren 2018 ca. 6 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter, wird ihr Anteil im Jahr 2060 zwischen 9 % und 13 % liegen (vgl. StBA, 2019b, S. 26). Prognosen lassen ferner erwarten, dass im Jahr 2050 rund 88 % der in Deutschland versterbenden Menschen älter als 75 Jahre sein werden (vgl. Simon et al., 2012, S. 941).

Scholten et al. (2016) berechneten unterschiedliche Modelle zur Abschätzung des palliativen Versorgungsbedarfs auf der Basis der Todesursachenstatistik aus dem Jahr 2013. Ihren Modellrechnungen zufolge kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland bei rund 78 % der im Erwachsenenalter versterbenden Menschen in der letzten Lebensphase eine palliative Versorgung notwendig ist. Zugleich zeichnete sich ein deutlicher Altersgradient ab: Der geschätzte Anteil der Verstorbenen, für die ein palliativer Versorgungsbedarf angenommen werden kann, liegt demnach bei

Kindern im Alter von bis zu neun Jahren bei 9,9 % und erhöht sich stetig mit dem Alter. Schätzungsweise steigt dieser auf 40,4 % in der Gruppe der 30- bis 39-jährigen Menschen und bis auf über 80 % in der Gruppe der 80-jährigen und älteren Menschen an (vgl. Scholten et al., 2016, S. 4 ff.). Die EAPC geht davon aus, dass etwa 10–15 % der Betroffenen einer spezialisierten Palliativversorgung bedürfen (z. B. auf einer Palliativstation, im Hospiz oder im häuslichen Umfeld, unterstützt durch ein spezialisiertes ambulantes Palliativteam), während der überwiegende Anteil der Betroffenen in der letzten Lebensphase im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung angemessen betreut und begleitet werden kann. Letztere wird vor allem durch die behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und in die Versorgung eingebundenen Pflegefachpersonen im häuslichen Umfeld oder in stationären Pflegeeinrichtungen getragen (vgl. Radbruch/Payne, 2009, S. 286).

Verschiedene Studien unterstreichen, dass der überwiegende Anteil der Bevölkerung bis zum Lebensende in ihrem vertrauten Umfeld „leben und sterben“ möchte (vgl. Haumann, 2016, S. 22 ff.; Grote-Westrick/Volbracht, 2015; Escobar Pinzón et al., 2011). In einer 2015 für den Faktencheck der Bertelsmann Stiftung durchgeführten repräsentativen Umfrage bekundeten 76 % der Befragten, dass sie sich wünschen würden, zu Hause zu sterben, gefolgt von 10 % der Befragten, die ein Hospiz als gewünschten Sterbeort angaben. Der Anteil der Befragten, die ein Krankenhaus oder ein Heim als Sterbeort präferieren würden, war mit 6 % bzw. 2 % denkbar gering (vgl. Grote-Westrick/Volbracht, 2015, S. 3). Präferenzen der Betroffenen können sich je nach Entwicklung der Lebenssituation und im Verlauf schwerer Erkrankungen ändern, so auch das Fazit einer Synopse der Ergebnisse qualitativer und quantitativer Studien zum gewünschten Sterbeort von Gomes et al. (2013). Zwar zeichnet sich in bevölkerungsbezogenen Studien nahezu durchgängig ab, dass Menschen vor allem nicht in einem Heim sterben möchten (vgl. Calanzani et al., 2014), gleichwohl können Heime für die dort lebenden Menschen durchaus das „vertraute Umfeld“ sein, in dem sie auch sterben möchten. So bekundeten in einer neueren, unter Bewohnerinnen und Bewohnern in fünf Heimen im Raum Würzburg durchgeführten Befragung 63,2 % der Befragten, in dem jeweiligen Heim sterben zu wollen, 14,4 % gaben als Präferenz ein Krankenhaus und 4,4 % ein Hospiz als gewünschten Sterbeort an (vgl. Oorschot et al., 2019, S. 383).

Auch begünstigt durch den Wandel der Lebensformen und Familienstrukturen dominiert in Deutschland wie auch in anderen Industriestaaten ein „Sterben in Insti-



tutionen“ (vgl. Broad et al., 2013). Der Sterbeort wird in den Sterberegistern der Kommunen erfasst, geht jedoch nicht in die amtliche Statistik der Länder und des Bundes ein. Nach den von Simon et al. zusammengefassten Befunden vorliegender regionaler und lokaler Sterbeortanalysen starben 44–50 % aller Menschen im Krankenhaus,<sup>3</sup> 29–38 % im häuslichen Umfeld und 13–21 % in stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. Simon et al., 2012, S. 943). In einer neueren Studie von Dasch et al. (2015) für die Jahre 2001 und 2010 zeichnete sich in ausgewählten nordrhein-westfälischen Regionen insgesamt ein Rückgang der Todesfälle im häuslichen Umfeld (27,5 % versus 23 %) und ein Trend zur Verlagerung des „institutionellen Sterbens“ vom Krankenhaus in den Heim- und Hospizbereich ab, wenngleich das Krankenhaus weiterhin der häufigste Sterbeort blieb (57,6 % versus 51,2 %). Der Anteil im Hospiz verstorbener Menschen hatte sich in dem Zeitraum nahezu verdoppelt (2,6 % versus 4,6 %), blieb bezogen auf alle Sterbefälle jedoch sehr gering. Der Anteil der Sterbefälle in Altenpflegeeinrichtungen erhöhte sich in dem Zeitraum von 2001–2010 von 12,3 % auf 19,0 %, wobei der Anteil der Sterbefälle im Heim in der Gruppe der im Alter ab 80 Jahren verstorbenen Menschen 2001 bei 43,0 % lag und sich bis 2010 auf 50,8 % erhöht hatte (vgl. Dasch et al., 2015, S. 498).

Die Versorgung schwerkranker Menschen wird angesichts der demografischen Entwicklung künftig weiter an Bedeutung gewinnen (vgl. DGP/DHPV/BÄK, 2016). In allen Bereichen der professionellen Pflege sind bereits heute vermehrt Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen anzutreffen, die insbesondere in der letzten Lebensphase einer umfassenden pflegerischen Begleitung bedürfen, so auch und gerade im Heimsektor.

## 9.2 Hospizbewegung und Entwicklung der spezialisierten Palliativversorgung

„Palliative Care“ ist ein umfassendes, der Wahrung eines höchstmöglichen Maßes an Lebensqualität und der Ermöglichung eines Sterbens in Würde im Angesicht fortschreitender lebenslimitierender Erkrankungen verpflichtetes Versorgungskonzept.

---

3 Dies entspricht im Mittel in etwa den Befunden der Analysen für den Faktencheck „Palliativversorgung“ der Bertelsmann Stiftung zum Sterbeort „Krankenhaus“ auf der Basis bevölkerungs- und fallpauschalbezogener Daten der Krankenhausstatistik des StBA. Für die Jahre 2008–2014 zeichnete sich bezogen auf alle Sterbefälle jeweils ein Anteil der im Krankenhaus verstorbenen Menschen von durchschnittlich ca. 46 % ab (vgl. Zich/Sydow, 2015, S. 6).

„Umfassend“ meint hier die Berücksichtigung körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Problemlagen der erkrankten Menschen und ihrer An- und Zugehörigen (vgl. Sepúlveda et al., 2002, S. 94). Die hospizliche und palliative Begleitung wurde und wird auch heute in weiten Teilen durch das bürgerschaftliche Engagement ehrenamtlicher Hospizhelferinnen und -helfer mitgetragen. Eine wesentliche Säule von „Palliativ Care“ ist nicht zuletzt die pflegerische Versorgung und Begleitung.

### 9.2.1 Entwicklung der Hospizbewegung

Die Entwicklung von „Palliative Care“ geht auf die Hospizbewegung zurück. In der englischsprachigen Literatur werden die Begriffe „Palliative Care“ (palliative Versorgung) und „Hospice Care“ (hospizliche Versorgung) häufig synonym benutzt. Sie stehen für die im angelsächsischen Raum wie auch in Deutschland in der Tradition der bürgerlichen Protestbewegung der 1960er- und 1970er-Jahre verwurzelten Initiativen zur Entwicklung bedürfnisgerechter Versorgungsmöglichkeiten für schwerstkranke und sterbende Menschen. In den USA setzte Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004) mit ihrer auf Interviews mit Sterbenden basierenden Pionierarbeit „On death and dying“ (Kübler-Ross, 1969) zentrale Impulse für die Entwicklung von „Palliative Care“. In Europa ist Großbritannien als Wiege der Hospizbewegung und der Etablierung von „Palliative Care“ zu sehen. 1967 gründete Cicely Saunders (1918–2005) in London mit dem „St. Christopher’s Hospice“ das erste neuzeitliche Hospiz, das bereits zwei Jahre später durch einen palliativen Hausbetreuungsdienst ergänzt wurde. Die erste klinische Palliativstation wurde im Jahr 1975 von dem Arzt Balfour Mount in Montreal, Kanada, gegründet, der als alternative Bezeichnung für „Hospice Care“ den Begriff „Palliative Care“ prägte. Diese Impulse wurden in Deutschland in den 1970er-Jahren sowohl von Laien als auch von professionellen Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsversorgung aufgegriffen und mündeten in die Gründung erster, durch bürgerschaftliches Engagement getragene, lokale Hospizgruppen bzw. Hospizvereine. Dem folgte in den 1980er-Jahren die Gründung erster stationärer Hospize und Palliativstationen (vgl. Pleschberger/Müller-Mundt, 2017, S. 166; Müller-Busch, 2012; Jaspers/Schindler, 2004).

Der Hintergrund dieser Entwicklung war, dass die kurative, an akutmedizinischen Behandlungsmaximen orientierte und zunehmend technisierte Hochleistungsmedizin insbesondere bei nicht heilbaren Tumorerkrankungen den Bedürfnissen der

betroffenen Menschen nicht gerecht werden konnte. Die Bedingungen, unter denen schwerstkranke Menschen in den Akutkliniken verstarben, wurden zunehmend als inhuman erlebt, da der Linderung belastender Symptome und einer psychosozialen Begleitung keine hinreichende Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die Intention der Hospizbewegung war es, alternative Unterstützungsangebote für ein würdiges Sterben bereitzustellen und der gesellschaftlichen „Tabuisierung von Sterben und Tod“ entgegenzuwirken. Die in Deutschland heute bestehenden Hospize, Hospizvereine und spezialisierten Palliativdienste sind in Westdeutschland zu einem großen Teil aus lokalen oder regionalen Hospizgruppen hervorgegangen (vgl. Heller et al., 2012). Vor allem in Deutschland entwickelten sich der Bereich der hospizlichen Begleitung und der Aufbau von Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung parallel (vgl. auch Jaspers/Schindler, 2004).

### **9.2.2 Tumorschmerzinitiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Entwicklung umfassender palliativer Versorgungskonzepte**

Angestoßen durch die von der Hospizbewegung getragene Entwicklung von „Palliative Care“ und durch wiederholt aufgezeigte Mängel der Schmerzversorgung schwerstkranker Menschen im fortgeschrittenen Stadium von schweren Tumorerkrankungen wurde unter dem Dach der WHO Mitte der 1980er-Jahre eine weltweite Initiative zur Verbesserung der Tumorschmerzkontrolle ins Leben gerufen. Mit dem WHO-Stufenschema der Tumorschmerztherapie wurde ein Rahmenkonzept für eine wirksame Schmerzlinderung entwickelt (vgl. WHO, 1986). Die Initiative ist auch im Kontext der etwa zeitgleichen Etablierung der speziellen Schmerztherapie in der Medizin zu sehen (vgl. exemplarisch Zenz/Jurna, 2001). Ziel war es, Versorgungsmängel und Hemmnisse, die der Gewährleistung einer angemessenen Schmerzkontrolle entgegenstehen, zu überwinden. Hierzu zählen die von der WHO getragenen Kampagnen zur Sicherstellung der Verfügbarkeit hochwirksamer Analgetika (vgl. WHO, 2002). Die Tumorschmerzinitiative wurde durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit begleitet und um ein Palliative-Care-Konzept erweitert (vgl. WHO, 1990; WHO, 1986).

Um den besonderen Bedürfnissen schwerkranker Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen Rechnung zu tragen, wurde Ende der 1990er-Jahre ergänzend ein speziell auf den Versorgungsbedarf und die Bedürfnisse schwerstkranker Kinder und ihrer Familien zugeschnittenes Palliative-Care-Konzept entwickelt (vgl. WHO, 1998).

In der Folgezeit haben sich auch in Deutschland die Kinderhospizbewegung und spezielle Angebote der pädiatrischen Palliativversorgung für schwerkranke Kinder und ihre Familien als eigener Bereich der Palliativversorgung etabliert (vgl. Zernikow, 2013). Anfang dieses Jahrhunderts folgte die Entwicklung von Palliative-Care-Konzepten und Modellvorhaben für die Begleitung älterer Menschen in der letzten Lebensphase (vgl. WHO, 2012; 2004). Dem folgend lag ein Schwerpunkt der konzeptionellen Arbeit auf der Integration palliativer Versorgungskonzepte in Einrichtungen der Langzeitpflege und speziell für Menschen mit Demenz (vgl. Froggatt et al., 2020; Schneider et al., 2018; Steen et al., 2014).

Die Entwicklung der Palliativmedizin kann als Reaktion der Medizin auf die von bürgerschaftlichem Engagement getragene Hospizbewegung und Entwicklung von „Palliative Care“ betrachtet werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Entwicklung der „supportiven Therapie“ in der Onkologie zu sehen (vgl. Berger et al., 2006). Sie bezieht sich auf das Management belastender physischer und psychischer Begleit- und Folgeerscheinungen der Erkrankung und der Therapie im Krankheits- und Therapieverlauf. Wobei in der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ betont wird:

„Supportive Therapie und Palliativmedizin bzw. Palliativversorgung sind keine Synonyme. Ob ‚Nebenwirkungen der Krebserkrankung‘ Teil der supportiven oder der palliativmedizinischen Therapie sind, ist strittig.“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 38)

Als Spezialgebiet der Medizin umfasst die Palliativmedizin die auf die Sicherung der Lebensqualität schwerstkranker Patientinnen und Patienten hin ausgerichtete medizinische Versorgung und die hierauf bezogene Forschungs- und Entwicklungsarbeit (vgl. Doyle et al., 2004). In Verbindung mit der nahezu parallel erfolgten Etablierung der speziellen Schmerztherapie wurden im Verlauf der letzten Jahrzehnte palliative Therapie- und Pflegekonzepte zur Kontrolle und Linderung von Schmerzen und anderer belastender Symptome (z. B. Atemnot, Fatigue, Übelkeit und Erbrechen) sowie zur Linderung der Folgen schwerer Tumorerkrankungen (z. B. Wundversorgung exulzierender Tumore) wesentlich erweitert und verbessert. Einen Überblick über den Entwicklungs- und Wissensstand bietet die unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) entwickelte S3-Leitlinie „Palliativmedizin für

Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020).<sup>4</sup>

## 9.3 Philosophie und Handlungsmaximen der Palliativversorgung

Wichtige Impulse für die weitere Entwicklung der Palliativversorgung gab das WHO-Konzept der „Palliative Care“.

### 9.3.1 Das Palliative-Care-Konzept der WHO

Anknüpfend an die von der Hospizbewegung entwickelten Konzepte definiert die WHO „Palliative Care“ als aktive und umfassende „Behandlung, Pflege und Sorge“ (WHO, 1990, S. 11) zur Erzielung eines größtmöglichen Maßes an Lebensqualität für Menschen mit schweren Erkrankungen, die kurativen Therapieansätzen nicht (mehr) zugänglich sind. Entsprechend werden die Schmerz- bzw. Symptomkontrolle und eine unterstützende Begleitung der betroffenen Menschen und ihrer primären Bezugspersonen in den Vordergrund gerückt. Dies schließt die Berücksichtigung psychischer, sozialer und spiritueller Unterstützungsbedarfe und -bedürfnisse ein. Kernpunkte von „Palliative Care“ sind nach der Definition der WHO (1990, S. 11 f., sinngem. Übersetzung):

- die Unterstützung des Lebens und die Betrachtung des Sterbens als Prozess und Teil des Lebens, den es weder zu beschleunigen noch zu verlängern gilt,
- die Kontrolle oder zumindest weitgehende Linderung von Schmerzen und anderen Symptombelastungen,
- die Betrachtung psychologischer und spiritueller Aspekte als festen Bestandteil der Versorgung („Care“),

---

4 Von der DGP-Sektion Pflege wurden 2014/2015 u. a. für das Management von Schmerzen und unterschiedlichen Symptomen S1-Leitlinien entwickelt (vgl. DGP, 2014/2015). An der Entwicklung der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ haben u. a. Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten aus dem Kreis der Mitglieder Sektion Pflege mitgewirkt. Auch die vom Deutschen Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelten Expertenstandards beziehen sich zum Teil auf Pflegephänomene und Aspekte des Versorgungsmanagements, die in der Palliativpflege zentral sind (vgl. hierzu die Übersicht auf der DNQP-Website: <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18467>, 28.01.2021).

- die Bereitstellung eines Unterstützungssystems, das den betroffenen Menschen hilft, so lange wie möglich aktiv am Leben teilzuhaben,
- die Bereitstellung eines Unterstützungssystems für die Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten, das auch den Angehörigen Hilfestellung bei der Bewältigung der vielfältigen, mit dem Krankheitsprozess verbundenen Belastungen und bei der Trauerarbeit bietet.

Die 2002 erweiterte Definition der WHO unterstreicht den Aspekt der Prävention und damit die Bedeutung der frühzeitigen Integration eines palliativen Ansatzes in das Versorgungsgeschehen nicht heilbarer lebensbedrohlicher Erkrankungen. Das Ziel der Palliativversorgung ist demnach

„die bestmögliche Lebensqualität von Patienten, ihren Familien und Angehörigen angesichts lebensbedrohlicher, nicht heilbarer Erkrankungen herzustellen oder aufrechtzuerhalten. Prävention und Linderung von Leid stehen im Mittelpunkt. Dies erfolgt über ein frühzeitiges Erkennen und eine genaue Erfassung aller Beeinträchtigungen, Symptome und Konfliktfelder auf körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene.“ (WHO, 2014, zitiert nach Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina e. V./Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e. V., 2015, S. 11)

### 9.3.2 Konzepte und Handlungsmaximen der Palliativversorgung

Grundlegend für die Palliativversorgung sind ein **ganzheitlicher Ansatz** der **Patientenzentrierung** und **Familienorientierung**, d. h. die Familie wird als „unit of care“ betrachtet (WHO, 1990). Anknüpfend an das von Cicely Saunders entwickelte Konzept des „totalen Schmerzes“ (Saunders, 1984) werden körperliche, psychische, soziale Aspekte ebenso wie existenzielle Fragen und Nöte der Erkrankten und ihrer An- und Zugehörigen gleichermaßen in den Blick genommen (vgl. auch Clark, 1999).

Sterben und Tod werden als Teil des Lebens betrachtet. Entsprechend schließt die Palliativversorgung das Angebot zur Kommunikation über Themen wie Sterben, Tod und Trauer mit ein. Der ganzheitliche Ansatz impliziert die Berücksichtigung der Lebenswelt und Unterstützungsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihrer An- und Zugehörigen. Dem umfassenden familienorientierten Ansatz entsprechend, beinhaltet Palliativ- und Hospizarbeit sowohl die Vorbereitung der Betroffenen auf Verluste als auch Angebote der Trauerbegleitung nach dem Versterben des/der Erkrankten für die hinterbliebenen An- und Zugehörigen (vgl. Radbruch/Payne, 2009,

S. 285; zur Bedeutung und Unterstützung der Angehörigen in der Palliativversorgung vgl. auch Payne, 2019; Kreyer/Pleschberger, 2014).

Handlungsleitende Prinzipien, wie sie auch in dem „White Paper on Standards and Norms“ der EAPC (Radbruch/Payne, 2009) herausgestellt werden, sind die miteinander verwobenen Konzepte hinsichtlich Lebensqualität, Würde und Autonomie (Selbstbestimmung) der Patientinnen und Patienten. Damit korrespondieren als Handlungsmaximen der Versorgungsgestaltung eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung, eine offene wertschätzende Kommunikation und die Multiprofessionalität (vgl. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina e. V./Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e. V., 2015, S. 12 f.; Pastrana et al., 2008).

### **Handlungsleitende Konzepte**

**Lebensqualität:** Die Sicherung eines höchstmöglichen Maßes an Lebensqualität ist das zentrale Anliegen der Palliativversorgung – und nicht die Verlängerung des Lebens um „jeden Preis“. Analog zu dem Konzept des „totalen Schmerzes“ geht das der Palliativversorgung zugrunde liegende Konzept über den biopsychosozialen bzw. soziopsychosomatischen Ansatz gesundheitsbezogener Lebensqualität und der WHO-Definition von Gesundheit (vgl. WHO, 1986) hinaus, da auch spirituelle bzw. existenzielle Dimensionen des Seins explizit berücksichtigt werden. Wie auch in dem „White Paper on Standards and Norms“ der EAPC betont wird, kann die Bedeutung und Ausprägung der unterschiedlichen Dimensionen von Lebensqualität nur individuell durch die Betroffenen bestimmt werden (vgl. Radbruch/Payne, 2009, S. 283) und ist daher in der Interaktion zu ergründen. Dabei gilt es gerade bei schweren Erkrankungen zu beachten, dass die als relevant erachteten Bereiche der individuellen Lebensqualität sich im Verlauf fortschreitender Erkrankung ändern können (vgl. auch Pastrana et al., 2008).

**Würde:** Erklärtes Ziel der Hospiz- und Palliativversorgung ist die Ermöglichung des Lebens und Sterbens in Würde im Angesicht schwerer Krankheit und damit verbundener physischer, kognitiver, psychischer und/oder sozialer Einbußen (vgl. DGP/DHPV/BÄK, 2010). Menschenwürde als unveräußerliches Recht impliziert den Anspruch auf Schutz des eigenen Lebens und der Integrität, das Recht auf Achtung der Menschenrechte, den Anspruch auf Autonomie – im Sinne von Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit – und der Achtung der Person (vgl. Rügger, 2007, S. 559). Speziell mit Blick auf die Altenhilfe und Begleitung von Menschen mit

Funktionseinbußen erarbeitete Klie (1998) vier zentrale Elemente des Menschenwürdekonzepts: (1) die Achtung des Subjektstatus, der jedwede Degradierung der Betroffenen zum Objekt des Versorgungshandelns verbietet und das Recht auf Selbstbestimmung impliziert, (2) die soziale Dimension der Menschenwürde, die das Recht auf soziale Teilhabe, Gemeinschaft und Begegnung impliziert (Sicherstellung eines soziokulturellen Existenzminimums), (3) die Achtung von Individualität und Freiheit, d. h. der Anspruch, als Mensch mit den eigenen individuellen Eigenarten und Präferenzen ernst genommen und wertgeschätzt zu werden, und (4) der Anspruch auf Rückzug und Privatheit; d. h., neben dem Recht auf Teilhabe am sozialen Leben und Gemeinschaft impliziert eine menschenwürdige Versorgung gleichermaßen die Sicherstellung der Wahrung von Intimität und Rückzugsmöglichkeiten (vgl. Klie, 1998). Was für die Einzelne bzw. den Einzelnen Würde ausmacht, ist letztlich auch soziokulturell bestimmt. In diesem Sinne wird auch von der EAPC hervorgehoben:

„Palliativversorgung soll in einer respektvollen, offenen und sensiblen Weise durchgeführt werden, mit Einfühlungsvermögen sowohl gegenüber persönlichen, kulturellen und religiösen Werten, Glaubensinhalten und Gewohnheiten als auch gegenüber den Gesetzen jeden Landes. (...) Unter diesem Aspekt ist die Palliativversorgung gefordert, Versorgungsstrukturen zu schaffen, in deren Rahmen Patienten ihre Würde erfahren und erleben können.“ (Radbruch/Payne, 2011, S. 221)

**Autonomie und Selbstbestimmung:** Eng verknüpft mit dem Imperativ der Wahrung der Würde ist der Imperativ des Anerkennens und Respektierens der/des Erkrankten als autonomes Individuum. Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen impliziert im Versorgungsgeschehen die Anerkennung der Entscheidungshoheit über den Betreuungsort, Optionen der Therapie und Versorgungsarrangements oder – im Fall eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit – deren Übertragung auf eine Vertrauensperson. Eine wesentliche Aufgabe der an der hospizlichen und palliativen Versorgung beteiligten professionellen und ehrenamtlichen Akteurinnen und Akteure besteht darin, die Betroffenen in die Lage zu versetzen – in Sinne von „informed choice“ – selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen; d. h., ihnen adäquate Informationen über die Diagnose, Prognose, Therapie- und Betreuungsoptionen zu geben und ihnen im Sinne eines offenen Dialogs beratend zur Seite zu stehen (vgl. Radbruch/Payne, 2009, S. 283). In diesem Kontext ist der hohe Stellenwert einzuordnen, der in der Palliativversorgung der gesundheitlichen Vorausplanung bzw. vorausschauenden



den Versorgungsplanung beigemessen wird (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 118 ff.; Coors et al., 2015).

### **Maximen der Versorgungsgestaltung**

**Partnerschaftliche Beziehungsgestaltung:** Die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen setzt eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung der Akteurinnen und Akteure in der Palliativversorgung zu den Erkrankten und ihren An- und Zugehörigen sowie den Versorgungsanbietern voraus, in der sich die Interaktionspartnerinnen und -partner auf Augenhöhe begegnen. Ohne Anerkennung der Maßgaben der Betroffenen und ihre Einbindung in die Versorgungsplanung und die konkrete Ausgestaltung des Versorgungsgeschehens kann der Anspruch der Hospiz- und Palliativversorgung auf konsequente Patientenzentrierung und Familienorientierung nicht eingelöst werden. Anknüpfend an gesundheitswissenschaftliche Konzepte der Ressourcenorientierung und Salutogenese wird auch in der Palliativversorgung heute verstärkt der Blick darauf gelenkt, nicht allein Probleme und Unterstützungserfordernisse der Erkrankten und ihrer An- und Zugehörigen in den Blick zu nehmen, sondern den Fokus zugleich auf verfügbare und mobilisierbare individuelle personale und soziale Ressourcen dieser Personengruppe zu richten (vgl. Radbruch/Payne, 2009, S. 283).

**Kommunikation:** Mit Blick auf die Versorgungsgestaltung setzt die Wahrung von Würde und Autonomie eine wertschätzende und offene Kommunikation voraus. Entsprechend wird einer zielgerichteten wertschätzenden Kommunikation mit den Erkrankten und ihren An- und Zugehörigen, ebenso wie der an der Versorgung beteiligten professionellen und ehrenamtlichen Akteurinnen und Akteuren untereinander, ein hoher Stellenwert beigemessen. Dies bedingt in der Palliativversorgung hohe Anforderungen an die kommunikativen, sozialen und emotionalen Kompetenzen der professionellen und ehrenamtlichen Akteurinnen und Akteure:

„Schwierige und manchmal schmerzhaft Bereiche müssen Berücksichtigung finden, was Zeit, Verbindlichkeit und Aufrichtigkeit erfordert. Für das Personal in der Palliativversorgung kann es eine belastende Aufgabe sein, auf der einen Seite ehrliche und vollständige Informationen zu vermitteln und auf der anderen Seite die Hoffnungen der Patienten und deren Familien auf Überleben trotz des bevorstehenden Todes zu respektieren.“ (Radbruch/Payne, 2011, S. 222)

**Multiprofessionalität und interdisziplinärer Ansatz:** Als grundlegend wird in der Palliativversorgung ein multiprofessioneller Teamansatz erachtet, um der Komplexi-

tät der Problemlagen und dem geforderten ganzheitlichen Ansatz hinreichend Rechnung tragen zu können (vgl. auch Speck, 2006; Cummings, 1999). Neben der Pflege und der Medizin als Kerndisziplinen des multiprofessionellen Teams sind daher – je nach den im Vordergrund stehenden Problemlagen – die Psychologie, Seelsorge, Sozialarbeit und die ehrenamtliche Hospizhilfe eingebunden (vgl. Radbruch/Payne, 2009, S. 284 f.). Dies gilt gleichermaßen für die Pharmazie, die Ergo-, Logo- und Physiotherapie, die Musik- und Kunsttherapie und die Ernährungsberatung (Radbruch/Payne, 2010, S. 22 f.).

**Einbindung von zivilgesellschaftlichem Engagement:** Im Unterschied zu anderen Versorgungsbereichen kommt in der Palliativversorgung dem Ehrenamt eine besondere Bedeutung zu (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 96 f.). Nicht allein in der zu weiten Teilen von bürgerschaftlichem Engagement initiierten und weiterhin getragenen ambulanten und stationären hospizlichen Versorgung sind ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer essenzieller Teil des Teams, sondern auch in der Trauerbegleitung. Von ihnen wird ein breit gefächertes Spektrum an patientennahen und organisatorischen alltagspraktischen Aufgaben wahrgenommen (vgl. Burbeck et al., 2014; Fleckinger, 2013), wobei betont wird, dass die ehrenamtliche Hilfe einen eigenständigen Bereich und keinen Ersatz für die professionellen hauptamtlichen Dienste darstellt. Als zentral wird hier die von ihr geleistete Alltagsrahmung und soziale Teilhabe erachtet:

„Ziel ist es, Sterbebegleitung zu einem Teil alltäglicher mitmenschlicher Begegnungen zu machen und damit der Integration des Sterbens in den Alltag zu dienen, Sterbenden und Trauernden die Teilhabe an der Gesellschaft (wieder) zu ermöglichen.“ (Klie/Student, 2011, S. 135)

## 9.4 Strukturelle Verankerung der Palliativversorgung im Versorgungssystem

Das von der EAPC empfohlene, ursprünglich in Österreich entwickelte Stufenmodell der Hospiz- und Palliativversorgung (vgl. Nemeth/Rottenhofer, 2004, S. 14) sieht drei bzw. vier Stufen der Angebotsstruktur zur Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung vor (vgl. Radbruch/Payne, 2009, S. 285 f.; vgl. Tab. 9.1). Vorausgesetzt wird, dass die Angehörigen der Gesundheitsprofessionen qua Ausbildung über grundlegende Kenntnisse der Palliativversorgung verfügen und spezialisierte Kräfte in spezialisierten Einrichtungen der Palliativversorgung tätig sind,

die ihre Expertise unterstützend in die Versorgung in Einrichtungen der Regelversorgung einbringen. Dies umfasst im Detail (vgl. Pleschberger/Müller-Mundt, 2017, S. 169; Radbruch/Payne, 2009, S. 285 f.)

- die **Integration des palliativen Ansatzes in die Regelversorgung**, die durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser und Einrichtungen der (teil-)stationären Langzeitpflege getragen wird,
- die **allgemeine Palliativversorgung** durch Akteurinnen und Akteure in der Grundversorgung mit einer ergänzenden palliativen Fortbildung (z. B. ein 40 Stunden umfassender Basiskurs „Palliative Care“), die im häuslichen Umfeld oder im Heim lebende Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen in der letzten Lebensphase betreuen,
- die **spezialisierte Palliativversorgung** durch entsprechend qualifizierte multiprofessionelle Palliativteams (einschließlich der ehrenamtlichen Hospizhilfe), die schwerkranken Patientinnen und Patienten mit komplexen Problemlagen in spezialisierten Einrichtungen (klinische Palliativstationen, Hospize), im häuslichen Umfeld oder im Heim (mit-)betreuen (z. B. spezialisierte ambulante Palliativdienste der Palliativstützpunkte) – hierzu zählen auch Tageshospize oder palliativmedizinische Tageskliniken und Palliativambulanzen – sowie
- **palliative Kompetenzzentren**, die neben einer spezialisierten Einrichtung der Palliativversorgung über eine akademische Infrastruktur für Forschung sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung für Palliativversorgung verfügen.

**Tab. 9.1:** Institutionen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung (vgl. Radbruch/Payne, 2009, S. 262; Nemeth/Rottenhofer, 2004, S. 14)

| Bereich/<br>Versorgungssetting                     | Hospiz- und Palliativversorgung   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
|  | Institutionen<br>der allgemeinen<br>Palliativ-<br>versorgung                | die allgemeine<br>Palliativversorgung<br>unterstützende spezia-<br>lisierte Institutionen |  | Institutionen der<br>spezialisierten<br>Palliativversorgung  |
|  |   | ehren-<br>amtliche<br>Hospiz-<br>dienste  | Palliativ-<br>dienste im<br>Kranken-<br>haus | an Universitätskliniken<br>angebundene Zentren der<br>Palliativversorgung,<br>-forschung und -lehre                            |
| <b>stationäre<br/>Akutversorgung</b>               | Krankenhäuser   |   |  | ambulante<br>Palliativ-<br>dienste,<br>Palliativ-<br>ambulan-<br>zen   |
| <b>(teil-)stationäre<br/>Langzeitversorgung</b>    | stationäre Pflege-<br>einrichtungen   |   |  | stationäre Hospize als eigen-<br>ständige Einrichtungen  |
| <b>ambulante<br/>bzw. häusliche<br/>Versorgung</b> | Arztpraxen,<br>ambulante<br>Pflegedienste,<br>Tagespflegeein-<br>richtungen |   |  | spezialisierte ambulante<br>Palliativteams<br>(SAPV-Stützpunkte),<br>Tageshospize und palliativ-<br>medizinische Tageskliniken |

#### 9.4.1 Etablierung der spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland

Die Entwicklung der spezialisierten Palliativversorgung zu einem integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung wurde seit Anfang der 1990er-Jahre in Deutschland von gesundheitspolitischer Seite durch verschiedene Gesetzesinitiativen und Modellprojekte gefördert. Neben dem durch bürgerschaftliches Engagement getragenen Ausbau der Hospizdienste und Hospize wurde der Aufbau von Palliativstationen durch Modellprojekte des Bundesgesundheitsministeriums gefördert (vgl. Viefhues/Spikofski, 1997) und von Beginn an in die Krankenhausfinanzierung integriert. Flankierend erfolgte die schrittweise Integration der Hospiz- und Palliativversorgung in das Leistungsrecht der Krankenversicherung. Nach der Periodisierung von Müller-Busch (2012) können die folgenden drei Hauptphasen der Entwicklung der Palliativversorgung in Deutschland unterschieden werden (vgl. Müller-Busch, 2012, S. 5 f.):

- die Pionierphase (ca. 1971–1993), in die die spenden- und stiftungsfinanzierte Gründung erster Palliativstationen und stationärer Hospize und die 1992 erfolgte Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) fällt,
- die Differenzierungsphase (1994–2005), in der u. a. die DGP als medizinische und multiprofessionell ausgerichtete Fachgesellschaft (1994) gegründet wurde und die Anerkennung der Palliativmedizin als Spezialgebiet der Medizin (2004) erfolgte,
- die Stabilisierungs- bzw. Integrationsphase (seit 2005), in der die schrittweise Integration der ambulanten palliativen Begleitung in das Leistungsrecht der Krankenversicherung erfolgte und mit der Charta und der Entwicklung von Handlungsempfehlungen für eine nationale Strategie zur „Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ (vgl. DGP/DHPV/BÄK, 2016; 2010) Maßstäbe für eine nachhaltige (Weiter-)Entwicklung gesetzt wurden.

### **Verankerung der Hospiz- und Palliativversorgung im Leistungsrecht der Krankenversicherung**

Eine Regelfinanzierung **stationärer Hospize** wurde erstmals im Jahr 1997 in Form des § 39a in das SGB V und somit in das Leistungsrecht des Krankenversicherungssystems aufgenommen. Festgelegt wurde eine Mischfinanzierung aus Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, der Pflegeversicherung sowie eines von Trägerseite bzw. über Spenden aufzubringenden Eigenanteils der Hospize im Umfang von 10 %. Im Jahr 2009 wurde die Sicherstellung der Grundfinanzierung der ambulanten Hospizarbeit auf der Basis von § 39a Abs. 1 und 2 SGB V ergänzt.

Mit Wirkung zum 01.04.2007 wurde die **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)** als individueller Leistungsanspruch für die Versicherten in das SGB V aufgenommen (§ 37b SGB V und § 132d SGB V). Zugleich wurden die Finanzierungsgrundlagen für die im ambulanten Sektor verankerten spezialisierten Palliativteams geregelt.

2013 wurden zur Sicherstellung der Palliativversorgung in der Primärversorgung spezielle Leistungsziffern für die **allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)** in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die vertragsärztliche Leistungsvergütung aufgenommen.

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG 2015) folgten weitere Maßnahmen für einen flächendeckenden Ausbau und zur Förderung der Vernetzung der Hospiz- und Palliativversorgung mit der Grundversorgung. Hierzu zählen die Kooperation der Pflegeeinrichtungen mit spezialisierten Palliativ- und Hospizdiensten, ein Anspruch der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung sowie die Förderung der Pflegeheime, um ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine umfassende Versorgungsplanung und medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten zu können. Zugleich wurde der von den Hospizen aufzubringende Eigenanteil an der Finanzierung von 10 % auf 5 % gesenkt (vgl. Melching, 2019).

Um die allgemeine Palliativpflege im häuslichen Umfeld zu fördern, wurden mit Wirkung zum 17.03.2019 erstmals palliativpflegerische Leistungen in den Leistungskatalog der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege (HKP-RL, Ziffer 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“) aufgenommen. In einer ersten Bestandsaufnahme zur HPG-Umsetzung verweist Melching (2019, S. 442) jedoch darauf, dass hierzu in der Folgezeit nur vereinzelte und für Pflegedienste wenig attraktive Vereinbarungen zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern getroffen wurden.

Ferner wurde 2017 mit der **besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV)** für die vertragsärztliche Versorgung eine dritte Ebene zwischen der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eingeführt. Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erarbeitete Vereinbarung zur BQKPMV intendiert, die palliative Versorgung für betreuungsintensive schwerstkranke und sterbende Menschen im häuslichen Umfeld und in Pflegeheimen, die nicht die Indikation für SAPV-Leistungen – wie hochkomplexe Symptomlagen – erfüllen, durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sicherzustellen (vgl. Melching, 2019, S. 421). Sie stellt an die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte besondere Anforderungen, wie z. B. die Gewährleistung einer 24-Stunden-Versorgung, die im Praxisalltag in der Form schwer umsetzbar erscheint (vgl. Blank et al., 2018).

## **Qualifizierung und Etablierung in Lehre und Forschung**

Grundlegend für die Integration der Palliativversorgung als Teilbereich des Gesundheitssystems ist die **Qualifizierung** der tragenden Akteurinnen und Akteure (zur Definition von Kernkompetenzen für die Palliativversorgung vgl. DGP/DHPV/BÄK, 2016, S. 135 ff.; Gamondi et al., 2013). Im Zuge der Etablierung der Palliativversorgung wurden unter der Federführung der DGP Mitte der 1990er-Jahre Basiscurricula entwickelt (vgl. Kern et al., 1996) und in der Folgezeit ausdifferenziert. Neben Fortbildungen zu speziellen Themenschwerpunkten haben sich in der Pflege wie auch in der Medizin Basiskurse (im Umfang von 40 Stunden) und Weiterbildungskurse für „Palliative Care“ bzw. für die spezialisierte Palliativmedizin (160-Stunden-Kurse plus Hospitation) etabliert. Eine Übersicht der Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die unterschiedlichen in die Palliativversorgung eingebundenen Berufsgruppen und für ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer findet sich in der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 60 ff.).

2003 wurde von der Robert Bosch Stiftung ein über zehn Jahre laufendes Programm zur Förderung einer breiten Basisqualifikation und von Modellvorhaben zur Integration einer „Palliativen Praxis“ in die Regelversorgung älterer Menschen eingeleitet (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2015). Das in diesem Rahmen entwickelte und evaluierte Basiscurriculum „Palliative Praxis“ richtet sich an alle in der Versorgung älterer Menschen tätigen Mitarbeitenden im stationären und ambulanten Sektor, so auch an Angehörige der Pflegeassistentenberufe, der Stationshilfen im Heimsektor und an Haushaltshilfen in der häuslichen Pflege (vgl. Klapper/Hoeter, 2015).

2004 wurde die Palliativmedizin als Zusatzbezeichnung für Fachärztinnen und Fachärzte durch die Ärztekammern anerkannt und seit 2014 ist ein Leistungsnachweis im Fach „Schmerz- und Palliativmedizin“ im Medizinstudium verpflichtend.

Bis Ende 2019 verfügten bundesweit 13.158 Ärztinnen und Ärzte über eine entsprechende Weiterbildung, die sie zum Führen der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ berechtigt (vgl. BÄK, 2020, S. 41). Nach den Angaben der DGP haben insgesamt 31.129 Pflegefachpersonen bis Ende 2018 eine von der DGP zertifizierte Palliative-Care-Weiterbildung abgeschlossen (vgl. DGP, 2019, S. 21).

Der **Aufbau von Kompetenzen in Lehre und Forschung** erfolgte – beginnend mit der Einrichtung der ersten Professur für Palliativmedizin an der Universität Bonn –

vor allem in Form von Stiftungsprofessuren. Ferner wurden erste multidisziplinäre Masterstudiengänge etabliert. Insgesamt wurden bislang 24 Lehrstühle eingerichtet, darunter zwölf Professuren für Palliativmedizin im Erwachsenenalter und zwei Professuren für Palliativmedizin im Kindes- und Jugendalter. Während immerhin jeweils eine Professur für Soziale Arbeit in „Palliative Care“ und eine Professur für „Spiritual Care“ etabliert wurde (vgl. Hodiamont/Oechlse, 2018, S. 80), existiert in Deutschland – ungeachtet der auch in der Palliativmedizin anerkannten zentralen Rolle der Pflege in der Palliativversorgung – bislang keine Professur für Palliativpflege.

Mit der Integration in das Leistungsrecht der Krankenversicherung ist die Palliativversorgung zunehmend gefordert, Wirksamkeit und Nutzen der Versorgungsformen und Interventionen nachzuweisen, wobei sich in der **Palliativforschung** sowohl forschungsethisch als auch forschungspraktisch besondere Herausforderungen stellen (vgl. Higginson et al., 2013). Sowohl in dem unter der Regie der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2015) erarbeiteten Grundsatzpapier zur Palliativversorgung als auch in den Handlungsempfehlungen zur Entwicklung einer nationalen Strategie für die Umsetzung der Charta für die „Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ (DGP/DHPV/BÄK, 2016, S. 110 ff.) wird auch im Vergleich zum internationalen Stand ein erheblicher Forschungsbedarf konstatiert (zum Stand der empirischen Fundierung unterschiedlicher Interventionen und Versorgungsangebote vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Im Rahmen der 2015 ausgeschriebenen Fördermaßnahme „Palliativversorgung – Versorgungsforschung und Klinische Studien“ werden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Zeitraum von 2017–2023 sechs Einzelprojekte, zwei Forschungsverbünde und zwei klinische Studien gefördert (vgl. BMBF, 2015a). Acht weitere Projekte werden in einem speziellen Programm zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Palliativforschung gefördert (vgl. BMBF, 2015b). Ferner werden im Rahmen der laufenden Projektförderung durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) explizit auch Forschungsprojekte zur Palliativversorgung gefördert, darunter auch maßgeblich von der Pflegewissenschaft initiierte und getragene Projekte.<sup>5</sup> Der Ertrag dieser Förderprogramme ist zum jetzigen Zeitpunkt

---

5 Die Projektübersicht zum Schwerpunkt „Neue Versorgungsformen“ ist einsehbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/> (27.01.2021) sowie unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/> (27.01.2021).



noch nicht abschätzbar, wenngleich die Fördermöglichkeiten insgesamt zugenommen haben.

#### 9.4.2 Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung

Belastbare Daten über den Ausbaugrad des spezialisierten Sektors liegen für Deutschland nicht vor, da die unterschiedlichen Angebotsformen nicht in der amtlichen Statistik erfasst werden. Während beispielsweise Intensivseinheiten in der Krankenhausstatistik ausgewiesen werden, werden Palliativstationen dort nicht erfasst. Einen Nachweis der unterschiedlichen Einrichtungen und Dienste bietet der von der DGP und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) entwickelte, online verfügbare „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“. Eine Übersicht über die Angebotsstruktur der spezialisierten Palliativversorgung, einschließlich einer Abschätzung von Bedarfswerten und einer Einschätzung des Nutzens, findet sich im Kapitel „Versorgungsstrukturen“ der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 46 ff.). Demnach stellt sich die Infrastruktur an Angeboten der spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland wie folgt dar (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 67 ff.; vgl. auch Tab. 9.2):

- **Stationäre Hospize** wurden für die Begleitung schwerstkranker Menschen am Lebensende geschaffen, denen ein Verbleiben im vertrauten Umfeld nicht möglich ist (vgl. Pfeffer, 2005). 1996 existierten in Deutschland 30 stationäre Hospize für Erwachsene. Bis 2019 hatte sich die Anzahl auf mehr als 250 stationäre Hospize erhöht.
- **Ambulante Hospiz- und Palliativdienste** gelten als tragende Säule der hospizlichen und palliativen Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen. Nach den Angaben des DHPV engagieren sich in Deutschland über 120.000 ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer in über 1.500 dieser Dienste. Die in der Begleitung sterbender Menschen geschulten ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und Hospizhelfer begleiten und unterstützen schwerstkranken Menschen und ihre An- und Zugehörigen im häuslichen Umfeld, begleiten Gäste der Hospize sowie Heimbewohnerinnen und Heimbewohner am Lebensende.

- **Palliativstationen** (und Palliativeinheiten) sind im akutklinischen Bereich angesiedelt; sie gelten als „Institutionen der palliativmedizinischen Maximalversorgung“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 68 ff.). In der Regel bieten sie Konsiliardienste für die übrigen Klinikbereiche an. Ihre Anzahl hat sich von 30 Palliativstationen und -einheiten im Jahr 1996 auf 345 Palliativstationen im Jahr 2019 erhöht.
- **Palliativdienste im Krankenhaus** sind multiprofessionelle Teams mit mindestens drei Berufsgruppen und stehen zur begleitenden Beratung und Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenszeit bzw. deren Angehörigen in Krankenhäusern zur Verfügung (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 77 ff.). 2016 gab es 36 Palliativdienste in Krankenhäusern.
- **Spezialisierte Palliativambulanzen** sind niederschwellige Angebote der ambulanten spezialisierten Palliativversorgung. Sie können an klinischen Zentren der Palliativversorgung, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder auch niedergelassenen Praxen (z. B. onkologischen Schwerpunktpraxen) angegliedert sein. Teilweise kooperieren die spezialisierten Palliativambulanzen zur Sicherstellung einer spezialisierten Palliativversorgung im häuslichen Setting mit SAPV-Diensten (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 86 ff.). Bislang liegen keine Daten zur Etablierung spezialisierter Palliativambulanzen in Deutschland vor.
- **Dienste der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** dienen der Sicherstellung einer qualifizierten Versorgung von Menschen mit komplexem palliativem Versorgungsbedarf in ihrem Lebensumfeld (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 79 ff.). Eine 24-stündige Erreichbarkeit der SAPV-Teams an sieben Tagen in der Woche und eine Vernetzung der regional bzw. lokal in der Palliativversorgung ausgewiesenen Akteurinnen und Akteure und Dienste sind zentrale Bestandteile ihrer Tätigkeit. Bis Mai 2019 hatten 361 SAPV-Teams in Deutschland Verträge mit den Krankenkassen ausgehandelt (vgl. KBV, 2019).
- **Tageshospize und palliativmedizinische Tageskliniken** sind Angebotsformen der teilstationären Versorgung, die – analog zum Konzept der Tagespflegeeinrichtungen – die Möglichkeit des Verbleibs der Betroffenen in der

häuslichen Umgebung unterstützen (vgl. Pleschberger/Eisl, 2016). Ein erstes Tageshospiz wurde in Großbritannien bereits Mitte der 1970er-Jahre gegründet. In Deutschland wurde das Konzept der Tagespflege im Hospiz- und Palliativbereich erst in den letzten Jahren aufgegriffen (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 90 f.). Eine erste Bedarfsabschätzung und Bestandsaufnahme erfolgt derzeit in dem vom Innovationsfonds des G-BA im Bereich Versorgungsforschung geförderten Projekts „ABPATITE – Verbesserung der Versorgung von Patienten mit unheilbaren Erkrankungen: Analyse des Bestands und des Bedarfs für palliativmedizinische Tageskliniken und Tageshospize sowie Empfehlungen zur Versorgungsplanung“. Nach den Ergebnissen der im Rahmen des Projekts 2020 durchgeführten Recherchen wurden in Deutschland bisher zwölf Tageshospize und fünf palliativmedizinische Tageskliniken eingerichtet. Ferner befinden sich weitere 13 Tageshospize und drei palliativmedizinische Tageskliniken im Aufbau (vgl. Apolinarski et al., 2021).

Für Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen und ihre Familien wurden spezielle Versorgungs- und Unterstützungsangebote entwickelt. Im Suchportal des Deutschen Kinderhospizvereins e. V. (DKHV) sind derzeit bundesweit insgesamt 17 Selbsthilfegruppen, 142 ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste und 65 Hospizdienste für Erwachsene, die mit Kinder- und Jugendhospizdiensten kooperieren, sowie 35 SAPV-Teams für Kinder- und Jugendliche nachgewiesen. An stationären Palliativeinrichtungen finden sich insgesamt vier klinische Kinderpalliativzentren, 17 Hospize und 113 Kurzzeitpflegeeinrichtungen für Kinder- und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen (vgl. DKHV, 2020).

Insgesamt verfügt Deutschland damit über eine relativ breit gefächerte Angebotsstruktur im Bereich der spezialisierten Palliativversorgung. Ausbaufähig erscheinen hingegen nicht zuletzt die Rahmenbedingungen für eine Integration der allgemeinen Palliativversorgung in die Regelversorgung, um den Akteurinnen und Akteuren in der Primärversorgung eine angemessene Begleitung ihrer oft langjährig betreuten Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase und deren An- und Zugehörige in ihrem Lebensumfeld zu ermöglichen (vgl. DGP/DHPV/BÄK, 2016; 2010). Hierfür wurden von gesundheitspolitischer Seite mit den HGP (2015) zentrale Impulse gesetzt. Die eingeleitete Umsetzung der Vorgaben im Rahmen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen erscheint bisher jedoch noch unzureichend (vgl. Melching, 2019).

**Tab. 9.2:** Ressourcen der spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland (2018/2019)

| Institutionelle und personelle Ressourcen  | Anzahl 2018/2019                               |
|--|--|
| Palliativstationen im Krankenhaus (2019) <sup>a)</sup>   | 345  |
| Stationäre Hospize (2019) <sup>a)</sup>  | 258  |
| SAPV-Teams (2019) <sup>b)</sup>  | 361  |
| Ambulante Hospiz- und Palliativdienste (2019) <sup>a)</sup>                                    | ca. 1.500<br>(mit rund 120.000 Ehrenamtlichen) |
| Pflegefachpersonen mit einer zertifizierten Palliative-Care-Weiterbildung (2018) <sup>c)</sup> | 31.129   |
| Ärzte und Ärztinnen mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (2019) <sup>d)</sup>                | 13.158   |

a) Ermittlung über den „Wegweiser Hospiz und Palliativversorgung Deutschland“ (vgl. DGP/DHPV, o. J.), Stand: 01.08.2020

b) Nachweis der SAPV-Teams, die mit einer spezifischen Betriebsstättennummer (BSNR) bei der KV registriert sind; ohne SAPV-Teams im Bereich der KV-Nordrhein und der KV-Westfalen-Lippe, die aufgrund spezifischer Regelungen nicht in der Form bei der KBV registriert sind (vgl. KBV, 2019), in NRW nicht vollständig erfasst; Stand: 12.04.2019

c) vgl. DGP, 2019, S. 21

d) Ärzte und Ärztinnen mit Zusatzausbildung n = 13.158, Stand: 31.12.2019 (vgl. BÄK, 2020, S. 41)

## 9.5 Fazit und Ausblick

„Palliative Care“ hat sich als Konzept für die Versorgung und Begleitung von Menschen mit nicht heilbaren Erkrankungen und ihrer Familien etabliert. Im Fokus steht die Sicherung der Lebensqualität, der Teilhabe am Leben „bis zum Ende“ und eines „Sterbens in Würde“. Insgesamt haben die Entwicklung und der Grad der Integration der spezialisierten Palliativversorgung in das Versorgungsgeschehen in Deutschland auch im internationalen Vergleich einen relativ hohen Stand erreicht (vgl. Economist Intelligence Unit, 2015).

Lag der Schwerpunkt der Hospiz- und Palliativversorgung zunächst auf der Begleitung schwerstkranker sterbender Menschen mit Tumorerkrankungen und ihrer Bezugspersonen, so wurde auch in Deutschland in den letzten Jahren das Augenmerk verstärkt darauf gelenkt, dass der umfassende Ansatz palliativer Versorgungskonzepte und die in der Palliativmedizin entwickelten Therapieverfahren zur Sicherung der Lebensqualität bereits in der initialen Behandlungsphase fortschreitender lebenslimitierender Erkrankungen eingeleitet werden sollten (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 48 ff.; Gerhard et al., 2018). Bereits die 2002 erweiterte Definition der

WHO unterstreicht das präventive Potenzial einer an den Maximen von „Palliative Care“ ausgerichteten Versorgungspraxis. Das Modell einer sequenziellen Abfolge von kurativer und palliativer Versorgung im Krankheitsverlauf wurde auf der Konzeptebene durch ein Komplementärmodell abgelöst (vgl. Kelley/Morrison, 2015; Radbruch/Payne, 2009). Erste Forschungsbefunde deuten darauf hin, dass die frühzeitige Integration der Palliativversorgung in das Versorgungsgeschehen die Lebensqualität und teilweise auch die Überlebenszeit der Erkrankten verbessern kann (vgl. Bauman/Temel, 2014; Davis et al., 2015).

Ferner wird heute verstärkt der Blick darauf gelenkt, dass nicht allein bei Tumorerkrankungen eine Versorgungspraxis angezeigt ist, die von Beginn an das Symptommanagement und psychosoziale sowie existenzielle Aspekte hinreichend berücksichtigt.

Eine erste Erweiterung der primären Zielgruppen der Palliativversorgung erfolgte mit dem Auftreten der Immunschwächekrankheit HIV/Aids Ende der 1980er-/Anfang der 1990er-Jahre (vgl. Müller, 2012). Heute besteht weitgehende Übereinkunft darüber, dass bei lebenslimitierenden chronischen Erkrankungen eine Versorgungspraxis indiziert ist, die den im Krankheitsverlauf zunehmend komplexer werdenden Problemlagen hinreichend Rechnung trägt. Wie u. a. die Übersichtsarbeit zur Symptomprävalenz von Solano et al. (2006) für unterschiedliche chronische Erkrankungen zeigt, sind auch Menschen mit nicht onkologischen Erkrankungen in einem nicht unerheblichen Maß von belastenden Symptomen betroffen.

Gleichwohl deuten die vorliegenden Daten darauf hin, dass Menschen mit schweren Tumorerkrankungen nach wie vor die vorrangige Patientengruppe in der spezialisierten Palliativversorgung sind (vgl. Stiel et al., 2015) und eine palliative Versorgung oftmals erst zu spät im Krankheits- und Therapieverlauf eingeleitet wird (vgl. Radbruch et al, 2015).

Eine weitere, bisher in der Breite noch nicht bewältigte Herausforderung liegt in der Sicherung des Zugangs zur Palliativversorgung für vulnerable Bevölkerungsgruppen und Angehörige sozialer Minderheiten (vgl. DGP et al., 2016). In den Handlungsempfehlungen zur Entwicklung einer nationalen Strategie zur Umsetzung der Charta für die „Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ von 2010 werden entsprechend – neben der Erweiterung von kultursensiblen Angeboten für Menschen aus anderen Kulturkreisen mit Migrationshintergrund – insbesondere verstärkte Anstrengungen zur Sicherung des Zugangs zu einer bedarfs- und bedürf-

nisgerechten Palliativversorgung für im Heim lebende ältere Menschen und von Demenz betroffene Menschen und deren An- und Zugehörige, für Menschen mit Behinderungen, für wohnungslose Menschen und Menschen im Strafvollzug gefordert (vgl. DGP et al., 2016, S. 46 ff.).

## Literatur

- Apolinarski, B./Herbst, F. A./Röwer, H. A. A./Schneider, N. et al. (2021). *Status quo palliativmedizinischer Tageskliniken und Tageshospize in Deutschland: Ergebnisse einer gemischt-methodischen Studie*. Zeitschrift für Palliativmedizin (i. E.).
- Arias-Casais, N./Garralda, E./Rhee, J. Y./De Lima, L. et al. (2019). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. EAPC Press. [https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/56787/6/Atlas%20Europa%202019\\_DEF.pdf](https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/56787/6/Atlas%20Europa%202019_DEF.pdf) (01.08.2020).
- BÄK – Bundesärztekammer (2020). *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2019. Bundesgebiet gesamt*. [https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf](https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf) (02.08.2020).
- Bauman, J. R./Temel, J. S. (2014). *The Integration of Early Palliative Care With Oncology Care: The Time Has Come for a New Tradition*. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 12, S. 1763–1771.
- Berger, A. M./Shuster, J. L./Roenn, J. H. von (Hrsg.) (2006). *Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology*. 3. Auflage, Philadelphia: Lippincott.
- Blank, W. A./Levin, C./Beck, A. (2018). *Auswirkung des Hospiz- und Palliativgesetzes auf die hausärztliche Tätigkeit – eine kritische Bewertung aus hausärztlicher Sicht*. Zeitschrift für Palliativmedizin, 19, S. 234–238.
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015a). *Palliativversorgung – Versorgungsforschung und Klinische Studien*. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/palliativversorgung-versorgungsforschung-und-klinische-studien-6480.php> (27.01.2021).
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015b). *Palliativversorgung – Wissenschaftlicher Nachwuchs*. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/palliativversorgung-wissenschaftlicher-nachwuchs-6748.php> (27.01.2021).
- Broad, J. B./Gott, M./Kim, H./Boyd, M. et al. (2013). *Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics*. International Journal of Public Health, 58, S. 257–267.
- Burbeck, R./Candy, B./Low, J./Rees, R. (2014). *Understanding the role of the volunteer in specialist palliative care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies*. BMC Palliative Care, 13 (1).
- Bury, M. (1982). *Chronic Illness as Biographical Disruption*. Sociology of Health and Illness, 4, S. 167–182.
- Calanzani, N./Moens, K./Cohen, J./Higginson, I. J. et al. (2014). *Choosing care homes as the least preferred place to die: a cross-national survey of public preferences in seven European countries*. BMC Palliative Care, 13 (48).

- Clark, D. (1999). „Total pain“, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science & Medicine*, 49 (6), S. 727-736.
- Coors, M./Jox, R./in der Schmitt, J. (Hrsg.) (2015). *Advance Care Planning – von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Cummings, I. (1999). *The interdisciplinary team*. In: Doyle, D./Hanks, G./McDonald, N. (Hrsg.): *The Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, S. 19-30.
- Dasch, B./Blum, K./Gude, P./Bausewein C. (2015). *Sterbeorte: Veränderung im Verlaufe eines Jahrzehnts. Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011*. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112 (29-30), S. 496-504.
- Davis, M. P./Temel, J. S./Balboni, T./Glare, P. (2015). *A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses*. *Annals of Palliative*, 4 (3), S. 99-121.
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) (2019). *Die DGP. Eine wissenschaftliche Gesellschaft in Bewegung*. Berlin: DGP. [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/RZ\\_190828\\_Imagebroschu%CC%88re\\_ONLINE.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/RZ_190828_Imagebroschu%CC%88re_ONLINE.pdf) (02.08.2020).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./DHPV – Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (o. J.). *Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland*. <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html> (02.08.2020).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./DHPV – Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V./BÄK – Bundesärztekammer (2016). *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland – Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie*. [https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ\\_161004\\_Handlungsempfehlungen\\_ONLINE.pdf](https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf) (02.08.2020).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./DHPV – Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V./BÄK – Bundesärztekammer (2010). *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf> (02.08.2020).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2014/2015). *Pflegeleitlinien*. <https://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html> (01.08.2020).
- DKHV – Deutscher Kinderhospizverein e. V. (2020). *Suchportal: Angebote für Familien mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die lebensverkürzend erkrankt sind*. [https://www.deutscher-kinderhospizverein.de/index.php?id=3003&no\\_cache=1&L=594](https://www.deutscher-kinderhospizverein.de/index.php?id=3003&no_cache=1&L=594) (27.01.2021).
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. *Expertenstandards und Auditinstrumente*. <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18467> (01.08.2020).
- Doyle, D./Hanks, G. W./Cherny, N./Calman, K. (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3. Auflage, Oxford: Oxford University Press.
- Economist Intelligence Unit (2015). *The quality of death. Ranking end-of-life care across the world*. [www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index](http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index) (02.08.2020).
- Escobar Pinzon, L. C./Claus, M./Zepf, K. I./Letzel, S. et al. (2011). *Preference for Place of Death in Germany*. *Journal of Palliative Medicine* 14 (10), S. 1097-1103.
- Fleckinger, S. (2013). *Ehrenamtlichkeit in Palliative Care. Zwischen hospizlich-palliativer Sorgeskultur und institutionalisierter Dienstleistung*. Wiesbaden: Springer VS.

- Froggatt, K. A./ Moore, D. C./ Block, L. van den/Ling, J. et al. (2020). *Palliative care implementation in long-term care facilities: European Association for Palliative Care White Paper*. Journal of the American Medical Directors Association, 21 (8), S. 1051–1057.
- Gamondi, C./Larkin, P./Payne S. (2013). *Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1*. European Journal of Palliative Care, 20 (2), S. 96–91.
- Gerdes, N. (1986). *Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. Ein wissenssoziologischer Beitrag zu Fragen der Krankheitsverarbeitung bei Krebspatienten*. In: Schmidt, W. (Hrsg.): *Jenseits der Normalität. Leben mit Krebs*. München: Christian Kaiser, S. 10–34.
- Gerhard, C./Habig, H./Hagen, O./Heusinger von Waldegg, G. et al. (2018). *Nichttumorpatienten: Frühe palliative Versorgung von Menschen mit Nichttumorerkkrankungen*. Zeitschrift für Palliativmedizin, 19, S. 226–232.
- Gomes, B./Calanzani, N./Gysels, M./Hall S. et al. (2013). *Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review*. BMC Palliative Care, 12 (7).
- Grote-Westrick, M./Volbracht, E. (2015). *Palliativversorgung. Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf – Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie*. Spotlight Gesundheit – Daten, Analysen, Perspektiven, 10. [https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes\\_VV\\_Palliativversorgung\\_2015.pdf](https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf) (02.08.2020).
- Hodiamont, F./Oechsle, K. (2018). *Forschung in der Palliativversorgung in Deutschland: aktuelle Situation, Perspektiven und Grenzen*. Zeitschrift für Palliativmedizin, 20, S. 79–88.
- Haumann, W. (2016). *„Sterben zuhause“. Einstellungen und Beobachtungen der deutschen Bevölkerung. Untersuchungsbericht über die Bevölkerungsumfrage für den DAK-Pflegereport*. In: Klie, T. (Hrsg.). *DAK-Pflegereport 2016*. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Hamburg: DAK-Gesundheit, S. 20–42. <https://www.dak.de/dak/download/pflegereport-2016-2124254.pdf> (02.08.2020).
- Heller, A./Pleschberger, S./Fink, M./Gronemeyer, R. (2012). *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland*. Ludwigsburg: Der hospiz verlag.
- Higginson, I. J./Evans, C. J./Grande, G./ Preston, N. et al. (2013). *Evaluating complex interventions in End of Life Care: the MORECare Statement on good practice generated by a synthesis of transparent expert consultations and systematic reviews*. BMC Medicine, 11:111.
- Jaspers, B./Schindler, T. (2004). *Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien)*. <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Gutachten%20Jaspers-Schindler%20Endfassung%2050209.pdf> (02.08.2020).
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019). *Gesundheitsdaten. Eigene Betriebsstättennummer für SAPV-Teams*. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17067.php> (28.01.2021).
- Kelley, A. S./Morrison, R. S. (2015). *Palliative Care for the Seriously Ill*. New England Journal of Medicine, 373 (8), S. 747–755.
- Kern, M./Müller, M./Aurnhammer, A. (1996). *Basiscurriculum „Palliative Care“*. Schriftenreihe der Ansprechstellen des Landes NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung. Bonn/Münster.
- Klapper, B./Hoeter, J. (2015). *Das Curriculum Palliative Praxis – Kopf, Herz und Hand der Lernenden verbinden*. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): *Palliative Praxis – Kompetenz und Sorge für alte Menschen am Lebensende*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, S. 15–21. [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf\\_import/RBS\\_Palliative\\_Praxis\\_2015.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/RBS_Palliative_Praxis_2015.pdf) (02.08.2020).



- Klie, T. (1998). *Menschenwürde als ethischer Leitbegriff für die Altenhilfe*. In: Blonski, H. (Hrsg.): *Ethik in Gerontologie und Altenpflege*. Hagen: Brigitte Kunz, S. 123–138.
- Klie, T./Student, J.-C. (2011): *Wege aus dem Dilemma der Sterbehilfe*. Freiburg i. Br.: Herder (Erstveröffentlichung 2007). [http://christoph-student.homepage.t-online.de/Sterben\\_in\\_Wuerde\\_Klie\\_u\\_Student\\_2011.pdf](http://christoph-student.homepage.t-online.de/Sterben_in_Wuerde_Klie_u_Student_2011.pdf) (01.08.2020).
- Knipping, C. (Hrsg.) (2007). *Lehrbuch Palliative Care*. 2. durchgesehene und korrigierte Auflage, Bern: Hans Huber.
- Kreyer, C./Pleschberger, S. (2014). *Um Normalität in einer instabilen Situation ringen. Selbstmanagementstrategien von Familien in der Palliative Care zu Hause – eine Metasynthese*. *Pflege*, 27, S. 307–324.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: The Macmillan.
- Leitlinienprogramm Onkologie (2020). *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung*. Langversion 2.2. AWMF online. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/128-001OLI\\_S3\\_Palliativmedizin\\_2020-09\\_02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf) (27.01.2021).
- Melching, H. (2015). *Faktencheck Palliativversorgung – Modul 2 – Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_VV\\_FCG\\_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf) (28.01.2021).
- Müller, K. (2012). *„Ich habe ein Recht darauf, so zu sterben wie ich gelebt habe!“ Die Geschichte der Aids-(Hospiz-)Versorgung in Deutschland*. Esslingen: der hospiz verlag.
- Müller-Busch, C. (2012). *Eine kurze Geschichte der Palliativmedizin*. In: Schnell, M. W.; Schulz, C. (Hrsg.): *Basiswissen Palliativmedizin*. Heidelberg: Springer Medizin, S. 2–7.
- Nationale Akademie der Wissenschaft Leopoldina e. V./Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e. V. (2015). *Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung*. [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2015\\_Palliativversorgung\\_LF\\_DE.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Palliativversorgung_LF_DE.pdf) (28.01.2021).
- Nemeth, C./Rottenhofer, I. (2004). *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5a7fd621-74c9-44cb-9f2b-d1a946135f36/bericht\\_abgestufte\\_hospiz-\\_und\\_palliativversorgung.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5a7fd621-74c9-44cb-9f2b-d1a946135f36/bericht_abgestufte_hospiz-_und_palliativversorgung.pdf) (28.01.2021).
- Oorschot, B. van/Mücke, K./Cirak, A./Henking, T. et al. (2019). *Gewünschter Sterbeort, Patientenverfügungen und Versorgungswünsche am Lebensende: erste Ergebnisse einer Befragung von Pflegeheimbewohnern*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52, S. 582–588.
- Pastrana, T./Jünger, S./Ostgathe, C./Elsner, F. et al. (2008). *A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care*. *Palliative Medicine*, 22, S. 222–232.
- Payne, S. (2019). *White Paper on improving support for family carers in palliative care: part 1: Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Family Carers*. *European Journal of Palliative Care*, 17 (5), S. 238–245.
- Pfeffer, C. (2005). *„Hier wird immer noch besser gestorben als woanders.“ Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit*. Bern: Hans Huber.
- Pleschberger, S./Eisl, C. S. (2016). *Tageshospize – Orte der Gastfreundschaft. Teilstationäre Angebote in Palliative Care*. Bonn: der hospiz verlag.

- Pleschberger, S./Müller-Mundt, G. (2017). *Palliativversorgung von pflegebedürftigen Menschen*. In: Jacobs, K./Kuhlmeier A./Grefß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.): Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Pflereport 17. Stuttgart: Schattauer, S. 165–185.
- Radbruch, L./Andersohn, F./Walker, J. (2015). *Faktencheck Palliativversorgung – Modul 3 – Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/system/pdf/faktencheck-palliativversorgung-modul-3-c6799c61b5c7b5632b26e0b452e8256fcf0faad7.pdf> (28.01.2021).
- Radbruch, L./Payne, S. (2011). *Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC)*. Zeitschrift für Palliativmedizin, 12, S. 216–227.
- Radbruch, L./Payne, S. (2010). *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care*. European Journal of Palliative Care, 17 (1), S. 22–33.
- Radbruch L./ Payne S. (2009). *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care*. European Journal of Palliative Care, 16 (6), S. 278–289.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2015). *Palliative Praxis – Kompetenz und Sorge für alte Menschen am Lebensende*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung. [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf\\_import/RBS\\_Palliative\\_Praxis\\_2015.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/RBS_Palliative_Praxis_2015.pdf) (02.08.2020).
- Rüegger, H. (2007). „Sterben in Würde“ als Auftrag menschenwürdiger Sterbebegleitung. In: Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. 2. durchgesehene und korrigierte Auflage, Bern: Hans Huber, S. 557–564.
- Saunders, C. (1984). *The philosophy of terminal care*. In: Saunders, C. (Hrsg.): *The management of terminal malignant disease*. London: Arnold, S. 232–241.
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2013). *Versorgung am Lebensende in Gesellschaften des langen Lebens*. Pflege & Gesellschaft, 18, S. 153–168.
- Schneider, W./Dill, H./ Gmür, W./Hayek, J. von et al. (2018). *Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege – Vorgehen, empirische Befunde und abgeleitete Handlungsempfehlungen. Sachbericht des Forschungs- und Praxisprojekts*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/\\_SiH\\_Sachbericht\\_413u415\\_FINAL\\_2018-05-22.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/_SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf) (01.08.2020).
- Scholten, N./ Gunther, A. L./ Pfaff, H./Karbach, U. (2016). *The Size Of The Population Potentially In Need Of Palliative Care In Germany – An Estimation Based On Death Registration Data*. BMC Palliative Care, 15, S. 29.
- Seale, C. (2000). *Changing patterns of death and dying*. Social Science and Medicine, 51 (6), S. 917–930.
- Sepúlveda, C./Marlin, A./Yoshida, T./Ullrich, A. (2002). *Palliative care: the World Health Organization's global perspective*. Journal of Pain and Symptom Management, 24 (2), S. 91–96.
- Simon, S./ Gomes, B./ Köskeroglu, P./Higginson, I. J. et al. (2012). *Population, mortality and place of death in Germany (1950–2050) – Implications for end-of-life-care in the future*. Public Health, 126 (11), S. 937–946.
- Solano, J. P./Gomes, B./Higginson, I. J. (2006). *A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease*. Journal of Pain and Symptom Management, 31 (1), S. 58–69.

- Speck, P. (2006). *Teamwork in palliative care. Fulfilling or frustrating?* Oxford: Oxford University Press.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2019a). *Todesursachen*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html) (01.08.2020).
- StBA – Statistisches Bundesamt (2019b). *Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile) (28.01.2021).
- Steen, J. T. van der/Radbruch, L./Hertogh, C. M. P. M./de Boer, M. E. et al. (2014). *White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care*. *Palliative Medicine*, 28 (3), S. 197–209.
- Stiel, S./Heckel, M./Seifert, A./Frauendorf, T. et al. (2015). *Comparison of terminally ill cancer-vs. non-cancer patients in specialized palliative home care in Germany – a single service analysis*. *BMC Palliative Care*, 14, S. 34.
- Viefhues, H./Spikofski, W. (Hrsg.) (1997). *Palliativeeinheiten im Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 95. Baden-Baden: Nomos.
- WHO – World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organization (2012). *Palliative Care for Older People. Better Practices*. Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organization (2004). *Better Palliative Care for Older People*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
- WHO – World Health Organization (2002). *National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines*. Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organization (1998). *Cancer pain relief and palliative care in children*. Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organization (1990). *Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organization (1986). *Ottawa Charta for Health Promotion*. *Canadian Journal of Public Health*, 77, S. 425–430.
- Zenz, M./Jurna, I. (Hrsg.) (2001). *Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung. 2., neu bearbeitete Auflage*, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Zernikow, B. (2013). *Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. 2. Auflage, Berlin: Springer.
- Zich, K./Sydow, H. (2015). *Faktencheck Palliativversorgung – Modul 1 – Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/system/pdf/faktencheck-palliativversorgung-modul-1-c86541ac4583a9423c11b831eef10dc1a154db30.pdf> (28.01.2021).

III

## Pflegerische Interventionen (unterschiedliche Beispiele)



# 10 Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege

NINA FLEISCHMANN

---

„Es gibt nicht nur ansteckende Krankheiten, es gibt auch ansteckende Gesundheit.“  
(Kurt Hahn 1876–1994, deutscher Politiker und Pädagoge)

Seit 2015 besteht mit § 5 SGB XI eine leistungsrechtliche Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege. Zielsetzung dieses Beitrags ist es, die Rahmenbedingungen für die Implementierung von Gesundheitsförderung in Einrichtungen der stationären Altenpflege mit Blick auf die Bewohner/-innen aufzuzeigen. Prävention und Gesundheitsförderung werden als Begriffe definiert und die Besonderheiten der Lebenswelt stationäre Altenpflege dargelegt. Der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ des GKV-Spitzenverbandes setzt mit fünf Handlungsfeldern einen inhaltlichen Rahmen. Der Stand der Forschung zu diesen Handlungsfeldern ist heterogen. Etwa jede zehnte Einrichtung stationärer Pflege setzt Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung um. Erfahrungen aus solchen Projekten beleuchten, wie praxistauglich, qualitätsgesichert oder weiterentwicklungsbedürftig die Konzepte für Bewohner/-innen sind. Zudem wird die Rolle der Pflegefachpersonen im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung verdeutlicht und diskutiert. Pflegefachpersonen benötigen mehr Qualifikation und ein Arbeitsumfeld, in dem eine adäquate Haltung zur Gesundheitsförderung entwickelt werden kann.

---

Die Menschen in Deutschland und anderen Wohlfahrtsstaaten werden immer älter. Die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt zeigt eine kontinuierliche Steigerung, und zwar alle zehn Jahre um etwa zwei Jahre. In welchem Gesundheitszustand diese gewonnenen Lebensjahre verbracht werden können und welche Präventionsbedarfe momentane und künftige Altengenerationen aufweisen, ist noch nicht vollständig beantwortet (vgl. Lampert/Hoebel, 2019, S. 238). Die Selbstständigkeit im Alter zu erhalten, ist eine der zentralen Herausforderungen in alternden Gesellschaften und eine gleichsam pflegerische, medizinische, soziale und politische Aufgabe (vgl. Müller/Strünck, 2020, S. 290).

Das Pflegeberufegesetz definiert in § 5 Abs. 3 die Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen als eine Aufgabe, die Pflegefachpersonen selbstständig ausführen. Bisher lagen die Schwerpunkte im beruflichen Alltag von Pflegefachpersonen eher in sekundär- oder tertiärpräventiven Bereichen wie der Durchführung von Prophylaxen oder der Unterstützung von pflegebedürftigen Personen in fortgeschrittenen Stadien von Erkrankungen oder Beeinträchtigungen, um verbliebene Ressourcen zu reaktivieren oder zu erhalten. Aber Beratung und Schulung wurden erst in den letzten Jahren als originär pflegerische Aufgabenbereiche wahrgenommen. In anderen Ländern sind präventive und gesundheitsförderliche Arbeitsfelder wie das der Public Health Nurse, der Community Health Nurse, des Health Visitors oder der Family Health Nurse bereits verankert. Diese sind dort im jeweiligen Gesundheitssystem und in Präventionsprogrammen festgeschrieben und lassen eine hohe berufliche Autonomie erkennen (vgl. Hasseler, 2010, S. 39 ff.; Hasseler/Mink, 2020, S. 9).

Für gesundheitsfördernde Maßnahmen standen bisher Personengruppen mit bereits (dauerhaft) bestehenden Beeinträchtigungen wenig im Fokus (vgl. Schaeffer/Büscher, 2009, S. 441). Allein schon die Begriffe Altenpflege und Gesundheitsförderung scheinen als ein Widerspruch in sich wahrgenommen zu werden (vgl. Schmitt, 2013, S. 45). Gesundheitsförderung richtet sich unter der Annahme einer idealtypischen Versorgungskette vorrangig an Gesunde und weniger an pflegebedürftige Personen am Ende eines Versorgungsverlaufes (vgl. Blüher/Kuhlmey, 2019, S. 261). Das deutsche Gesundheitssystem ist eher auf periodische Kurzzeitbehandlungen fokussiert als auf die integrierte Langzeitversorgung mit gesundheitsförderlichen Anteilen. In einer alternden Gesellschaft ist dieser Aspekt allerdings essenziell (vgl. Müller/Strünck, 2020, S. 294).

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVg) hat der Gesetzgeber 2015 erstmalig die Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung in den Blick genommen. Pflegekassen erhalten gemäß § 5 SGB XI die Aufgaben, Leistungen zur Prävention in der stationären Langzeitpflege unter Einbezug der pflegebedürftigen Personen und Pflegeeinrichtungen zu erbringen, Einrichtungen zur Umsetzung zu beraten und Implementierungsprojekte zu unterstützen (vgl. Hasseler/Mink, 2020, S. 2).

Zielsetzung dieses Beitrags ist es, die Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege darzulegen. Erfahrungen

aus Projekten beleuchten, wie praxistauglich, qualitätsgesichert oder weiterentwicklungsbedürftig die Konzepte für diese Zielgruppe sind. Zudem wird im Folgenden die Rolle der Pflegefachpersonen im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung verdeutlicht.

## **10.1 Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege**

Um die Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege darzulegen, werden zu Beginn die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung definiert. Im Anschluss daran werden die Besonderheiten der Lebenswelt stationäre Altenpflege aufgezeigt. Die Ausgestaltung der zugrunde liegenden Sozialgesetze in Form eines Leitfadens und der dort formulierten Grundsätze der partizipativen Organisationsentwicklung in einem Präventions- und Gesundheitsförderungsprozess ist ein weiterer Bestandteil dieser Rahmenbedingungen. Zu den dort formulierten Handlungsfeldern wird der Stand der Forschung skizziert, wobei die Bewohnerperspektive eine wesentliche Rolle spielt.

### **10.1.1 Prävention und Gesundheitsförderung**

Prävention wird als die Verhinderung von Krankheiten durch Ausschaltung krankheitsauslösender Faktoren und Risiken sowie die Verhütung des Fortschreitens bestehender Erkrankungen verstanden (vgl. Schaeffer/Büscher, 2009, S. 442). Gesundheitsförderung hingegen fragt statt nach speziellen Krankheitsrisiken eher nach sozialen und persönlichen Ressourcen, Bedingungen und Schutzfaktoren, die zur Stärkung der Gesundheit beitragen. Menschen werden mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen befähigt, ihre Gesundheit zu erhalten, gesundheitliche Belastungen abzuwehren oder zu bewältigen. Sie ermöglichen den Menschen, (mehr) Kontrolle über ihre Gesundheit zu gewinnen (vgl. Schaeffer/Büscher, 2009, S. 442). Die beiden Perspektiven Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen ein ähnliches Ziel, bestreiten dieses aber durch unterschiedliche Interventionsstrategien (vgl. Schaeffer/Büscher, 2009, S. 442).



### 10.1.2 Lebenswelt „stationäre Altenpflege“

Von 818.300 pflegebedürftigen Personen lebt jede vierte in Deutschland in einer der 14.480 Einrichtungen der stationären Altenpflege (vgl. Destatis, 2020). Weitere 103.000 Personen werden in teilstationären Pflegeeinrichtungen – Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI – versorgt (vgl. MDS/GKV-Spitzenverband, 2019). Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI sind zunehmendes Lebensalter, das Vorhandensein chronischer Erkrankungen und Multimorbidität. Auch sozioökonomische Einflüsse wie Beruf oder Einkommenssituation können Risikofaktoren darstellen. Letztgenannte entscheiden über die Umsetzung des Pflegearrangements zwischen Versorgung in der Häuslichkeit oder in stationären Einrichtungen: Zum einen ist die Bereitschaft bei Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status höher, die Pflege in der Häuslichkeit selbst zu übernehmen, zum anderen fallen die Opportunitätskosten bei Verzicht auf berufliche und soziale Möglichkeiten bei der Übernahme von Pflegeverpflichtungen bei sozioökonomisch bessergestellten Gruppen höher aus (vgl. Lampert/Hoebel, 2019, S. 242). Für pflegebedürftige Personen in allen Settings betonen Blüher und Schnitzer den positiven Einfluss eines subjektiv als gut bis sehr gut empfundenen Gesundheitszustandes auf die Pflegebedürftigkeit (vgl. Blüher/Schnitzer, 2015, S. 12). In der öffentlichen Wahrnehmung ist Pflegebedürftigkeit oft eine Einbahnstraße, unumkehrbar und in der letzten Lebensphase auftretend (vgl. BVPG, 2020, S. 11).

Bewohner/-innen in stationären Altenpflegeeinrichtungen weisen häufig eine komplexe gesundheitliche Versorgungssituation auf. 70,7 % haben eine gerontopsychiatrische Einschränkung, wie z. B. Demenz (2013: 63,8 %). 77,5 % der Bewohner/-innen benötigten eine Inkontinenzversorgung, 37,8 % leiden an chronischen Schmerzen, 88,5 % benötigen Hilfe bei der Körperpflege und 70,7 % sind in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt (vgl. MDS, 2018, S. 32). Rund 92 % der Bewohner/-innen sind 65 Jahre oder älter (vgl. Destatis, 2020), die Hälfte 85 Jahre und älter. Zwei Jahre nach dem Einzug in die Altenpflegeeinrichtung sind etwa 52 % aller männlichen und etwa 35 % aller weiblichen Neuzugänge verstorben. Nur rund jede zehnte pflegebedürftige Person wird direkt bei Pflegebedürftigkeit in einer Einrichtung versorgt. Die meisten von ihnen haben eine längere Pflegezeit in der Häuslichkeit, eine Progression der Pflegebedürftigkeit und Verschlechterung des Gesundheitszustandes erlebt. Es lässt sich zusammenfassend sagen, dass in stationären Altenpflegeeinrichtungen zuneh-

mend Personen mit höheren Pflegebedarfen und Pflegegraden in immer kürzerer Wohnzeit leben (vgl. Blüher/Kuhlmeiy, 2019, S. 261; Hasseler/Mink, 2020, S. 2 f.).

Schaeffer und Büscher stellen für das Setting der stationären Altenpflege einen seit Jahren anhaltenden Umstrukturierungsprozess durch politische Reformbemühungen fest. Dieser Prozess beinhaltet einen Wandel der Einrichtungen von einem Ort des Wohnens hin zu Einrichtungen der Bewältigung der späten Stadien chronischer, zumeist psychischer Erkrankungen und palliativer Pflege mit einer ausgesprochen angespannten Personalsituation. Sie attestieren der stationären Altenpflege das Anhaften „des Odiums einer Restversorgung“ (Schaeffer/Büscher, 2009, S. 441). Die gesundheitliche Situation der Bewohner/-innen in der stationären Altenpflege ist gekennzeichnet durch irreversible Gesundheitseinbußen in schleichender, aber unweigerlicher Abwärtsentwicklung, fragile Gesundheitszustände und eine hohe Vulnerabilität bedingt durch die körperliche Situation, die eingeschränkte Autonomie zur Bewältigung ihrer Situation und die dauerhafte Schiefelage in der Reziprozitätsbalance (vgl. Schaeffer/Büscher, 2009, S. 446). Die zunehmende Komplexität der Versorgungsprozesse, die hohe Arbeitsdichte sowie die oben skizzierten Entwicklungen und Veränderungen in den Tätigkeitsanforderungen sowie ein geringes Maß an konzeptioneller und nachhaltiger Integration von gesundheitsförderlichem Denken und Handeln stellen weitere Barrieren zur Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung dar. Eine Priorisierung in den dichten Arbeitsabläufen impliziert eine Unterscheidung zwischen notwendigen und zusätzlichen Interventionen. Es besteht das Risiko, das gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen als zusätzliche Interventionen ein- und damit nachgeordnet werden. Pflege(fach)personen werden durch die hohen Anforderungen an ihre berufliche Tätigkeit selbst zu einer wichtigen Zielgruppe von (betrieblicher) Gesundheitsförderung (vgl. Blüher/Kuhlmeiy, 2019, S. 262). Die Logik der Sozialgesetzgebung grenzt die Zielgruppen scharf voneinander ab, was Umsetzungsstrategien und gesundheitsfördernde Haltungen in einem ganzheitlichen Konzept einer Einrichtung hemmt. Dieser Beitrag stellt daher gezielt auf die Gruppe der Bewohner/-innen ab.

### 10.1.3 Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Im Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ wird die Verpflichtung der Pflegekassen nach dem Präven-

tionsgesetz, in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für Bewohner/-innen zu erbringen, dargelegt. Die Pflegekassen sind verpflichtet, für Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen je Versicherten und Jahr 0,31 € einzusetzen. Bei 72,3 Millionen Versicherten entspricht dies einer Summe von jährlich 22,4 Millionen Euro (vgl. MDS/GKV-Spitzenverband, 2019, S. 39).

Der Leitfaden konkretisiert die Kriterien, Ziele und Handlungsfelder in dieser Lebenswelt (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018, S. 5). Um stetig Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Umsetzung und Evaluation von gesundheitsfördernden Projekten einfließen zu lassen, erfährt der Leitfaden in Abständen eine Überarbeitung. Die nächste Anpassung ist für 2022 geplant (vgl. BVPG, 2020, S. 10).

Fünf Handlungsfelder werden im Leitfaden definiert (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018, S. 13):

- Ernährung: zur Vermeidung einer Mangelernährung, zur Verbesserung des Ernährungsangebotes und der Esssituation insgesamt.
- Körperliche Aktivität: für den Erhalt körperlicher Leistungsfähigkeit, zur Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens und Prävention zusätzlicher Erkrankungen. Pflegebedürftige sollen motiviert werden, regelmäßig an Angeboten teilzunehmen, die ihrem Bedarf und ihrer Leistungsfähigkeit entsprechen.
- Kognitive Ressourcen: Insbesondere aufgrund des hohen Anteils von Bewohnern/Bewohnerinnen mit demenzbedingten Einschränkungen und dem generellen Risiko kognitiver Einbußen bei hochaltrigen pflegebedürftigen Personen ist der Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit das Ziel dieses Handlungsfeldes.
- Psychosoziale Gesundheit: Förderung der Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten zur Stärkung der Resilienz, insbesondere im Kontext von Depressionen und Suchterkrankungen.
- Prävention von Gewalt: partizipative Entwicklung und Umsetzung von Konzepten gewaltfreier Pflege mit dem Ziel, Gewaltereignisse und gesundheitliche Folgen zu vermeiden.

Entscheidet sich eine Einrichtung, in den Gesundheitsförderungsprozess einzutreten, beinhaltet der erste Schritt die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses davon, worauf der Fokus der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung gerichtet werden soll und was Gesundheit im organisationsbezogenen Kontext umfasst. Hier sind alle Beteiligten – ob Mitarbeitende oder Bewohner/-innen – einzubinden, sowie etablierte Strukturen und innerbetriebliche Tendenzen zu berücksichtigen. Der eigene Handlungsrahmen wird gesetzt. Organisationslotsen können als Steuerungsinanz unterstützend tätig sein (vgl. MDS/GKV-Spitzenverband, 2019, S. 97 f.). Die Pflegekassen informieren und unterstützen die Einrichtungen darin, das Thema Gesundheitsförderung im Unternehmen strukturell zu verankern und erbringen finanzielle Leistungen im Sinne einer Anschubfinanzierung und zweckgebundenen Förderung (vgl. MDS/GKV-Spitzenverband, 2019, S. 39). Im zweiten Schritt gilt es, in einem Steuerungsgremium die relevanten Akteure und Akteurinnen zusammenzubringen. Im dritten Schritt werden Bedarfe und Bedürfnisse der Bewohner/-innen analysiert, im vierten Schritt Maßnahmen aus den vorangegangenen Informationen abgeleitet, priorisiert und Verantwortlichkeiten festgelegt. Der fünfte Schritt beinhaltet die eigentliche Umsetzung, der sechste die Evaluation zur Überprüfung des Grads der Umsetzung und zum systematischen Einsatz von Methoden und Instrumenten unter Beteiligung der pflegebedürftigen Personen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018, S. 8 f.). Eine lebensweltliche Ausrichtung in den Einrichtungen der stationären Altenpflege impliziert, dass Interventionen in den strukturellen, räumlichen und personalen Rahmenbedingungen durchführbar sind und sich in den Tagesablauf der Bewohner/-innen und Mitarbeitenden integrieren lassen (vgl. Blüher/Kuhlmey, 2019, S. 263).

Der GKV-Leitfaden legt zudem zentrale Aspekte für die Entwicklung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen dar. Mit dem Wunsch nach langfristiger Implementierung und einem aktiven Mitwirken der Bewohner/-innen an zentralen Entscheidungsprozessen wird eine partizipative Organisationsentwicklung verknüpft. Angebote und Maßnahmen sollen auf den Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen im Sinne der Verhältnisprävention hinwirken, sich dauerhaft etablieren und kontinuierlich an die veränderten Bedarfslagen anpassen. Gesundheit wird damit zu einer Unternehmensstrategie, die den Maßstab für alle Ebenen, Entscheidungen und Systemwirkungen setzt (vgl. MDS/GKV-Spitzenverband, 2019, S. 97). Damit wird Gesundheit als Kriterium in die betriebliche Wertediskussion eingebracht.

Sie wird zum Maßstab für alle Ebenen, Entscheidungen und Systemwirkungen. Der Ansatz der Organisationsentwicklung folgt der Annahme, dass nicht allein die Förderung solitärer Maßnahmen erfolgreich sein wird, sondern die Systemebene – Management, Mitarbeitende, Bewohner/-innen und deren soziales Umfeld – adressiert werden muss, um die Prozesse auf Einrichtungsebene zu aktivieren. Auf diese Weise wird Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege neu gedacht (vgl. BVPG, 2020, S. 8).

Partizipation – häufig übersetzt mit dem Begriff Teilhabe – beinhaltet Komponenten der Anwesenheit, Häufigkeit der Teilnahme oder Reichweite von Aktivitäten wie auch die der Beteiligung, die durch Engagement, Motivation und sozialer Verbindung sichtbar werden (vgl. Spreer et al., 2019, S. 214). Unger hat ein Stufenmodell etabliert, in dem Nicht-Partizipation von Vorstufen der Partizipation und Stufen der Partizipation unterschieden wird. Entscheidend sei die Teilhabe an Entscheidungsprozessen: Mitbestimmung, Gleichberechtigung der Partner und Entscheidungsmacht kennzeichnen partizipatorische Prozesse (vgl. Unger, 2012, S. 11).

Angesichts der zuvor dargelegten Einbindung in die Unternehmensstrategie erstaunt es nicht, das Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen in gut zwei Drittel der bisher umgesetzten Gesundheitsförderungsprojekte im Steuerungsgremium der stationären Einrichtungen mitwirken. In 23 % sind der Heimbeirat und in 6 % der Steuerungsgremien Bewohner/-innen, Angehörige und Betreuer/-innen vertreten (vgl. MDS/GKV-Spitzenverband, 2019, S. 112). Deutlich wird daran, dass Bewohner/-innen als Zielgruppe der Maßnahmen in geringem Maße an den wesentlichen Entscheidungsprozessen beteiligt sind. Der GKV-Spitzenverband fordert eine wissenschaftlich begleitete Entwicklung von Methoden der Beteiligung für Personen, die sich nicht von sich aus adäquat in die Entscheidungsprozesse einbringen können (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018, S. 8). An Gesundheitsförderung interessierte Bewohner/-innen sollten motiviert werden, sich mit ihrem lebensweltlichen Wissen aktiv an der Ausgestaltung von Interventionen zu beteiligen sowie Wünsche und Bedarfe einzubringen (vgl. Blüher/Kuhlmey, 2019, S. 263 f.). Der partizipative Ansatz findet in den Einrichtungen, die ein gesundheitsförderndes Projekt umgesetzt haben, Zustimmung. In den Steuerungsgruppen zeigt sich jedoch auch die Diskrepanz zwischen Interessen einzelner Bewohner/-innen und der Vertretung der Bewohnerschaft allgemein. Es empfiehlt sich, zur Stärkung der Partizipation in kleinen Gruppen zu

arbeiten, zeitnahe und konkrete Schritte zu formulieren und die Arbeitsmethoden an die Bewohner/-innen anzupassen (vgl. LVG & AfS, 2019, S. 31).

Methoden der Beteiligung, insbesondere für ältere Personen, werden in der Sozialplanung (vgl. Fleischer, 2018, S. 5), der Entwicklung von Interventionen zur Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens (vgl. Gallois, 2013, S. 43) oder der partizipativen Technikentwicklung, wie z. B. einen Smartscreen oder Lichtleitsystemen (vgl. Friedhof, 2017, S. 195 f.), beschrieben. Infrage kommen Befragungen, Gruppendiskussionen oder Fokusgruppen, teilnehmende Beobachtungen, (Sozialraum-)Begehungen, Prototypentestungen mit Feedback, Informations- und Transferveranstaltungen, die Nadelmethode (Visualisierung von Plätzen und Orten mit farbigen Stecknadeln) und Worldcafés (Großgruppenmethode zur Betrachtung eines Themas aus unterschiedlichen Blickwinkeln) (vgl. Fleischer, 2018, S. 5; Friedhof, 2017, S. 195 f.; Gallois, 2013, S. 43). Diese bewährten Methoden zur Partizipation gilt es, für Bewohner/-innen stationärer Altenpflegeeinrichtungen zu adaptieren. Dies impliziert interdisziplinäre, sektoren- und berufsgruppenübergreifende Aufgaben, die miteinander verzahnte Versorgungsabläufe und Institutionen intensivieren. Beratende und edukative Anteile in der Pflege bedürfen eines Ausbaus. Unter Berücksichtigung spezifischer Lebens- und Bewältigungsstile sowie sozialer Milieus müssen niedrigschwellige Zugänge geschaffen, die Verzahnung von Versorgungsabläufen und -institutionen intensiviert und die Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens im Alter als Leitprinzip etabliert werden (vgl. DGGG, 2011, S. 12 f.).

#### 10.1.4 Stand der Forschung

Studien zeigen die Potenziale gesundheitsfördernder Maßnahmen bei pflegebedürftigen Personen, den Hilfebedarf zu verringern und die Lebensqualität steigern zu können. In Bezug auf die im Leitfaden definierten Handlungsfelder wird hier der Stand der Forschung skizziert.

Die regelmäßige Teilnahme an (Gruppen-)Angeboten zur Bewegungsförderung zeigt positive körperliche, soziale und psychische Effekte (vgl. Horn et al., 2019, S. 282). Konzeptionelle Ansätze, die die Förderung eines eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens mit alltagsbezogenen Tätigkeiten vereinen, versprechen ein hohes Maß an Integrierbarkeit und Anschlussfähigkeit in der Lebenswelt der stationären Altenpflege (vgl. Blüher/Kuhlmey, 2019, S. 263).

Interventionen zur Stärkung körperlicher Aktivität könnten Walkingprogramme, funktionelles Training, Übungsprogramme mit Ganzkörpervibrationen, Widerstandstraining mit Elektrostimulation, Dehnprogramme oder tanzbasierte Maßnahmen sein. Trotz heterogenem Forschungsstand ist körperliche Aktivität grundsätzlich zu befürworten (vgl. Blättner et al., 2017, S. 101).

Ähnlich zeigt sich die Studienlage zur präventiven Wirksamkeit von Interventionen auf die kognitive Leistungsfähigkeit pflegebedürftiger Personen: Kognitives Training, z. B. Übungen zur Verbesserung des Erinnerungsvermögens und der Problemlösungsfähigkeit, oder kognitives Training mit Denkaufgaben in verschiedenen Schwierigkeitsgraden, auditive oder Virtual-Reality-Übungen, Übungen zum logischen Denken und zur Stärkung der Aufmerksamkeit scheinen üblichen Versorgungsstrategien – die allerdings in den zugrunde liegende Studien nicht näher dargelegt wurden – überlegen zu sein (vgl. Wöhl et al., 2018, S. 662).

Zur Verbesserung der Ernährungssituation pflegebedürftiger Personen lässt sich für eine bedürfnisorientierte Vorsorgeuntersuchung und Kontrolle des Ernährungszustandes eine Empfehlung aussprechen. Weitere Maßnahmen wie gezielte Übungen zur Besserung der Nahrungsaufnahme bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz, Nahrungsergänzung, energie- und proteinreiche Snacks oder eine Gestaltung der Mahlzeitsituation wie in der Familie zeigen zwar positive Ergebnisse, haben aber aufgrund der Heterogenität der Studienlage einen geringeren Empfehlungsgrad (vgl. ZQP, 2019). Bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz kann der Einsatz von Konzepten nach Montessori oder die Spaced-Retrieval(Lern)-Technik positive Effekte bei moderater bis schwacher Evidenz zeigen (vgl. Görres et al., 2013, S. 79). Zudem können hier Schulungen von Angehörigen zur Kommunikation und zur effektiven Strukturierung von Besuchen, kognitive Stimulationen, therapeutische Berührung oder Schulung der Mitarbeitenden wirksam sein. Für Bewohner/-innen ohne (deutliche) kognitive Einschränkungen erweisen sich gärtnerische Aktivitäten, Musiktherapie oder tiergestützte Interventionen als sinnvoll (vgl. Nordhausen et al., 2019, S. 11; Görres et al., 2013, S. 79).

Hinsichtlich wirksamer Interventionen zur Gewaltprävention in der Lebenswelt stationäre Altenpflege ist die Studienlage nur wenig aussagekräftig (vgl. ZQP, 2017, S. 30). Ein Gruppenschulungsprogramm kann gewalttätiges Verhalten verhindern. Diese Erkenntnis folgt aus einer Studie aus Taiwan, was aber die Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse dementsprechend erschwert (vgl. ZQP, 2017, S. 30).

Deutlich wird in allen zu diesen Themen herangezogenen Publikationen, dass eine gut begründete, praxisrelevante und klare Empfehlung aufgrund geringer methodischer Qualität, einer Heterogenität untersuchter Interventionen und potenziellen Bias nicht gegeben werden kann. Ebenso bleibt die Frage offen, welche Art von Intervention mit welcher Dauer und Intensität durchgeführt werden soll. Es kann auch keine Bewertung vorgenommen werden, ob in stationären Pflegeeinrichtungen ausreichend der oben genannten Maßnahmen unternommen wurden oder werden (vgl. Nordhausen et al., 2019, S. 7; Wöhl et al., 2018, S. 662; Blätter et al., 2017, S. 101; ZQP, 2017, S. 30; Görres et al., 2013, S. 5).

### 10.1.5 Perspektive der Bewohner und Bewohnerinnen

Gesundheit wird von Bewohnern und Bewohnerinnen als ein hohes Gut bewertet und mit der Abwesenheit von körperlichen Erkrankungen assoziiert. Sportliche Aktivität, Naturverbundenheit und ein Interesse an Gemeinschaftsaufgaben werden von ihnen als gesundheitsfördernd wahrgenommen. Die Beziehung zum Pflorgeteam ist ebenso ein Kriterium für Wohlbefinden (vgl. Dierks et al., 2017, S. 91 ff.).

Werden Bewohner/-innen nach ihrer Perspektive auf Gesundheit im Alter befragt, äußern sie gesundheitsbezogene Bedürfnisse. Diese sind zum Teil mit den Handlungsfeldern des Leitfadens kongruent, zum Teil weisen sie andere thematische Aspekte auf: Bewohner/-innen äußern das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit. Es ist ihnen wichtig, nach ihren Gewohnheiten und Überzeugungen handeln zu können und in alltägliche Entscheidungsprozesse eingebunden zu werden. Insbesondere innerhalb der Einrichtung mit ihren Rahmenbedingungen haben diese Aspekte Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten (vgl. Schmitt, 2013, S. 79 f.).

Einige empirische Untersuchungen zur Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege stellen die Sichtweise der Bewohner/-innen in den Mittelpunkt und konnten folgende gesundheitsbezogene Bedürfnisse analysieren (vgl. Dierks et al., 2017; Schmitt, 2013; Schenk et al., 2013):

- Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit
- Selbstständigkeit und Mobilität
- Ernährung (Geschmack und Entscheidungsfreiheit)



- Privatsphäre
- soziale Kontakte (soziales Klima im Haus sowie Kontakte zu Bewohnern und Bewohnerinnen, dem Pflegepersonal und der Familie)
- Beschäftigung und Abwechslung, Freizeitangebote
- sinnstiftende Aktivitäten
- sich zu Hause zu fühlen (familiäre Atmosphäre und ein eigenes Zimmer)
- Verantwortung tragen und eine Aufgabe haben
- Sicherheit und Zuverlässigkeit
- individuelle Betreuung
- allgemeine Gesundheit
- Informiertheit

Bewohner/-innen nehmen sich selbst aufgrund subjektiver körperlicher und kognitiver Beeinträchtigungen wenig als geeignete Adressaten für Gesundheitsförderung wahr und fordern selten aktiv entsprechende Interventionen ein (vgl. Blüher/Kuhlmeier, 2019, S. 262). Wie die Motivation von Bewohnern und Bewohnerinnen für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten geschaffen und aufrechterhalten werden kann, bleibt noch offen (vgl. Blättner et al., 2017, S. 101).

## 10.2 Erfahrungen aus Projekten: Hemmnisse und fördernde Faktoren

Laut Präventionsbericht 2019 haben 1.281 Einrichtungen stationärer Altenpflege Maßnahmen zur Prävention im Rahmen der definierten Handlungsfelder umgesetzt. Dies entspricht etwa 9 % aller Einrichtungen in Deutschland und erreicht 55.369 pflegebedürftige Personen, vor allem mit Pflegegrad 2 bis 4 in mittelgroßen (über 60 Plätze) und großen (über 100 Plätze) Einrichtungen. Knapp die Hälfte (45 %) davon befindet sich in privater Trägerschaft (vgl. MDS/GKV-Spitzenverband, 2019, S. 108 ff.). Bezogen auf den Sollwert von 0,31 € pro Versichertem und Jahr haben die Pflegekassen im Bezugsjahr des Präventionsberichts 0,14 € eingesetzt. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr (0,12 €) eine Steigerung dar (vgl. MDS/GKV-Spitzenverband, 2019, S. 39).

Deutlich zeichnen sich bei den 841 Einrichtungen, die ihre Aktivitäten einem Handlungsfeld zuordnen, bestimmte Tendenzen (vgl. Abb. 10.1) ab: 42 % der Ein-

richtungen widmeten sich dem Handlungsfeld körperliche Aktivität (n = 352), 17 % arbeiteten zum Thema kognitive Ressourcen (n = 144), je 15 % realisierten Projekte zur Ernährung (n = 127) und zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit (n = 134). 11 % setzten Maßnahmen zur Prävention von Gewalt um (vgl. MDS/GKV-Spitzenverband, 2019, S. 121 ff.).

### Anteil der Einrichtungen mit umgesetzten Maßnahmen zu den Handlungsfeldern (2018)

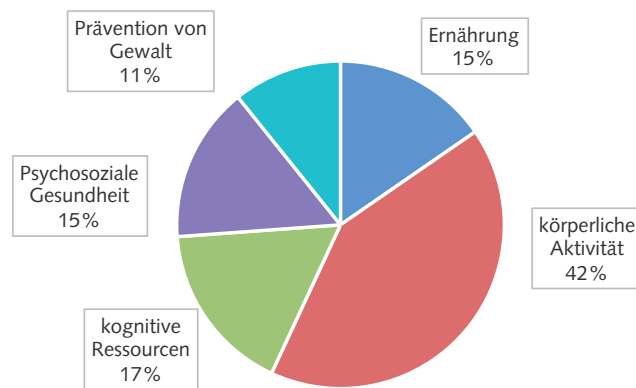


Abb. 10.1: Projekte zu den Handlungsfeldern (vgl. MDS/GKV-Spitzenverband, 2019, S. 121 ff.)

Der Präventionsbericht verdeutlicht auch, dass die Angebote zur Gesundheitsförderung entwicklungsfähig sind. Vorhandene Ressourcen müssen genutzt und für hochwertige und nachhaltig wirksame Konzepte eingesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband betont, dass die Pflegekassen keine dauerhaften Leistungen fördern, sondern Einrichtungen stationärer Altenpflege durch eine Anschubfinanzierung unterstützen. Eine kassenübergreifende wissenschaftliche Evaluation der Leistungen ist geplant (vgl. BVPG, 2020, S. 10).

Aus bisherigen Veröffentlichungen zu Projekten lassen sich Erfolgsfaktoren und Hemmnisse ableiten. Als größtes Hemmnis seitens der Einrichtungen zeigen sich die begrenzt zur Verfügung stehenden zeitlichen, personellen und strukturellen Ressourcen sowie schwierige Rahmenbedingungen (vgl. LVG & AfS, 2019, S. 30; BVPG, 2019, S. 13). So benennen beispielsweise Mitarbeitende die fehlende personelle Unterstützung bei Vor- und Nachbereitungen der Maßnahmen als eine Hürde. Unklare

Abreden und fehlende Kommunikationswege sowie eine mangelnde Integration in die Organisationskultur kommen erschwerend dazu (vgl. Horn et al., 2019, S. 285).

Die im Leitfaden beschriebenen nicht förderbaren Maßnahmen wie die Finanzierung von Einrichtungsgegenständen, technischen Hilfsmitteln oder die Finanzierung neuer dauerhafter Personalstellen begrenzt aus Sicht der Einrichtungsmitarbeitenden die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen auf wenige Möglichkeiten. Hierzu zählen Fortbildungen für Mitarbeitende und Informationsveranstaltungen, die in ein Gesamtkonzept eingebunden sein müssen, sowie durch Externe erbrachte Dienstleistungen. Somit kann der Rahmen des Leitfadens Ideen einschränken sowie Motivation und Engagement innerhalb der Einrichtung ausbremsen (vgl. Fleischmann et al., 2019, S. 215; Blättner et al., 2017, S. 101).

Außerdem treten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit bereits bestehenden Angeboten in Konkurrenz (vgl. Horn et al., 2019, S. 285) und lassen sich fachlich auch nicht immer trennscharf von aktivierender Pflege abgrenzen. Seit der Einführung der Pflegeversicherung wird aktivierende Pflege als Konzept gefordert; eine eindeutige Definition in Verständnis und Leistungserbringung ist aber seitdem ausgeblieben. Aktivierende Pflege lediglich als die Förderung verbliebener Fähigkeiten zu verstehen – wie in der Bundesrahmenempfehlung der nationalen Präventionskonferenz – erscheint aus pflegefachlicher Perspektive einseitig und eng (vgl. Hasseler/Mink, 2020, S. 8 f.).

Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Kontext der oben beschriebenen Rahmenbedingungen umzusetzen, ist für viele Einrichtungen in der stationären Altenpflege noch Neuland. Der Prozess von der Beantragung bis hin zur Projektförderung wird als herausfordernd wahrgenommen (vgl. LVG & AfS, 2019, S. 31 f.). Zwischen einzelnen Einrichtungen besteht ein Gefälle: Aus einer Abfrage bei einer Fachtagung ergab sich, dass die Mehrheit der Einrichtungen nach derzeitigem Stand nicht in der Lage ist, gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung vollständig umzusetzen (vgl. BVPG, 2019, S. 13). Die fragile und vulnerable Situation der Bewohner/-innen erfordert speziell auf sie zugeschnittene Konzepte, Formen der Ansprache und entsprechende Qualifikation für (externe) Personen, die diese Maßnahmen durchführen.

Als förderlich wird im Umsetzungsprozess erlebt, den Ideenaustausch gemeinsam und in wertschätzender Atmosphäre zu gestalten. Einrichtungsleitung und Mitarbeitende, die das Projekt tragen, bilden die Basis. Protokolle in den Steuerungsgruppen

halten den Informationsfluss aufrecht. Zudem zeigen Projekte, dass der Gesundheitsförderungsprozess als solcher vorteilhafte Auswirkungen auf die Bewohner/-innen hat. Diese nehmen eine Möglichkeit zur Beteiligung, sich kreativ einzubringen und aktiv mitzuwirken, als positiv wahr (vgl. LVG & AfS, 2019, S. 34). Transparente und adressatengerechte Kommunikation, Einbezug in die Entwicklung und Implementierung bei allen Berufsgruppen innerhalb der Einrichtung baut Skepsis ab, setzt die Schwelle zur Inanspruchnahme herab und steigert Motivation und Bereitschaft der Beteiligten (vgl. Horn et al, 2019, S. 286, BVPG, 2019, S. 12).

Maßnahmen wie die „Lübecker Bewegungswelten“ (vgl. Horn et al., 2019, S. 282) zeigen eine langfristig stabile Teilnahmemotivation: Die Übungseinheiten zur Bewegung machen den Bewohnern und Bewohnerinnen Spaß, das soziale Miteinander wird gestärkt und die Teilnehmenden entwickeln ein Gruppengefühl. Nach anfänglicher Skepsis zeigen die Teilnehmenden eine starke Bindung an das Programm. Die Pflegefachpersonen betrachteten die Maßnahme wohlwollend, aber distanziert. Ihre fehlende Einbindung bei der Implementierung ließ den Gedanken eines zeitlich befristeten Projekts aufkommen, das eher mit Mehrarbeit wie zusätzlicher Terminorganisation und Dokumentation verknüpft war. Es wurde deshalb kritisiert, dass von der Bewegungsintervention jene Bewohner/-innen profitieren, die mobil waren – und jene, die mehr anregende Angebote nötig gehabt hätten, weniger einbezogen wurden. Hieraus wurde die Notwendigkeit einer mehrdimensionalen Intervention abgeleitet, die die Heterogenität der Bewohner/-innen berücksichtigt und ihre kognitiven und physischen Fähigkeiten fördert (vgl. Horn et al., 2019, S. 285).

Die Qualifizierung der Mitarbeitenden sowie deren Bildung und Haltung, ihr innovatives Denken, mögliche finanzielle Mittel, ein gesunder Führungsstil sowie die Wertschätzung pflegerischer Arbeit werden ebenso als förderliche Faktoren angesehen. Der Gesundheitsförderungsprozess sollte aus diesem Grund „so schlank wie möglich gehalten und an die vorhandenen Strukturen angedockt“ werden (BVPG, 2019, S. 13). Die Motivation, Maßnahmen in Projekten und darüber hinaus anzubieten, erwuchs aus der Beobachtung positiver Effekte – vor allem bei kognitiv beeinträchtigten Personen (vgl. Horn et al., 2019, S. 285).

### 10.3 Die Rolle von Pflegefachpersonen in der Gesundheitsförderung

Funktionale Fähigkeiten des Menschen erhalten oder verbessern und damit ein selbstständiges Leben im Alter zu unterstützen, sind Kernkompetenzen beruflicher Pflege (vgl. Müller/Strünck, 2020, S. 291). Mit Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege werden die folgenden Ziele angestrebt (vgl. Schaeffer/Büscher, 2009, S. 447 f.):

- Vermeidung der Ausweitung von Pflegebedürftigkeit durch Verbesserung des gesundheitlichen Monitorings
- Identifizierung und Verringerung von Gesundheitsrisiken
- Stabilisierung der gesundheitlichen Situation und Verhinderung vorzeitiger oder vermeidbarer Abwärtsentwicklungen
- Begrenzung sozialer Vulnerabilität

Pflegefachpersonen leisten hier einen essenziellen Beitrag, da sie von allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen den engsten und häufigsten Kontakt zu Bewohnern und Bewohnerinnen haben und folglich die gesundheitsbezogenen Bedarfe und Bedürfnisse am ehesten identifizieren und einschätzen können (vgl. Schmitt, 2013, S. 45).

Die Vorstellung von Gesundheitsförderung und deren Umsetzung in Einrichtungen stationärer Altenpflege ist uneinheitlich (vgl. Dierks et al., 2017, S. 87 f.; Hasseler, 2011; Horn et al., 2011, S. 268). Auch wenn die Gesundheitsförderung ohne explizite Benennung in vielen Pflege-theorien einbezogen wird (vgl. Walter et al., 2006, S. 128), zeigt sich die Umsetzung heterogen und wenig systematisch (vgl. Hasseler, 2011, S. 150). Das Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention ist diffus und für die Pflegefachpersonen schwer von therapeutischer und medizinisch-pflegerischer Versorgung abgrenzbar (vgl. Blüher/Kuhlmey, 2019, S. 261).

Der Sinn von Prävention und Gesundheitsförderung scheint in den Einrichtungen mit dem Grad der Einschränkungen der Bewohner/-innen und den damit verbundenen Teilhabemöglichkeiten verknüpft. Partizipative Strategien zum Einbezug der pflegebedürftigen Personen und ihrer Zugehörigen sind (noch) selten. Eine noch häufig vorherrschende Defizitorientierung blickt eher auf die Einschränkungen und deren Kompensation als auf die förderfähigen Ressourcen (vgl. Blättner et al., 2018, S. 148 f.).

Gesundheitsförderndes Verhalten ist eine Frage der Haltung und der Wahrnehmung darüber, wo Bedarf besteht oder wo im Pflegehandeln ein Beitrag geleistet werden kann. Mit einer einheitlichen Definition von Gesundheit und Gesundheitsförderung könnte eine Einrichtung die dazu passenden Prozesse initiieren. Davon verspricht man sich Synergieeffekte auf die Qualitätserbringung und Qualitätsindikatoren (vgl. BVPG, 2020, S. 8 f.).

Pflegefachpersonen sind sich darüber bewusst, dass ihre eigene Haltung essenziell zur Gesundheitsförderung der Bewohner/-innen beiträgt. Deren Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu stärken, sie zu befähigen, Prozesse und den Alltag in einer stationären Altenpflegeeinrichtung aktiv mitzugestalten und ihr Mitspracherecht einzusetzen, ist den Pflegefachpersonen ein genuines Anliegen. Gleichzeitig sehen Pflegefachpersonen die knappen personellen Ressourcen, die gegebenen Rahmenbedingungen wie Zeitmangel, fehlende Finanzmittel oder die sich stetig verändernden gesetzlichen Richtlinien als Hemmnisse (vgl. Blättner/Tempelmann, 2020, S. 183; Fleischmann et al., 2019, S. 215; Horn et al., 2019, S. 282).

Die Perspektive der Beschäftigten auf gesundheitsförderliche Bedarfe der Bewohner/-innen ist breiter als der Rahmen, den der GKV-Spitzenverband mit dem Leitfaden steckt. Selbstbestimmung ist ein Thema, das Mitarbeitende der Einrichtung als wesentlich zur Stärkung der Gesundheit wahrnehmen. Handlungsbedarfe entstehen hier in der Stärkung der Mitsprache, darin, den Menschen als Individuum in den Fokus des Handelns zu stellen und die gesellschaftliche Anerkennung von Bewohner/-innen und Einrichtungen zu stärken. Der Zwiespalt zwischen individuellen Bedürfnissen und institutionellen Abläufen wird deutlich (vgl. Fleischmann et al., 2019, S. 211).

Es ist zu fragen, ob pflegerisches Handeln bereits einen gesundheitsförderlichen Ansatz beinhaltet oder ob die Stärkung von Ressourcen als eine eigenständige Strategie und ergänzende Leistung in der Pflege anzusehen ist (vgl. Blüher/Kuhlmey, 2019, S. 264). Hasseler und Mink formulieren Prävention und Gesundheitsförderung als „der gerontologischen Pflege inhärent und selbstverständlich“ (Hasseler/Mink, 2020, S. 2). Ziel professioneller Altenpflege ist es, die Potenziale älterer Menschen zu entdecken und zu fördern sowie ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben zu ermöglichen. Als Trainer und Begleiter tragen Pflegefachpersonen wesentlich zum Erhalt und zur Förderung der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung, des gesundheitlichen Wohlbefindens und der Vermeidung weiterer Einbußen bei (vgl.

Hasseler/Mink, 2020, S. 2). Themen wie Mobilitätsförderung, Sicherung und Gestaltung sozialer Bereiche des Lebens wie Kontaktförderung oder die Beratung zu aktivierenden Angeboten oder die Stärkung von Potenzialen durch Unterstützung und Förderung kognitiver und sozialer Kontakte werden in der Langzeitpflege seit vielen Jahren diskutiert (vgl. BVPg, 2019, S. 7).

Die Abgrenzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu aktivierender Pflege ist Gegenstand des derzeitigen pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Diskurses (vgl. Blättner et al., 2018, S. 148 f.; BVPg, 2018, S. 4, 9). Mit § 5 SGB XI wird Prävention in der Langzeitpflege zwar gefördert, Hasseler und Mink beklagen jedoch, dass „etwas künstlich getrennt wird, was eigentlich zusammengehört“ (Hasseler/Mink, 2020, S. 9) und damit die Fragmentierung des Gesundheitswesens in Deutschland weiter zementiert wird. Hier wird einerseits ein Risiko gesehen, die Versorgung pflegebedürftiger Personen in einzelne Paragraphen zu zerlegen, die sich überschneiden oder gegenseitig ausschließen und somit eine Förderfähigkeit nach § 5 SGB XI infrage stellen (vgl. Hasseler/Mink, 2020, S. 9). Andererseits gibt es in den Einrichtungen bereits gesundheitsfördernde Angebote, die nicht klar von § 5 SGB XI abzugrenzen sind (vgl. BVPg, 2020, S. 7). Wie aktivierende Pflege und Programme universeller Prävention sinnvoll miteinander verzahnt werden können, muss letztendlich noch präzisiert werden (vgl. Blättner et al., 2017, S. 101).

## 10.4 Fazit und Ausblick

Prävention und Gesundheitsförderung müssen in der Ausbildung von Pflegefachpersonen einen höheren Stellenwert erhalten und gezielt zu entsprechendem Handeln qualifizieren (vgl. BVPg, 2020, S. 11). Das Pflegeberufereformgesetz greift diese Anforderung zwar auf und weist die Pflegeprozessgestaltung und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention als einen von fünf essenziellen Kompetenzbereichen aus (vgl. BMG/BMFSFJ, 2018, S. 1592). Die konkrete Ausgestaltung dieser Kompetenzvermittlung obliegt jedoch den Fachschulen des Gesundheitswesens und Hochschulen, die primärqualifizierend ausbilden. Im Bremer Curriculum von 2019 wird das Thema in das erste und zweite Ausbildungsjahr im Arbeitsfeld der häuslichen Pflege am Beispiel häufig auftretender Gesundheitsstörungen und Einschränkungen aufgenommen (vgl. Muths/Darmann-Finck, 2019, S. 64). Der Forderung nach Qualifikation ist

zudem auf weiteren Ebenen Rechnung zu tragen. Prävention und Gesundheitsförderung als partizipativer Organisationsentwicklungsprozess benötigen Kompetenzen auf leitender und auf umsetzender Ebene. Diesen Forderungen wird in einzelnen Projekten bereits mit strukturierten Fortbildungsangeboten begegnet (vgl. LVG & AfS, 2020, S. 1). Mit Gesundheitsförderung als integralem Bestandteil des alltäglichen Versorgungsgeschehens und einer konsequenten gesundheitsfördernden Gestaltung der sozialräumlichen Bedingungen der Lebenswelt stationärer Altenpflege können gesundheitsrelevante Funktionen und Kompetenzen von Bewohnern und Bewohnerinnen gestärkt werden. Der Ansatz der aktivierenden Pflege sollte dabei deutlicher gesundheitsförderlich ausformuliert und gestaltet werden als bislang (vgl. Blüher/Kuhlmey, 2019, S. 265). Die Effekte von Gesundheitsförderung bei Bewohner/-innen stationärer Pflegeeinrichtungen bleiben zudem ein zentrales Forschungsdesiderat (vgl. Blüher/Kuhlmey, 2019, S. 265).

Insgesamt stellen die Ausführungen den Kontext und die Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Altenpflege dar. Die Erfahrungen aus Projekten in den Einrichtungen zeigen die Chancen und Barrieren auf. Als hemmend werden die Enge des Leitfadens, die Konkurrenz zu bestehenden Angeboten und die fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen wahrgenommen. Ein kontinuierlicher Austausch sowie das Erleben, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen Spaß machen und Effekte im Alltag spürbar sind, tragen zum Umsetzungserfolg bei. Pflegefachpersonen benötigen mehr Qualifikation und ein Arbeitsumfeld, in dem eine adäquate Haltung zur Gesundheitsförderung entwickelt werden kann.

Dieser Beitrag nimmt allein die Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Altenpflegeeinrichtungen in den Blick. In der Versorgung älterer Menschen können Maßnahmen nur funktionieren, wenn Strukturen integriert und Versorgungslücken abgebaut werden. Barrieren sind hier die starke Fragmentierung von Kostenträgern, Leistungsanbietern und Gesundheitsprofessionen (vgl. Müller/Strünck, 2020, S. 298). Offen bleibt der Begründungszusammenhang, mit dem der Gesetzgeber die stationären Einrichtungen in das Präventionsgesetz aufgenommen, die pflegerischen Versorgungsstrukturen in der Häuslichkeit, auf kommunaler Ebene oder in der Primärversorgung aber außen vorgelassen hat.



## Literatur

- Blättner, B./Ponomarew, K./Kraemer, K./Griesel, S. et al. (2018). *Gesundheitsförderung in Pflegeheimen*. *Präv Gesundheitsf*, 13 (2), S. 146–150. DOI: 10.1007/s11553-017-0623-0.
- Blättner, B./Wöhl, C./Siebert, H. (2017). *Verbessert körperliche Aktivität die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens? Ansatzpunkt universeller Prävention in der stationären Pflege*. *Pflegewissenschaft*, 19 (1–2), S. 96–103.
- Blüher, S./Kuhlmey, A. (2019). *Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung*. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62 (3), S. 261–266. DOI: 10.1007/s00103-019-02879-0.
- Blüher, S./Schnitzer, S. (2015). *Risikoprofile für Pflegebedarf. Kohortenstudie zu psychischen und psychosozialen Risiko- und Ressourcenkonstellationen bei älteren Frauen und Männern*. Hrsg. v. ZQP. <https://www.zqp.de/studie-risikofaktoren/> (25.04.2020).
- BMG/BMFSFJ – Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe*. PflAPrV, S. 1572–1621.
- BVPG – Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (Hrsg.) (2020). *Kongressdokumentation: 9. gemeinsamer Präventionskongress „Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege“*. Bonn. <https://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=12341> (16.05.2020).
- BVPG – Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (Hrsg.) (2019). *9. gemeinsamer Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Dokumentation*. Bonn. <https://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=12983> (04.04.2020).
- BVPG – Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (Hrsg.) (2018). *Statusbericht 16. Dokumentation der Statuskonferenz 2017 Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege*. Beitrag Schemann (S. 4); Beitrag Petersen-Ewert (S. 9). [https://www.bvpraevention.de/newbv/images/Publicationen/BVPG\\_Statusbericht\\_16.pdf](https://www.bvpraevention.de/newbv/images/Publicationen/BVPG_Statusbericht_16.pdf) (16.05.2020).
- Destatis (2020). *818 300 Pflegebedürftige lebten Ende 2017 in vollstationären Pflegeheimen*. *Pressemitteilung Nr. 14 vom 31. März 2020*. Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2020/PD20\\_14\\_p002.html?sessionId=348383383DEAFE518676E4FFE16460EF.internet8742](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2020/PD20_14_p002.html?sessionId=348383383DEAFE518676E4FFE16460EF.internet8742) (03.04.2020).
- DGGG – Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (Hrsg.) (2011). *Positionspapier: Teilhabe und Pflege alter Menschen – Professionalität im Wandel. Sektion IV – Soziale Gerontologie und Altenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*. <https://www.dggg-online.de/aktuelles-terme/positionendiskussionen.html> (16.05.2020).
- Fleischer, E. (2018). *Älter werden in Mieming – wo geht die Reise hin? Partizipative Sozialplanung in einer Tiroler Landgemeinde*. [www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/563/1024.pdf](http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/563/1024.pdf) (23.12.2020).
- Fleischmann, N./Vanheiden, T./Wendland, S./Wolff, B. (2019). *Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen*. *Präv Gesundheitsf*, (3), S. 210–216. DOI: 10.1007/s11553-019-00713-8.

- Friedhof, S. (2017). *Partizipative Entwicklung technischer Assistenzsysteme. Umsetzung und Erfahrungen aus dem Projekt „KogniHome“*. In: Hagemann, Tim (Hrsg.): Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens im Zeitalter von Digitalisierung und technischer Assistenz. Veröffentlichung zum zehnjährigen Bestehen der FH der Diakonie. 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos, S. 187–206.
- Gallois, K. (2013). *Partizipative Entwicklung und Durchführung von Interventionsprogrammen zur Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens*. Dissertation. Universität Bremen. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00104879-13> (11.05.2020).
- GKV-Spitzenverband (2018). *Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI*. <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/> (21.06.2019).
- Görres, S./Schmitt, S./Neubert, L./Zimmermann, M./Stolle, C. (2013). *Prävention in der Pflege – Maßnahmen und ihre Wirksamkeit. Erarbeitung einer systematischen Übersicht vorhandener Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege*. Abschlussbericht für das ZQP. IPP Universität Bremen und Mathias Hochschule Rheine. Hrsg. v. ZQP. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht\\_Praevention\\_Pflege\\_Massnahmen\\_Wirksamkeit.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Praevention_Pflege_Massnahmen_Wirksamkeit.pdf) (11.05.2020).
- Hasseler, M. (2011). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege – ein konzeptioneller Ansatz*. Weinheim: Beltz Juventa (Gesundheitsforschung).
- Hasseler, M. (2010). *Prävention als originäre Aufgabe der Pflege – Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich*. In: Hasseler, M./Meyer, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege: Grundlagen und Beispiele. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 35–58.
- Hasseler, M./Mink, J. (2020). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung*. In: Tieman, M./Mohokum, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung, Bd. 35. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 1–13.
- Horn, A./Kleina, T./Schaeffer, D. (2019). *Erfolgsfaktoren und Hemmnisse bei der Implementation des Lübecker Modells Bewegungswelten in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 62 (3), S. 282–288. DOI: 10.1007/s00103-019-02894-1.
- Lampert, T./Hoebel, J. (2019). *Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 62 (3), S. 238–246. DOI: 10.1007/s00103-019-02917-x.
- LVG & AfS (Hrsg.) (2020). *Leben in Balance*. <https://www.gesundheit-nds.de/index.php/leben-in-balance> (18.07.2020).
- LVG & AfS (Hrsg.) (2019). *Gesundheitsförderung für Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen*. Hannover.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.) (2018). *5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*. <https://www.mds-ev.de/themen-des-mds/pflegequalitaet/mds-pflege-qualitaetsberichte.html> (25.04.2020).
- MDS/GKV-Spitzenverband (2019). *Präventionsbericht 2019. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2018*. Berlin. [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention\\_und\\_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp) (23.12.2020).

- Müller, W./Strünck, C. (2020). *Potenziale für präventive Pflege. Wie Selbständigkeit im Alter besser gefördert werden kann*. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*. Bonn, S. 290–302.
- Muths, S./Darmann-Finck, I. (2019). *Bremer Curriculum für die Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann*. Universität Bremen. [https://www.gesundheit.bremen.de/gesundheit/berufe\\_im\\_gesundheitswesen/pflegeprofessionen-12790](https://www.gesundheit.bremen.de/gesundheit/berufe_im_gesundheitswesen/pflegeprofessionen-12790) (31.05.2020).
- Nordhausen, T./Langner, H./Fleischer, S./Meyer, G. et al. (2019). *Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern der stationären Langzeitpflege: Systematische Übersicht zu Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, (147–148, S. 7–19. DOI: 10.1016/j.zefq.2019.09.005.
- Schaeffer, D./Büscher, A. (2009). *Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung: Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42 (6), S. 441–451. DOI: 10.1007/s00391-009-0071-3.
- Schmitt, S. (2013). *Gesundheitsförderung für Pflegeheimbewohner?* *Präv Gesundheitsf*, 8 (2), S. 78–82. DOI: 10.1007/s11553-012-0367-9.
- Unger, H. von (2012). *Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran?* *Forum qualitative Sozialforschung*, 13 (1), S. 1–29.
- Walter, U./Flick, U./Neuber, A./Fischer, C. et al. (2006). *Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis*. 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wöhl, C./Richter, S./Blättner, B. (2018). *Kognitive Interventionen in Pflegeheimen: Systematische Übersicht der präventiven Wirksamkeit auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51 (6), S. 656–665. DOI: 10.1007/s00391-017-1330-3.
- ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2019). *Pflegerische Prävention und Rehabilitation. Ein Angebot des ZQP*. <https://pgf.zqp.de/> (10.05.2020).
- ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2017). *Gewaltprävention in der Pflege*. Berlin.

# 11

## Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch ambulante Pflegedienste

JÖRG HALLENSLEBEN

Jede pflegebedürftige Person, die ihre Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ausschließlich informell sicherstellt und Pflegegeld bezieht, muss gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI in regelmäßigen Abständen eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen. Solche Beratungsbesuche haben eine Kontrollfunktion und eine Beratungsfunktion. Durchgeführt werden die Beratungsbesuche hauptsächlich von ambulanten Pflegediensten. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie über den aktuellen Forschungsstand zum Themenkomplex. Im Fokus steht dabei die Qualität der von ambulanten Pflegediensten durchgeführten Pflegeberatung. In diesem Zusammenhang wird u. a. die Wirkung der gesetzlichen Ausnahmeregelungen betrachtet, die im Zuge der aktuellen Coronavirus-Pandemie getroffen wurden.

### 11.1 Einführung und Fragestellung

1,88 Millionen Pflegebedürftige beziehen ausschließlich Geldleistungen aus der Pflegeversicherung (vgl. BMG, o. J.). Geldleistungsempfänger/-innen sind die Hauptzielgruppe für die Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Diese Beratung dient nach dem Wortlaut des Gesetzes „der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden“ (§ 37 Abs. 3 S. 2 SGB XI).

Mit der Pflegeberatung soll also die häusliche Pflege durch Angehörige und andere informelle Pflegepersonen angemessen kontrolliert, vor allem aber unterstützt werden. Bei Einführung der Pflegeversicherung waren – nicht zuletzt mangels Alternativen – ausschließlich zugelassene Pflegeeinrichtungen mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe betraut (vgl. § 37 Abs. 3 S. 1 SGB XI a. F.; Deutscher Bundestag, 1993, S. 112). Inzwischen kann die Pflegeberatung aber auch von anderen Akteuren vorgenommen werden. In Betracht kommen:

- Pflegestützpunkte (in denen Pflegeberater/-innen nach § 7a SGB XI und Beratungspersonen der Kommunen tätig sein können)

- sonstige von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen
- von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkräfte (Einzelberater/-innen)

Im Durchschnitt führen ambulanten Pflegedienste monatlich 111 Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch, wobei die Zahl der Beratungen positiv mit der Größe der Einrichtung korreliert (vgl. Schneekloth et al., 2017, S. 89). Ambulante Pflegedienste übernehmen auch heute noch den Großteil der bundesweit durchgeführten Pflegeberatungen, nämlich 90,6 % (vgl. Wolff et al., 2020, S. 181). Angesichts der inzwischen vorhandenen Alternativen stellt sich aber die Frage nach der Qualität der Pflegeberatung durch ambulante Pflegedienste noch einmal neu. Schließlich besteht – theoretisch – die Option, die Pflegeberatung durch ambulante Dienste weiter zurückzudrängen oder gar ganz zu substituieren.

## 11.2 Literaturrecherche und -auswahl

Die vorliegende Ausarbeitung basiert im Wesentlichen auf einer Analyse der verfügbaren Literatur. Es wurde eine systematische Literaturrecherche zum Thema Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI (durch ambulante Pflegedienste) durchgeführt. Aufgrund der spezifisch deutschen Rechtslage wurde die größte Erwartung an eine Recherche via *Google Scholar* mit der Suchbegriffskombination „Pflegeberatung“ und „§“ und „37“ im Zeitraum von 2010 bis 2020 geknüpft. Diese Recherche ergab 268 (Stand: 15.09.2020) – jedoch größtenteils nicht einschlägige – Treffer. Nach Sichtung der ersten 200 Treffer wurde die Recherche mit neun Quellen abgebrochen, von denen sich allerdings keine einzige dezidiert mit der Frage nach der Qualität der Pflegeberatung durch ambulante Pflegedienste beschäftigt. Die Recherche im Universitätskatalog für Medizin und Gesundheitswesen mit der besagten Suchbegriffskombination in ZB MED ergab genau einen, dafür aber einschlägigen Treffer (Bücher et al., 2010). Eine mit den deutschen Suchbegriffen analog dazu durchgeführte Recherche in Pubmed (NCBI) zeigte erwartungsgemäß keine Treffer. Die ergänzend dazu durchgeführte Recherche mit den mittels AND verbundenen Begriffen „nursing“, „care“, „community“ und „counselling“ sowie den Einschränkungen „last ten years“ sowie „80+ years“ ergab 36 Ergebnisse. Keines dieser Ergebnisse befasste sich mit der Qualität der Pflegeberatung durch ambulante Pflegedienste.

Weitere relevante Literatur, wie die Studie des IGES-Instituts (Wolff et al., 2020), wurde nicht aufgrund systematischer Recherche ermittelt, sondern ist dem Verfasser aufgrund seines Interesses für das Themenfeld geläufig. Es ist davon auszugehen, dass der vorliegende Beitrag die insgesamt noch recht übersichtliche dezidiert wissenschaftliche Literatur zum Gegenstand vollständig erfasst. Nicht systematisch recherchiert wurde die aktuelle Managementliteratur (Periodika wie *Care konkret* oder *Häusliche Pflege*).

### 11.3 Abgrenzung der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI von anderen Beratungsformaten

Das Elfte Sozialgesetzbuch kennt außer der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 noch zwei andere Beratungsformate, nämlich die individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten nach § 7a sowie Pflegekurse nach § 45. Trotz inhaltlicher Überschneidungen lassen sich diese drei gesetzlichen Formen der Pflegeberatung konzeptionell voneinander abgrenzen (vgl. Büscher et al., 2016). Die in diesem Abschnitt vorgenommene Abgrenzung dient zugleich der Schärfung des Begriffs der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

Die Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI (kurz: 37.3-Beratung) ist die einzige Beratungsform, die für die Mehrzahl der Pflegebedürftigen, nämlich für die Gruppe der reinen Pflegegeldempfänger/-innen ab Pflegegrad 2, obligatorisch ist (vgl. Kap. 11.4). Sie ist auch die einzige Beratung, die regelhaft in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfindet. Genau diese Niedrigschwelligkeit prädestiniert die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 dazu, als „Türöffner“ für die beiden anderen Beratungsformen zu fungieren (vgl. Angele/Calero, 2019, S. 326).

Hier setzen auch die Empfehlungen<sup>1</sup> der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege (GQP) zu den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI an: Im Zuge einer 37.3-Beratung ist bei Bedarf eine Vermittlung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und zur Schulung bzw. Beratung („Pflegekurs“) nach § 45 SGB XI durchzuführen; darüber hinaus ist auch auf andere Beratungs- und Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen aufmerksam zu machen (vgl. GQP, 2019, S. 5).

1 Die Empfehlungen der GQP sind keine bloße Orientierungshilfe, sondern für alle Institutionen, die Beratungen nach § 37 Abs. 3 durchführen, verbindlich (vgl. Wahl, 2018, S. 298). Abweichungen von den Vorgaben sind zwar möglich, wären aber in besonderer Weise begründungspflichtig.

Die angesprochene Türöffner- bzw. Vermittlungsfunktion impliziert, dass die beiden anderen Beratungsformen inhaltlich ergänzende und/oder weiterführende Leistungen enthalten.

### **11.3.1 Abgrenzung von den Pflegekursen nach § 45 SGB XI**

Die von den Pflegekassen unentgeltlich anzubietenden Pflegekurse für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen sollen laut § 45 Abs. 1 S. 2 SGB XI Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflegemaßnahmen vermitteln, etwa den Umgang mit einem Pflegehilfsmittel. Die Schulungen, deren Teilnahme selbstverständlich fakultativ ist, dienen auch dem Zweck, körperliche und seelische Belastungen der Pflegepersonen (z. B. Abbau von Versagensängsten) zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Generell sollen Pflege und Betreuung erleichtert und verbessert sowie ehrenamtliche Hilfe gefördert werden (vgl. § 45 Abs. 1 S. 1 SGB XI).

Bei Einführung der Pflegeversicherung dachte der Gesetzgeber an Gruppenangebote – daher auch die Bezeichnung als „Pflegekurse“ (vgl. Deutscher Bundestag, 1993, S. 116). Nach der heutigen Fassung des § 45 SGB XI (geändert durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz – PSG II am 21.12.2015) kann ein Pflegekurs aber auch eine individuelle Schulung sein; und zwar eine, die auf Wunsch der gepflegten und der pflegenden Person in deren häuslicher Umgebung stattzufinden hat. Für diese häusliche Schulungsvariante stehen im Regelfall zwei Stunden zur Verfügung; der maximale Umfang ist von den Rahmenverträgen abhängig, die von den Pflegekassen mit den Verbänden der Beratungsanbieter auf Landesebene abgeschlossen werden (vgl. DBfK, 2020; AOK Bayern, o. J., S. 4).

Pflegerische Fertigkeiten können zwar auch im Rahmen einer 37.3-Pflegeberatung geschult werden; möglich bzw. gefordert ist in diesem Setting aber nur die Durchführung einer Kurzintervention – und auch diese nur bei Bedarf. Eine umfassendere Vermittlung pflegerischer Fertigkeiten ist im Rahmen einer 37.3-Beratung weder vorgesehen (vgl. GOP, 2019) noch leistbar. Insoweit lassen sich die Pflegekurse bzw. häuslichen Schulungen von der Pflegeberatung nach § 37 SGB XI inhaltlich abgrenzen.

Zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen gelten als prädestiniert dafür, neben den 37.3-Pflegeberatungen auch Pflegeberatungen bzw. -schulungen nach § 45 SGB XI

durchzuführen. Solche Schulungen können aber auch von freiberuflichen Pflegekräften vorgenommen werden (vgl. DBfK, 2020, S. 4). Die formalen Qualifikationsanforderungen an die 37.3-Pflegeberater/-innen sind niedriger als die Qualifikationsanforderungen an die Pflegeberater/-innen nach § 45 SGB XI. Nach den Empfehlungen des GQP (2019, S. 3) zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI ist der Einsatz einer Pflegefachkraft lediglich „in der Regel“ erforderlich. Für die Durchführung von Schulungen bzw. Beratungen nach § 45 SGB XI ist hingegen die Qualifikation zur Pflegefachkraft obligatorisch. Zusätzlich gefordert werden hier zumeist eine zweijährige Berufserfahrung sowie ein Nachweis über eine einschlägige, pflegepädagogisch orientierte Kurzweiterbildung (vgl. DBfK, 2020, S. 4).

### 11.3.2 Abgrenzung von der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Während die Pflegeberatungen nach § 37 Abs. 3 und § 45 SGB XI in erster Linie von den ambulanten Diensten durchgeführt werden, sind die Pflegeberater/-innen nach § 7a SGB XI weit überwiegend bei den Pflegekassen beschäftigt (vgl. Wolff et al., 2020, S. 100). Zur Sicherstellung der Pflegeberatung nach § 7a können sich die Pflegekassen allerdings an Pflegestützpunkten (§ 7a Abs. 4 SGB XI) oder an den Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen (§ 7a Abs. 8 SGB XI).

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist umfassender angelegt als die Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Gesetzlich gefordert ist eine Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und/oder Hilfsangeboten. Diese Hilfestellung hat – bei Bedarf – als Case-Management zu erfolgen, d. h., die Pflegeberaterinnen und -berater nach § 7a

- eruieren den Hilfebedarf der pflegebedürftigen Person,
- erstellen gemeinsam mit ihr und ggf. den Angehörigen einen individuellen Versorgungsplan,
- wirken auf die Durchführung der Maßnahmen einschließlich der Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hin und
- überwachen und evaluieren den Hilfeprozess.

Für ein so verstandenes Case-Management (vgl. Mickley, 2016, S. 66; Frommelt et al., 2008) hätten die Pflegeberater/-innen nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht die erforderlichen



zeitlichen Ressourcen. Es ist auch nicht ihre Aufgabe – jedenfalls enthalten die Empfehlungen der GQP (2019) dazu keine Vorgaben.

Formal einschlägig für das Case-Management qualifiziert sind nur die Pflegeberater/-innen nach § 7a SGB XI. Zur Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (kurz: 7a-Beratung) sind sowohl gute sozialrechtliche als auch gute pflegerische Kenntnisse vonnöten. Die 7a-Pflegeberater/-innen müssen daher eine umfassende Weiterbildung absolviert haben. Obligatorisch ist das Modul „Case-Management“. „Pflegefachwissen“ und „Recht“ sind weitere Module der Weiterbildung. Wer die Grundqualifikation zur Pflegefachkraft aufweisen kann, muss das Modul „Pflegefachwissen“ nicht mehr absolvieren; Sozialversicherungsfachangestellte können sich wiederum das Modul „Recht“ anrechnen lassen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018, S. 4).

Die formalen Qualifikationsanforderungen an die 7a-Pflegeberater/-innen sind somit höher als die Qualifikationsanforderungen an die 37.3-Pflegeberater/-innen. Ob allerdings auch die faktischen Kompetenzen der 37.3-Pflegeberater/-innen in der Praxis tatsächlich deutlich hinter diejenigen der 7a-Pflegeberater/-innen zurückfallen, ist noch unerforscht. Nach einer – allerdings älteren Studie – werden die 37.3-Beratungsgespräche hauptsächlich von Pflegedienstleitungen durchgeführt (vgl. Büscher et al., 2010, S. 21). Diese sind nicht nur pflegefachlich kompetent, sondern kennen sich in aller Regel auch gut mit den sozialrechtlichen Ansprüchen rund um die Pflegemaßnahmen aus. Schließlich gehört es zu ihren Kernaufgaben, Pflegeleistungen an Kundinnen und Kunden zu verkaufen.

## **11.4 Kontrollfunktion des Beratungsbesuchs**

Im Folgenden wird die Kontrollfunktion der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI zunächst aus rechtlicher (und politischer) Perspektive betrachtet, anschließend wird die Praxis im Lichte der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse beleuchtet.

### **11.4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen**

Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI setzt voraus, dass die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise sichergestellt werden (vgl. Wahl, 2018, S. 293). Verhindert werden sollen vor allem Fälle physischer Gewaltausübung, extremer Vernachlässigung und sozialer Isolation (vgl. Jungnitz

et al., 2017, S. 17 f.), aber auch die häufig vorausgehende Überforderung der häuslich Pflegenden sowie untragbare wohnliche und hygienische Verhältnisse. Gewalt und Vernachlässigung sind keineswegs nur auf Einzelfälle beschränkt (vgl. Schwedler/Wellenhofer, 2018, S. 12 f.).

Pflegebedürftige, die in ihrer Häuslichkeit nicht durch zugelassene ambulante Pflege- oder Betreuungsdienste gepflegt und betreut werden – sondern ausschließlich durch Angehörige, 24-Stunden-Betreuungskräfte, Freunde, Nachbarn etc. –, *müssen* deshalb in regelmäßigen Abständen eine Beratung nach Absatz 3 in Anspruch nehmen. Die vorgeschriebene Frequenz der obligatorischen Beratung richtet sich nach dem Pflegegrad (halbjährliche Beratungsgespräche bei Pflegegrad 2 und 3; vierteljährlich bei Pflegegrad 4 und 5)<sup>2</sup>. Ruft die pflegebedürftige Person die Beratung nicht ab, haben die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen (vgl. § 37 Abs. 6 SGB XI). Wie bereits erwähnt, ist die Verpflichtung zur Inanspruchnahme einer Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI aufgrund der COVID-19-Pandemie für den Zeitraum vom 01.01.2020 bis zum 30.09.2020 ausgesetzt gewesen. Trotz pausierter Beratungsverpflichtung hatten Pflegebedürftige und deren Angehörige aber weiterhin das Recht, sich freiwillig beraten zu lassen.<sup>3</sup> Die Beratungen konnten in dieser Zeit wie gewohnt im Zuge eines Hausbesuchs stattfinden (natürlich mit Mund-Nasen-Schutz), aber auch telefonisch oder online (über Software für Videokonferenzen).

Ebenfalls erwähnt sei, dass die gesetzliche Verpflichtung der Pflegegeldbeziehenden zur Inanspruchnahme einer Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI mit der grundsätzlichen Verpflichtung der ambulanten Pflegedienste zur Durchführung solcher Beratungseinsätze korrespondiert (§ 72 Abs. 4 S. 2 SGB XI).

Ein Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI hat immer auch einen gewissen Kontrollcharakter. Die Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege erfolgt unter der Hauptfragestellung, ob die häusliche Pflege gewährleistet ist. Dabei wird die gesamte Pflegesituation in den Blick genommen. Es interessieren also nicht nur der Pflegezustand, das Befinden und die Wünsche der pflegebedürftigen Person (Hinweise auf Pflegefehler und/oder Verwahrlosung?), sondern auch das Befinden (Anzeichen von

2 Die Option zur halbjährlichen Inanspruchnahme einer 37.3-Pflegeberatung haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5, die Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, sowie Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die keinen Anspruch auf Pflegegeld haben.

3 Die Änderungen wurden durch § 148 Art. 4 COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vorgenommen, einem Artikelgesetz mit einer Vielzahl von Änderungen unterschiedlichster Gesetze, so auch des SGB XI.

Überlastung?) und die Pflegebereitschaft der Hauptpflegeperson sowie deren Kenntnis und Akzeptanz von Entlastungsmöglichkeiten (ggf. in Anspruch genommene Hilfen?). Schließlich sind auch die baulichen Gegebenheiten sowie die Pflege-tauglichkeit der Wohnungseinrichtung – insbesondere Bett und sanitäre Einrichtungen – zu betrachten (vgl. GQP, 2019, S. 5). Wenn es aufgrund des Gesamteindrucks oder aufgrund von Hinweisen geboten erscheint, soll „zur Klärung pflegerischer Fragestellungen eine Inaugenscheinnahme der betroffenen Körperregion vorgenommen werden. Voraussetzung ist die Zustimmung der bzw. des Pflegebedürftigen“ (GQP, 2019, S. 5).

Der Kontrollaspekt war und ist umstritten (vgl. Klie, 1998; Wahl, 2018, S. 292). Der Umstand, dass privatwirtschaftlich operierende Pflegedienste mit einer quasi-hoheitlichen Aufgabe betreut sind, wird grundsätzlich hinterfragt. Auch wird die wichtigste Sanktionsmöglichkeit der Pflegekassen – die Streichung des Pflegegelds – als kontraproduktiv erachtet, da sie nicht geeignet sei, eine unbefriedigende häusliche Pflegesituation zu verbessern (vgl. Jungnitz et al., 2017, S. 67).

Der Gesetzgeber hat diese Kritik teilweise aufgenommen und schon vor Jahren deutlich gemacht, dass der beratende Charakter im Vordergrund zu stehen hat. Bereits seit dem 2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PfLEG) drohen den Pflegebedürftigen keine unmittelbaren Pflegegeldkürzungen, wenn sie ihr Einverständnis für die Übermittlung der Erkenntnisse aus der 37.3-Pflegeberatung an die Pflegekassen verweigern (vgl. Wahl, 2018, S. 297). Auf dem aktuellen Formular „Nachweis über einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI“ kann die pflegebedürftige Person ankreuzen (lassen), ob sie einer Übermittlung der Angaben zur Sicherstellung der Pflege- und Betreuungssituation an die Pflegekasse zustimmt – oder eben nicht.

Allerdings bleiben die Pflegeberater/-innen aufgefordert, die Pflegekasse – zur Not auch gegen den Willen der Betroffenen – zu informieren (durch entsprechendes Ankreuzen auf dem Nachweisformular), wenn nach ihrer Überzeugung eine weitergehende Beratung nach § 7a SGB XI angezeigt ist (vgl. GKV-Spitzenverband, 2020a, S. 163). In diesem Fall hat die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen eine 7a-Pflegeberatung anzubieten (vgl. GKV-Spitzenverband, 2020a, S. 163). Auch kann die Pflegekasse die wiederholte Verweigerung des Einverständnisses zum Anlass für eine Kontrolle durch den Medizinischen Dienst nach § 18 Abs. 6 S. 4 SGB XI nehmen (vgl. Wahl, 2018, S. 297).

Droht nach Einschätzung der Beratungsperson eine gegenwärtige Gefahr für Leib oder Leben des Pflegebedürftigen, hat sie unverzüglich einen Notdienst (Krankenwagen, Feuerwehr oder Polizei) einzuschalten. Es gilt § 34 StGB des rechtfertigenden Notstands. Im Weiteren ist dann die Pflegekasse darüber zu informieren, dass die Pflege nicht sichergestellt ist – in diesem Fall, auch ohne Einwilligung des Pflegebedürftigen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2020a, S. 163; GQP, 2019, S. 9). Zahlen zur Häufigkeit derartiger Fälle rechtfertigenden Notstands in Deutschland liegen allerdings nicht vor. Es dürfte sich um absolute Ausnahmefälle handeln. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass einem Teil der Berater/-innen aus Pflegediensten die Regelungen zum rechtfertigenden Notstand nicht bekannt ist (vgl. Jungnitz, 2017, S. 64).

#### 11.4.2 Forschungsstand

Bei der Verpflichtung zur Inanspruchnahme einer Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI handelt es sich de jure um eine Bringschuld der pflegebedürftigen Person (vgl. Wahl, 2018, S. 296), d. h., die Pflegekasse müsste diese nicht an ihre Obliegenheit erinnern und könnte bei einem Versäumnis direkt das Pflegegeld kürzen. Faktisch handeln die Pflegekassen aber kulant. Erinnerungen an einen überfälligen Beratungsbesuch sind üblich; rund ein Viertel der vom IGES-Institut befragten Pflegegeldbezieher/-innen gibt an, von ihrer jeweiligen Pflegekasse an den Beratungsbesuch erinnert worden zu sein (vgl. Wolff et al., 2020, S. 182). Von einem kulanten Umgang zeugt zuletzt auch die Tatsache, dass Pflegegeldbeziehende im Laufe eines Jahres durchschnittlich nur rund 1,5 Beratungseinsätze in Anspruch nehmen (vgl. Wolff et al., 2020, S. 174). Schließlich entspricht diese Quote nicht den Erwartungen, da eigentlich mindestens zwei Beratungsbesuche pro Jahr gesetzlich vorgeschrieben sind (in den Pflegegraden 4 und 5 sogar vier pro Jahr).

Laut einer Studie von 2010 liegt der Schwerpunkt der Pflegedienste eindeutig auf dem Beratungsaspekt:

„Die beratenden Pflegefachkräfte berichten, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu oft an Kontrolle denken, wenn die Besuche erstmals durchgeführt werden. Die Pflegedienste versuchen in diesem Zusammenhang, die Kontrollängste zu nehmen.“ (Büscher et al., 2010, S. 31)

Dass die Pflegedienste bemüht sind, den Pflegegeldbeziehenden Ängste vor Kontrollen zu nehmen, legen auch die Ergebnisse einer aktuellen quantitativen Befragung durch das IGES-Institut von 1.897 Pflegebedürftigen und Pflegepersonen nahe. Da-

nach hatten 65,5 % der Befragten „gar nicht“ das Gefühl, die Beratungsperson wolle sie kontrollieren, nach Ansicht weiterer 23,3 % traf das „eher nicht zu“ und lediglich 4 % beantworteten das Item „Wir hatten das Gefühl, die Beratungsperson wollte uns kontrollieren“ mit „trifft völlig zu“ oder „trifft eher zu“ (vgl. Wolff et al., 2020, S. 141).

Die in der IGES-Studie befragten Pflegegeldbeziehenden berichteten zu 99 %, dass die Pflege immer sichergestellt gewesen sei (vgl. Wolff et al., 2020, S. 204). Dies deckt sich mit den ebenfalls von IGES ausgewerteten Sekundärdaten der Pflegekassen aus dem Jahr 2018. Danach wurde nur bei 0,8 % der Pflegegeldbeziehenden das Pflegegeld gekürzt. Kompletentzogen wurde das Pflegegeld nur in 0,1 % der Fälle (vgl. Wolff et al., 2020, S. 176).

Bemerkenswert ist nun, dass die parallele Befragung von Beraterinnen und Beratern durch das IGES-Institut zu einer signifikant anderen Quote nicht sichergestellter Pflege gekommen ist: Danach wurde in immerhin 6,8 % der Fälle die Pflege als nicht „nicht sichergestellt“ beurteilt (vgl. Wolff et al., 2020, S. 176, 204). Die Diskrepanz zwischen diesem Befragungsergebnis und den Sekundärdaten der Pflegekassen lässt sich sicherlich zum Teil dadurch erklären, dass die Pflegegeldbeziehenden auf dem Nachweisblatt der Übermittlung dieser Information an die zuständige Pflegekasse zustimmen müssen (vgl. GKV-Spitzenverband, o. J.). Man darf annehmen, dass die Zustimmung überproportional häufig insbesondere in den Fällen nicht erteilt wird, in denen das Ergebnis für die Pflegegeldbeziehenden bzw. für deren Pflegepersonen negativ ausgefallen ist. Daraus lässt sich schließen, dass die Beurteilung durch die vom IGES-Institut befragten Pflegeberater/-innen der Wahrheit näherkommt als die Sekundärdaten der Pflegekassen.

Zur Einordnung des besagten IGES-Befragungsergebnisses muss man wissen, dass nur Berater/-innen befragt wurden, die sowohl Pflegeberatungen nach § 37 Abs. 3 als auch nach § 7a SGB XI durchgeführt haben (vgl. Wolff et al., 2020, S. 176, 209); also vor allem Berater/-innen, die zum Zeitpunkt der Beratung in Pflegekassen oder Pflegestützpunkten angestellt waren. Nicht befragt wurden jedoch die „typischen“ Berater/-innen aus ambulanten Pflegediensten.

Daher stellt sich die Frage, ob die „typischen“, in ambulanten Diensten beschäftigten 37.3-Pflegeberater/-innen genauso geantwortet hätten wie ihre vom IGES-Institut befragten Kolleginnen und Kollegen aus Pflegekassen oder Pflegestützpunkten. Mangels Daten kann hier nur spekuliert werden. Konstatieren lässt sich aber, dass die Pflegedienste vor elf Jahren nur sehr selten Fälle von nicht sichergestellter Pflege an

die Pflegekassen gemeldet haben. Die Quote bewegte sich eher auf dem Niveau der Sekundärdaten der Pflegekassen (vgl. Büscher et al., 2010, S. 22) als auf dem Niveau der Einschätzungen der vom IGES-Institut befragten Berater/-innen.

Laut der Studie von Büscher et al. (2010, S. 22) hat eine Reihe von Pflegediensten die Pflege entgegen ihrer wahren Einschätzung der häuslichen Pflegesituation durchaus schon einmal euphemistisch als „sichergestellt“ bezeichnet, um Beratungskundinnen und -kunden nicht als potenzielle Kundeninnen und Kunden für weitergehende Pflegeleistungen zu verlieren. Einige der von Büscher et al. interviewten Berater/-innen aus Pflegediensten äußerten die Befürchtung, dass sich ein negatives Gutachten herumsprechen und geschäftsschädigend auswirken könnte (vgl. Büscher et al., 2010, S. 23). In diesem Zusammenhang ist von Belang, dass 2010 rund 10 % der Beratungskundinnen und -kunden – im Durchschnitt und bei großer Varianz zwischen den Diensten – später eine Sachleistung nach SGB XI in Anspruch genommen haben (vgl. Büscher et al., 2010, S. 21). Hinzu käme noch die von Büscher et al. nicht ermittelte Quote von Kundinnen und Kunden, die nach vorausgegangenen Beratungsbesuchen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V in Anspruch genommen haben.

Das Motiv der Kundenakquise spielt heute allerdings eine weitaus geringere Rolle als vor zehn Jahren, denn vor dem Hintergrund des sich verschärfenden Altenpflegefachpersonal Mangels (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2020, S. 16 f.) vermag die große Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste die Nachfrage nach ihren Pflegeleistungen ohnehin kaum zu decken. Insoweit entfällt ein zentrales Argument für die These, dass die Gutachten der 37.3-Pflegeberater/-innen aus ambulanten Diensten weniger zuverlässig wären als die Gutachten ihrer Kolleginnen und Kollegen aus Pflegekassen, Pflegestützpunkten und sonstigen Beratungsstellen.

## 11.5 Beratungsqualität

Wie im vorigen Abschnitt dargestellt, wird die Kontrollfunktion von den Beraterinnen und Beratern aus ambulanten Pflegediensten nicht immer adäquat ausgefüllt. Wie ist es nun um deren zweite Funktion – der Beratungsfunktion – bestellt?

### 11.5.1 Rechtliche und konzeptionelle Rahmenbedingungen

Die Empfehlungen der GQP zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI (GQP, 2019) sind die maßgeblichen Leitlinien für die Dienstleistungserbringer. Neben den Anforderungen an die personale und fachliche Kompetenz der Pflegeberater/-innen finden sich hier auch Empfehlungen zum Beratungsverständnis, z. B. „Die Beratungshaltung der Beratungsperson ist offen, kooperativ, respektvoll, wertfrei und empathisch“ (GQP, 2019, S. 4), sowie Empfehlungen zur Prozessqualität, wie etwa das Postulat, den Beratungsprozess zu strukturieren (vgl. GQP, 2019, S. 4). Ob und inwieweit diese Empfehlungen von den ambulanten Pflegediensten und den anderen Akteuren, bei denen Pflegeberater/-innen beschäftigt sind, tatsächlich umgesetzt werden, wird allerdings nicht geprüft. Die Qualitätsprüfungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbands für die ambulante Pflege blenden das Thema Pflegeberatung aus unerfindlichen Gründen aus (vgl. GKV-Spitzenverband, 2020b).

Beratungsprozesse lassen sich aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalls, d. h. der jeweils individuellen Problematik und der jeweils spezifischen Versorgungssituation, nur begrenzt standardisieren. Die Empfehlungen der GQP zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche postulieren daher:

„In den Beratungsbesuchen wird individuell auf die Versorgungssituation eingegangen. Von Beratungsbesuch zu Beratungsbesuch können die Beratungsschwerpunkte auch bei ein und demselben bzw. derselben Pflegebedürftigen variieren.“ (GQP, 2019, S. 6)

Insgesamt bieten die Empfehlungen der GQP zwar einen gewissen Orientierungsrahmen, letztlich sind die 37.3-Pflegeberater/-innen aber weitgehend frei darin, wie sie ihren Beratungsauftrag wahrnehmen.

Es existieren dennoch Ansätze zur präzisieren Bestimmung der Beratungsqualität. Laut Michell-Auli und Gerlich (2019) muss sich Beratung in den folgenden fünf Dimensionen manifestieren: 1. Zugänglichkeit, 2. Lösungskompetenz, 3. Beziehungsqualität, 4. Informationsqualität und 5. Kommunikations- und Methodenqualität. Aber diese Ansätze haben sich bisher noch nicht in entsprechenden Instrumenten zur Evaluation der Beratungsqualität niedergeschlagen – weder aufseiten der Pflegeleistungsanbieter noch aufseiten der Pflegekassen.

Das aktuelle Formular zum Nachweis über einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI (vgl. GKV-Spitzenverband, o. J.) besteht aus geschlossenen und offe-

nen Items. Für die Einschätzung der Pflege- und Betreuungssituation aus Sicht der Beratungsperson steht ausschließlich Freitext zur Verfügung. Die GQP empfiehlt bei einem bestehenden Gewaltverdacht ausdrücklich, die Checkliste „Potenziale und Risiken familialer Pflege alter Menschen (PURFAM)“ oder den Themenreport „Gewaltprävention in der Pflege“ (vgl. GQP, 2019, S. 5) zu nutzen. Darüber hinaus ist es den Pflegeberaterinnen und -beratern unbenommen, weitere Assessmenttools einzusetzen.

Für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch die Pflegekassen wurde im Rahmen des GKV-Modellprojekts „PLiP – Pflegeberatung ist Problemlösen“ ein Instrument zur Unterstützung der Pflegeberater/-innen in der Beratungssituation entwickelt, das grundsätzlich auch von 37.3-Pflegeberater/-innen genutzt werden könnte. Zentrale Bausteine von PLiP sind Arbeitsblätter zur Abbildung des Problemlösungsprozesses sowie ein Kartenset, das für die Problemidentifizierung und -analyse eingesetzt werden kann. Zum Gesamtkonzept gehört auch ein Schulungs- und Coachingprogramm für Pflegeberater/-innen (vgl. Pfeiffer et al., 2018).

Auch weil die Zahl der möglichen Beratungsthemen und damit der wünschenswerten Assessmenttools groß ist, wird gegenwärtig an digitalen Lösungen für die Pflegeberatung gearbeitet, z. B. „INGE – *intgrate4care* – digitale INtegrierte GESundheits- und Pflegeversorgung mit IT-gestütztem Pflegeberatungsbesuch nach § 37.3 SGB XI“ (Frauenhofer, o. J.) und *Carepilot* (Graner/Jonas, 2020; Care digital AG, o. J.). Das optimale Verhältnis aus Geschlossenheit und Offenheit der Beratungsinstrumente gilt es dabei noch zu finden.

### 11.5.2 Forschungsstand

Zum Thema der Beratungsqualität durch ambulante Pflegedienste lässt sich mit den vorliegenden Forschungsergebnissen kein scharfes Bild zeichnen.

In einer repräsentativen Befragung von 2.676 Pflegegeldbeziehenden durch das IGES-Institut haben sich diese recht zufrieden mit der 37.3-Pflegeberatung geäußert (vgl. Wolff et al., 2020, S. 185). So wurde das Item „Die Beratungsperson konnte die meisten unserer Fragen beantworten“ von 68,6 % (n = 1.536) der Befragten mit „trifft völlig zu“ und von weiteren 22,7 % (n = 508) mit immerhin „trifft eher zu“ beantwortet. Nur 2,2 % (n = 45) der Befragten verneinten die Aussage eher oder absolut (vgl. Wolff et al., 2020, S. 143). Ältere Befragungsergebnisse deuten in dieselbe Richtung



wie die aktuellen Befragungsergebnisse: Vor elf Jahren erlebten 95,3 % von 423 befragten Pflegebedürftigen oder Angehörigen die Beratungsbesuche als hilfreich (vgl. Büscher et al., 2010, S. 39, 54).

Im Rahmen einer BARMER-Versichertenbefragung im Dezember 2017 (Rothgang/Müller, 2018) äußerten sich die 1.862 befragten Hauptpflegepersonen positiver über die Pflegeberatung durch ambulante Dienste als über die Pflegeberatung durch die Pflegekassen und die Pflegestützpunkte (vgl. Tab. 11.1).

**Tab. 11.1:** Nutzung und Bewertung von Beratungs- und Begleitungsangeboten (vgl. Rothgang/Müller, 2018, S. 144)

| Beratung durch          | Ja, und ...   |                 | Nein, weil ...    |             |              | geringe Qualität |
|-------------------------|---------------|-----------------|-------------------|-------------|--------------|------------------|
|                         | war zufrieden | war unzufrieden | ist mir unbekannt | kein Bedarf | kein Angebot |                  |
| <b>Pflegedienst</b>     | 54,8 %        | 6,1 %           | 4,8 %             | 14,9 %      | 5,5 %        | 2,0 %            |
| <b>Pflegekasse</b>      | 37,4 %        | 8,0 %           | 9,8 %             | 19,0 %      | 7,9 %        | 1,8 %            |
| <b>Pflegestützpunkt</b> | 17,5 %        | 2,8 %           | 20,0 %            | 29,2 %      | 7,6 %        | 0,9 %            |

Zu berücksichtigen ist bei Tab. 11.1 natürlich, dass hier nicht nur die Antworten der beratenen Personen ausgewiesen werden, sondern auch die Antworten derjenigen, die das jeweilige Beratungsangebot aus verschiedenen Gründen nicht genutzt haben. Die Zeilensummen ergeben keine 100 %. Die Zufriedenheitswerte in der ersten Spalte sind daher nicht direkt vergleichbar. Eher vergleichbar ist das Verhältnis der zufriedenen zu den unzufriedenen Nutzer/-innen. Diesbezüglich lautet das Ergebnis wie folgt:

- Pflegedienst: 9,0-mal mehr zufriedene als unzufriedene Nutzer/-innen
- Pflegekasse: 4,7-mal mehr zufriedene als unzufriedene Nutzer/-innen
- Pflegestützpunkt: 6,3-mal mehr zufriedene als unzufriedene Nutzer/-innen

Immer wieder wird allerdings auf die große Heterogenität der 37.3-Beratungsbesuche in Bezug auf Umfang und Vorgehensweise kritisch hingewiesen (vgl. Büscher et al., 2010; Jungnitz et al., 2017). Die vorhandenen Strukturen und Standards seien nicht hinreichend, um die Durchführung von qualitätsdefizitären Pflegeberatungen durch unerfahrene und/oder unengagierte Pflegeberater/-innen zu verhindern.

Die bisherigen Modellprojekte zur Strukturierung und instrumentellen Unterstützung von Pflegeberatungsgesprächen nach § 37 Abs. 3 SGB XI (und nach § 7a SGB XI) sind nur teilweise ermutigend. Experteninterviews, die im Rahmen einer Anforderungsanalyse für die digitale Pflegeberatungssoftware INGE erstellt wurden (n = 25), zeigen zwar einerseits ein generelles Interesse der 37.3-Pflegeberater/-innen an einer digitalen Unterstützung. Zugleich haben die interviewten Pflegeberater/-innen aber betont, dass sie weiterhin den Besonderheiten des Einzelfalls Rechnung tragen wollen und von daher keinesfalls eng von einer Software durch den Beratungsprozess geschleust werden wollen (vgl. Gabber, 2020). Die von Pfeiffer et al. propagierte Methode des strukturierten Problemlösens wurde von den Pflegeberatern/Pflegeberaterinnen des PLiP-Modellprojekts höchst unterschiedlich und insgesamt eher selten eingesetzt.<sup>4</sup> Während der sechsmonatigen Schulungsperiode haben 47 % der Berater/-innen (n = 17) die Methode jeweils nur 1–3 mal angewandt bzw. geübt, also nur bei einem Bruchteil der von ihnen durchgeführten Beratungsgespräche (vgl. Pfeiffer et al., 2018, S. 58). Das zentrale Arbeitsblatt zur Situationsanalyse wurde nur von 50 % der Pflegeberater/-innen (n = 20) „immer“ oder wenigstens „meistens“ eingesetzt (vgl. Pfeiffer et al., 2018, S. 58). Der Aussage „Die Problemlöseschritte lassen sich gut in meinen Beratungsalltag integrieren“ stieß nur auf verhaltene Zustimmung: „trifft vollständig zu“ = 0 %; „trifft eher zu“ = 35 %; „trifft teilweise zu“ = 35 %; „trifft eher nicht zu“ = 30 %; „trifft gar nicht zu“ = 0 % (vgl. Pfeiffer et al., 2018, S. 60). Über den Nutzungsgrad der von der GQP (2019) empfohlenen Instrumente zur Gewaltprävention in der Pflegeberatung nach § 37 Abs 2 SGB XI liegen bisher keine Studien vor, ebenso wenig zur Nutzung anderer Pflegeassessmentinstrumente.

## 11.6 Ökonomische Rahmenbedingungen

Die Qualität der Pflegeberatung hängt nicht zuletzt von den ökonomischen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung ab. Zwar ist die Gleichung „Zeit = Qualität“ zu simpel, aber es ist evident, dass die Beratungsdauer Einfluss auf die inhaltliche Qualität hat. Wie genau ist bisher jedoch nicht erforscht.

---

4 Bei den Pflegeberatern/-beraterinnen des PLiP-Modellprojekts handelte es sich zwar, wie schon erwähnt, um Berater/-innen nach § 7a SGB XI. Es ist allerdings kein Grund ersichtlich, warum der Nutzungsgrad der PLiP-Werkzeuge durch 37.3-Pflegeberater/-innen – bei gleichen Rahmenbedingungen – höher sein sollte als durch 7a-Pflegeberater/-innen. Eher ist eine noch geringere Nutzung zu erwarten, da die Rahmenbedingungen tatsächlich nicht gleich, sondern ungünstiger für die Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind (vgl. Kap. 11.6).

### 11.6.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Vergütung für die Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI war lange Zeit im Gesetzestext selbst festgelegt – und zwar auf niedrigem Niveau. Dabei war ins Kalkül einbezogen, dass die ambulanten Dienste die Beratungsbesuche auch zur Kundenakquise verwenden. Der Gesetzgeber hat aber inzwischen erkannt, dass die gesetzlichen Vergütungssätze nicht ausreichend waren, um die vom Gesetz selbst geforderte fachlich anspruchsvolle Beratung zu realisieren (vgl. Deutscher Bundestag, 2018, S. 98 f.). Mit dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) zum 01.01.2019 werden die Vergütungen daher nicht mehr vom Gesetzgeber festgelegt, sondern sie werden nach den Grundsätzen des ambulanten Vergütungsrechts gemäß § 89 SGB XI zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten – bzw. deren Verbänden auf Landesebene – ausgehandelt. In den meisten Bundesländern wird eine Punktzahl mit dem individuellen Punktwert des Pflegedienstes multipliziert (vgl. Heiber, 2019, S. 31 f.). Ein Ergebnis dieser Reform sind zwar letztlich kaum begründbare Vergütungsunterschiede zwischen verschiedenen Pflegediensten und verschiedenen Bundesländern; die aktuellen Vergütungssätze liegen allerdings durchgehend über den alten gesetzlich festgelegten Sätzen – in einigen Bundesländern (z. B. NRW) liegen sie oft mehr als doppelt so hoch.<sup>5</sup>

Vor diesem Hintergrund sollte man annehmen, dass sich die durchschnittliche Dauer einer Pflegeberatung nach Inkrafttreten des PpSG im Laufe des Jahres 2019 gegenüber dem Status bis 2018 deutlich verlängert hat – wenn auch sicherlich nicht verdoppelt, denn die bisherige Vergütung galt schließlich als unangemessen niedrig, und aus einer angemessenen Vergütung folgt ohnehin nicht zwingend eine bessere Serviceleistung.

Mit der zuvor bereits erwähnten Reaktion des Gesetzgebers auf die COVID-19-Pandemie ist allerdings in den ersten neun Monaten des Jahres 2020 erneut eine veränderte Situation entstanden. Wie schon angedeutet, war es den Pflegediensten

---

5 In NRW zählt der Leistungskomplex LK 17 „Beratungsbesuch nach § 37,3 SGB XI“ 1.350 Punkte. Diese Punktzahl wird mit dem einrichtungsindividuell vereinbarten Punktwert multipliziert. Bei einem niedrig angesetzten Punktwert von „0,040“ ergibt sich damit eine Vergütung von 54,80 Euro für den Leistungskomplex. Der Punktwert kann auch deutlich höher liegen. Ein Beispiel: Beim „Caritasverband für die Stadt Köln e. V. Sozialstation Köln-Deutz/Kalk“ ergibt sich dadurch für den LK 17 eine Vergütung von 86,49 Euro (Abruf mit <https://www.pflegelotse.de> am 02.10.2020). Die gesetzlich festgelegten Vergütungen betragen zuletzt 23 bzw. 33 Euro (vgl. § 37 Abs. 3 SGB XI a. F.).

bis zum 30.09.2020 möglich, die Pflegeberatung telefonisch durchzuführen (vgl. Techniker Krankenkasse, 2020).

### 11.6.2 Forschungsstand

Die geringe gesetzliche Vergütung ließ in der Vergangenheit nur kurze Besuche zu: Im Durchschnitt dauerten die Besuche in der Pflegestufe I rund 26 Minuten und in der Pflegestufe III rund 35 Minuten (vgl. Büscher et al., 2010, S. 24 f.). Die seit 2019 gültigen Vergütungsregelungen müssten den Pflegediensten eine wirtschaftliche Durchführung auch zeitintensiver Pflegeberatungen ermöglichen. Die Annahme, dass sich die durchschnittliche Dauer einer Pflegeberatung nach Inkrafttreten des PpSG im Laufe des Jahres 2019 gegenüber dem Status bis 2018 deutlich verlängert haben müsste, ist allerdings bisher noch nicht überprüft worden – jedenfalls ist zu dieser Frage bisher keine Statistik publiziert.<sup>6</sup> Ebenfalls bisher nicht untersucht wurden die Auswirkungen der coronabedingten Ausnahmeregelungen auf die Qualität der Beratungsgespräche.

## 11.7 Fazit und Ausblick

Pflegeberatungen nach § 37 Abs 3 SGB XI (Beratung in der eigenen Häuslichkeit) ermöglichen – gerade wegen ihres obligatorischen Charakters – auch Zugang zu solchen Familien und Einzelpersonen, die von den Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI (Hilfe bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten) oder von den Pflegeberatungen nach § 45 SGB XI (Pflegekurse) nur sehr schwer oder gar nicht erreicht werden können. Sie dienen somit der Prävention von physischer Gewaltausübung, extremer Vernachlässigung und sozialer Isolation. Die schiere Menge an durchzuführenden Beratungsgesprächen kann derzeit nur unter Rückgriff auf Pflegefachkräfte aus ambulanten Diensten bewältigt werden.

Es gab und gibt zwar Gründe dafür, an der Qualität der Pflegeberatungen durch ambulante Dienste zu zweifeln. So stößt die Wahrnehmung quasi-hoheitlicher Auf-

---

<sup>6</sup> Zwar liegen die Rohdaten für eine Statistik über die Dauer der Beratungsbesuche standardmäßig vor, da auf dem Nachweisformular für die Beratungsgespräche entsprechende Angaben zu machen sind (vgl. GKV-Spitzenverband, o. J., S. 1). Allerdings scheinen die den Pflegekassen vorliegenden 37.3-Gutachten nicht entsprechend ausgewertet zu werden; jedenfalls nicht von den Ersatzkassen (laut Auskunft Kristin Krudop-Scholz, Referatsleiterin Pflege, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Bremen, E-Mail vom 26.10.2020).

gaben durch privatwirtschaftliche Akteure auf grundsätzliche Bedenken. Auch ist zu befürchten, dass die gegenwärtig faktisch nicht vorhandene externe Kontrolle der inhaltlichen Qualität der Beratungsgespräche zur Gewinnmaximierung ermuntert. Die Ergebnisse aus den vorliegenden Studien zur Zufriedenheit der Nutzer/-innen mit der Pflegeberatung durch ambulante Dienste stützen diese Bedenken und Befürchtungen allerdings nicht. Etwas mehr Nahrung erhalten die besagten Bedenken und Befürchtungen nur durch qualitative Befragungen (v. a. Büscher et al., 2010).

Insgesamt besteht nach den vorliegenden Daten kein Grund, die Pflegeberatung durch ambulante Dienste durch die Pflegeberatung der Pflegekassen und Pflegestützpunkte oder auch durch neue Angebote der Kommunen – wie das Modellprojekt „Gemeindeschwesterplus“, bei der eine kommunale Gemeindeschwester präventive Hausbesuche durchführt (vgl. Schulz-Nieswandt et al., 2018) – zu ersetzen.

Das Feld der Pflegeberatung durch ambulante Pflegedienste ist allerdings – auch das hat der vorliegende Beitrag deutlich gemacht – bisher erst lückenhaft erforscht.

## Literatur

- Angele, S./Calero, C. (2019). *Stärkung präventiver Potenziale in der Pflegeberatung*. Bundesgesundheitsblatt, 62, S. 320–328.
- AOK Bayern (o. J.). *Rahmenvereinbarung gemäß § 45 SGB XI*. <https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/by/pflege/stationaer/rahmenvereinbarung.pdf> (02.10.2020).
- BMG – Bundesgesundheitsministerium (o. J.). *Pflegeversicherung. Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/06-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten\\_2019.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/06-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten_2019.pdf) (02.10.2020).
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2020). *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. Blickpunkt Arbeitsmarkt. [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=8](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=8) (02.10.2020).
- Böttcher, S./Buchwald, C. (2017). *Evaluation der AOK-Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Kurzbericht: Ausgewählte Ergebnisse*. [https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/pflegeberatung/kurzbericht\\_aok\\_pflegerater\\_2017.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/pflegeberatung/kurzbericht_aok_pflegerater_2017.pdf) (02.10.2020).
- Büscher, A./Holle, B./Emmert, S./Fringer, A. (2010). *Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Eine empirische Bestandsaufnahme*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld – IPW. Bielefeld: IPW.

- Büscher, A./Oetting-Roß, C./Sulmann, D. (2016). *Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege*. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen\\_Beratung\\_Pflege.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf) (02.10.2020).
- Care digital AG (o. J.). *CarePilot*. <https://www.caredigital-ag.de/carepilot/> (02.10.2020).
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020). *Übersicht zu den Rahmenverträgen gemäß § 45 SGB XI mit BARMER, DAK, IKK classic, TK und AOK Bayern*. <https://dbfk-unternehmer.de/45?download=1477:gegen%C3%BCberstellung-der-dbfk-raahmenvertr%C3%A4ge-gem-%C2%A7-45-sgb-xi> (02.10.2020).
- Deutscher Bundestag (2018). *Geszentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)*. Drucksache 19/4453. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/044/1904453.pdf> (02.10.2020).
- Deutscher Bundestag (1993). *Geszentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)*. Drucksache 12/5262. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/12/052/1205262.pdf> (02.10.2020).
- Fraunhofer (o. J.). *Integrate4care – digitale INtegrierte GESundheits- und Pflegeversorgung mit IT-gestütztem Pflegeberatungsbesuch nach § 37.3 SGB XI*. <https://www.fit.fraunhofer.de/de/fb/ucc/projects/inge.html> (02.10.2020).
- Frommelt, M./Klie, T./Löcherbach, P./Mennemann, H. et al. (2008). *Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung*. Freiburg: Forschung – Entwicklung – Lehre. [http://paritaet-alsopflege.de/downloads/Pfleg/Gremien/Pfleg\\_ber\\_dgcc.pdf](http://paritaet-alsopflege.de/downloads/Pfleg/Gremien/Pfleg_ber_dgcc.pdf) (02.10.2020).
- Gabber, A. (2020). *Anforderungsanalyse – Empirische Untersuchung zur Perspektive von Pflegeberaterinnen. Forschungsprojekt INGE – Integrate4Care – digitale INtegrierte GESundheits- und Pflegeversorgung mit IT-gestütztem Pflegeberatungsbesuch nach § 37.3 SGB XI*. Köln: gewi-Institut für Gesundheitswirtschaft e. V.; Universität zu Köln. Vortrag auf dem 3. Fokus Kongress, 01.07.2020, Tag der Pflegeberatung.
- GKV-Spitzenverband (2020a). *Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 21.04.2020*. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/empfehlungen\\_zum\\_leistungsrecht/2020\\_05\\_18\\_Gemeinsamen\\_Rundschreiben\\_Pflege\\_Stand\\_21-04-2020.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2020_05_18_Gemeinsamen_Rundschreiben_Pflege_Stand_21-04-2020.pdf) (02.10.2020).
- GKV-Spitzenverband (2020b). *Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 1a – Ambulante Pflegedienste*. [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV\\_Qualitaetspruefung/QPR\\_Teil\\_1a\\_ambulante\\_Pflegedienste\\_MDS\\_2020-10\\_LZ.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/QPR_Teil_1a_ambulante_Pflegedienste_MDS_2020-10_LZ.pdf) (12.01.2021).
- GKV-Spitzenverband (2018). *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der Fassung vom 22. Mai 2018*. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/richtlinien\\_zur\\_pflegeberatung\\_und\\_pflegebeduerftigkeit/180522\\_Pflege\\_Empfehlungen\\_7a\\_Abs.\\_3\\_Satz\\_3\\_SGB\\_XI.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/180522_Pflege_Empfehlungen_7a_Abs._3_Satz_3_SGB_XI.pdf) (02.10.2020).

- GKV-Spitzenverband (o. J.). *Nachweis über einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI*. [https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/formulare/nachweis/2019\\_10\\_17\\_Pflege\\_Nachweis\\_Beratungseinsatz\\_37\\_Abs3\\_SGBXI.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/formulare/nachweis/2019_10_17_Pflege_Nachweis_Beratungseinsatz_37_Abs3_SGBXI.pdf) (02.10.2020).
- GQP – Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege (Hrsg.) (2019). *Empfehlungen nach § 37 Absatz 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI vom 29. Mai 2018*. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/07/Empfehlungen-§37-gem.-Beschluss-eQAP-vom-29.05.2018-zuletzt-geandert-am-21.05.2019.pdf> (02.10.2020).
- Graner, M./Jonas, S. (2020). *Pflegeberatung Digital – CarePilot & CareTalk*. Vortrag auf dem 3. Fokus Kongress, 01.07.2020, Tag der Pflegeberatung.
- Jungnitz, L./Tammann-Parr, G./Schumann, F./Gratz, C. et al. (2017). *Modellprojekt „Qualitätssicherung von Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) in der Landeshauptstadt Potsdam“ 2016/2017. Abschlussbericht mit Empfehlungen für Qualitätsstandards in der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI*. [https://prozessbegleitung-berlin.de/documents/Abschlussbericht-2017\\_Modellprojekt-37\(3\)SGBXI-Potsdam.pdf](https://prozessbegleitung-berlin.de/documents/Abschlussbericht-2017_Modellprojekt-37(3)SGBXI-Potsdam.pdf) (02.10.2020).
- Klie, T. (1998). *Der Hausbesuch gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI*. In: *PflegeRecht*, 2 (2), S. 37–41.
- Mickley, B. (2016). *Intentionen und aktuelle Diskussion*. In: Kirchen-Peters, S./Nock, L./Baumeister, P./Mickley, B. (Hrsg.): *Pflegestützpunkte in Deutschland: Die Sicht der Mitarbeitenden – Der rechtliche Rahmen – Die politische Intention*. WISO-Diskurs 07/2016. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, S. 63–80.
- Michell-Auli, P./Gerlich, R. (2019). *Entstehung von Beratungsqualität in der Pflege – Entwicklung und Testung eines Kausalmodells für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52, S. 352–358.
- Pfeiffer, K./Hautzinger, M./Becker, C./Albrecht, D. et al. (2018). *Problemlösen in der Pflegeberatung – ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI*. Hrsg. vom GKV-Spitzenverband. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_14.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_14.pdf) (02.10.2020).
- Rothgang, H./Müller, R. (2018). *Pflegereport 2018*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12. Berlin: Barmer. <https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf> (02.10.2020).
- Schneekloth, U./Geiss, S./Pupeter, M./Rothgang, H. et al. (2017). *Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. München: TNS Infratest Sozialforschung. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_Evaluation\\_PNG\\_PSG\\_I.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf) (12.01.2021).
- Schulz-Nieswandt, F./Köstler, U./Mann, K. (2018). *Evaluation des Modellprojekts „Gemeindeschwesterplus“ des Landes Rheinland-Pfalz*. [https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere\\_Menschen/AM\\_Dokumente/Evaluationsbericht\\_END.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Evaluationsbericht_END.pdf) (02.10.2020).
- Schwedler, A./Wellenhofer, M. (2018). *Rechtswissenschaftlicher Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: Interdisziplinäre Untersuchung zu Rechtsschutzdefiziten und Rechtsschutzpotentialen bei Versorgungsmängeln in der häuslichen Pflege alter Menschen (VERA)*. Frankfurt: Goethe Universität. [https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs\\_Veranstaltungen/ReWi\\_VERA\\_11.4.19.pdf](https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_Veranstaltungen/ReWi_VERA_11.4.19.pdf) (02.10.2020).

- Strupeit, S./Kersten, A. (2019). *Gutachten zum Thema: Anforderungen und Rahmenbedingungen für wiederholte Beratungsbesuche zur Stärkung Pflegebedürftiger und deren Angehöriger in der häuslichen Pflege*. [https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs\\_allgemein/Gutachten%20Wiederholte%20Beratungsbesuche%20zur%20Begleitung%20und%20St%C3%A4rkung%20der%20h%C3%A4uslichen%20Pflege\\_FINAL\\_V3.1.pdf](https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_allgemein/Gutachten%20Wiederholte%20Beratungsbesuche%20zur%20Begleitung%20und%20St%C3%A4rkung%20der%20h%C3%A4uslichen%20Pflege_FINAL_V3.1.pdf) (02.10.2020).
- Techniker Krankenkasse (2020). *Corona: Pflicht zu Beratungsbesuchen für Pflegegeldempfänger ausgesetzt*. <https://www.krankenkasseninfo.de/ratgeber/pressemitteilungen/60727/corona-pflicht-zu-beratungsbesuchen-fuer-pflegegeldempaenger-ausgesetzt.html> (12.12.2020).
- Wahl, A. (2018). § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen. In: Udsching, P./Schütze, B. (Hrsg.): SGB XI – Soziale Pflegeversicherung. Kommentar. 5. Auflage, München: C. H. Beck, S. 288–301.
- Wolff, J. K./Pflug, C./Rellecke, J./Rieckhoff, S. et al. (2020). *Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI*. Abschlussbericht des IGES-Instituts für den GKV-Spitzenverband. Berlin: IGES. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung\\_und\\_betreuung/pflegeberatung/20200331\\_IGES\\_Evaluation\\_Pflegeberatung\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20200331_IGES_Evaluation_Pflegeberatung_Abschlussbericht.pdf) (02.10.2020).





# 12 Buurtzorg® – ein alternatives Pflegekonzept in der ambulanten Versorgung

BARBARA MAYERHOFER

Die ambulante Pflege steht in vielen Ländern vor großen Herausforderungen, denn die Sicherstellung häuslicher Versorgungsleistungen ist durch die Urbanisierung, eine zunehmende Überalterung der Bevölkerung und den Fachkräftemangel gefährdet. Der Beitrag beschäftigt sich mit dem Konzept der Buurtzorg® aus den Niederlanden. Es verkörpert ein Pflegemodell, das mit einer wohnortnahen Versorgung durch selbstorganisierte Pflegeteams dem Ruf nach einer integrierten Versorgung und einer Aufwertung des Pflegeberufs nachkommt. Es ist jedoch zu hinterfragen, inwieweit die gesetzlichen Reglementierungen in Deutschland neue Pflegemodelle dieser Art auch hierzulande zulassen, die einen anderen Umgang mit Pflegebedürftigen unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen ermöglichen. Damit würde die Autonomie der Patientinnen und Patienten gestärkt und gleichzeitig die hierarchische Struktur von Pflegediensten aufgehoben, wodurch die Pflegekompetenz gefördert und so die Pflegebereitschaft erhalten werden kann.

Die häusliche Versorgung durch ambulante Pflegedienste ist für viele Pflegebedürftige unverzichtbar geworden, da sie so die Möglichkeit haben, trotz ihrer Einschränkungen zu Hause zu bleiben und dort auch versterben zu können. Auch wenn die Mehrheit der Menschen ihren letzten Lebensabschnitt zu Hause verbringen möchte, sterben ca. 40 % der Frauen und 25 % der Männer in Pflegeheimen (vgl. Sauer et al., 2015, S. 172). Grund hierfür ist oftmals ein intensiver Betreuungsbedarf, einhergehend mit einer eingeschränkten Selbstständigkeit, sodass eine Versorgung zu Hause mit den herkömmlichen Hilfe- und Pflegekonzepten nicht oder nur schwer möglich ist (vgl. Heusinger et al., 2017, S. 439). Die Patientinnen und Patienten sowie deren An- und Zugehörige erwarten eine effektive Betreuung durch den Pflegedienst, was nicht immer gewährleistet werden kann. Das Modell Buurtzorg®, das in den Niederlanden seit 13 Jahren erfolgreich eingesetzt wird, zeigt, wie es möglich ist, im häuslichen Bereich eine integrierte Versorgung klienten- und mitarbeiterzentriert sicherzustellen, die Selbstständigkeit der Patienten zu fördern und zu einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs beizutragen (vgl. Rautert/Meißner, 2019).

## 12.1 Ambulante Versorgung im häuslichen Bereich

Bedingt durch den Anstieg der älteren Bevölkerung und die Zunahme multimorbider Menschen wächst die Zahl pflegebedürftiger Personen, was wiederum mit einem erhöhten Pflegebedarf in Deutschland einhergeht (vgl. RKI, 2015, S. 463). Ende 2017 wurden in Deutschland von 3,4 Mio. Pflegebedürftigen ca. 2,6 Mio. zu Hause versorgt. Bei der überwiegenden Mehrheit davon (68 %) übernahmen die Angehörigen allein die Pflege. Für ca. 800 Tsd. Patientinnen und Patienten waren rund 14.100 ambulante Dienste mit ca. 390 Tsd. Personen (davon ca. 50 % Pflegefachkräfte) für die körperliche Pflege und Betreuung zuständig (vgl. Destatis, 2018, S. 23 f.). Von den Pflegediensten in Deutschland wurden durchschnittlich 48 Betroffene von Mitarbeitenden privater Träger sowie 84 Patientinnen und Patienten von Diensten freigemeinnütziger Träger versorgt (vgl. Destatis, 2018, S. 8 ff.).

Die meist alten und auch teilweise dementen Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen erwarten eine effektive Versorgung durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit, die oftmals am flächendeckenden Fachkräftemangel, Schwierigkeiten in der Kommunikation und nicht abgesprochenen Prozessen scheitert. In der Folge kommt es zu Qualitätseinbußen, zu einer mangelnden Transparenz in der Pflegearbeit sowie zu einer steigenden Unzufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung vonseiten der Pflegebedürftigen sowie ihrer An- und Zugehörigen (vgl. Bonin, 2020, S. 63; Kreitzer et al., 2015, S. 40).

Ein zunehmendes Problem erfährt die pflegerische Versorgung in ländlichen Bezirken. Binnenmigration und eine Überalterung der „zurückbleibenden“ Bevölkerung, Veränderungen der Infrastruktur sowie ein zunehmender Fachkräftemangel wirken sich auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung aus. Neue Versorgungsmodelle sind deshalb notwendig, um die pflegerische Versorgung sicherzustellen und insbesondere im ländlichen Raum zu einer höheren Attraktivität des Pflegeberufs beizutragen (vgl. Auschra et al., 2019, S. 52 ff.).

### 12.1.1 Auswirkungen auf die Belastung Pflegender

Pflegearbeit in Deutschland ist in hierarchisch strukturierten Unternehmen angesiedelt, da die Gesetzgebung im § 71 SGB XI eine pflegerische Führungskraft in ambulanten Einrichtungen vorschreibt. Für Pflegende ist es vielfach ungewohnt, ihre Arbeit selbst zu organisieren und ihre Kompetenzen dem Team zur Verfügung zu

stellen (vgl. Pela/Zimmermann, 2019, S. 5 ff.). Auch haben sie oftmals negative Erfahrungen mit Teamarbeit gemacht, klagen über eine mangelhafte Zusammenarbeit, fehlendes Vertrauen und über nicht abgesprochene Maßnahmen. Eine kritische Diskussion im Team ist schwierig und oft von der Führungsebene nicht gewünscht, so dass Mitarbeitende im Gegensatz zum Management ihre individuellen Leistungen und nicht die Teamleistungen als Erfolgsfaktoren für das Unternehmen ansehen (vgl. Hasebrook et al., 2020, S. 4 ff.).

Hohes Verantwortungsbewusstsein, Empathie und Einsatzbereitschaft fordern von den Pflegenden psychische und physische Kraft und Ausdauer (vgl. Gensheimer, 2018, S. 38). Die Anforderungen und damit auch die Belastungen an die Pflegekräfte steigen weiter an. Der seit Jahren zunehmende Mangel an Pflegefachkräften führt zu einer hohen Beanspruchung, teilweise zu einer Überbeanspruchung, der tätigen Pflegenden. Sie klagen über den hohen Bürokratieaufwand, weite Anfahrtswege und unregelmäßige Dienste mit großem Zeitdruck (vgl. Heusinger et al., 2017, S. 439). Die tägliche Arbeitsbelastung, oftmals im Zwei- oder Dreischicht-Betrieb, setzt die Pflegenden vermehrten Stressoren aus und zieht psychische Folgen wie Schlafstörungen, Fatigue oder auch Rückenprobleme nach sich. Der Verlust von Empathie, Übererregung und auch mangelnde Konzentrationsfähigkeit bis hin zum Burn-out können die Folgen sein und zu einer Berufsfluktuation führen (vgl. Isfort et al., 2016, S. 84; Doppelfeld, 2013, S. 301 ff.). Es kann als ein wichtiges Alarmsignal gewertet werden, wenn sich jede vierte Pflegekraft hinsichtlich ihrer körperlichen Gesundheit und jede Dritte (35,7 %) in Bezug auf ihre psychische Gesundheit als gefährdet ansieht (vgl. Kliner et al., 2017, S. 10).

### 12.1.2 Pflegefachlichkeit – Grundpfeiler der ambulanten Pflege

In herkömmlichen Organisationen übernehmen Führungskräfte, meist Pflegedienst- und/oder Teamleitungen, nach geregelten Vorgaben die Einsatzplanung der Mitarbeitenden, deren Zusammenarbeit die Anforderungen des Arbeitgebers erfüllen muss. Pflegeteams sind an gesetzliche Regeln und betriebliche Vorgaben gebunden, deren Einhaltung von Vorgesetzten kontrolliert werden. Die Arbeit des Einzelnen wird am Erreichen vorgegebener Leistungsziele unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit gemessen, da Unternehmen zur Realisierung ihrer ökonomischen Ziele eine gesunde wirtschaftliche Grundlage benötigen (vgl. Fuchs-Frohnhofen et al., 2019, S. 43;

Bernmann et al., 2018, S. 3 f.). Es ist zu hinterfragen, ob der betriebswirtschaftliche Aspekt, dass sich ein Pflegedienst „rechnen“ muss, gegen pflegfachliche Erwägungen, mehr Stellen durch Pflegeassistenten bzw. Pflegehelfer zu besetzen, aufrechterhalten werden kann. Denn die Steuerung des Pflegeprozesses und die Erbringung fachpflegerischer Leistungen können nur von Pflegefachkräften geleistet werden (vgl. Hojdelewicz, 2018, S. 12). Pflegequalität ist abhängig von der Güte der erbrachten Dienstleistung, die in Zusammenhang mit der Motivation der Pflegenden, einem positiven Sinnerleben der Arbeit sowie einem hohen Identifikationsgrad mit dem Beruf und dem Arbeitgeber zu leisten ist (vgl. Schmucker, 2020, S. 52).

Besonders in ambulanten Pflegediensten beklagen Pflegenden eine zunehmende Tendenz zur Entprofessionalisierung, denn ca. 70 % der pflegerisch Tätigen erbringen überwiegend Leistungen der Grundpflege (vgl. Destatis, 2018, S. 44). Auch wenn im ambulanten Bereich der Begriff „körperbezogene Pflege“ den thematisch verwandten Begriff „Grundpflege“ abgelöst hat und dazu hohe Kompetenzen notwendig sind, werden in diesen Bereichen oftmals Pflegehelfer eingesetzt (vgl. Heusinger et al., 2017, S. 443). Knapp 70 % (49 Tsd.) der im Jahr 2016 vom MDK geprüften Patientinnen und Patienten im häuslichen Bereich mussten neben rein körperbezogener Pflege auch Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V in Anspruch nehmen. Bei vielen Patientinnen und Patienten (43 %) ging es um die Medikamentengabe, wobei die Verabreichung von Schmerzmedikamenten häufig ein pflegerisches Schmerzmanagement notwendig machte (vgl. MDS, 2017, S. 50 f.).

Ein Lösungsansatz, um diesem Dilemma zu begegnen, wäre, wenn es zum einen gelänge, mehr Pflegefachkräfte und besonders auch Hochschulabsolventen für die ambulante Pflege zu gewinnen und deren Kompetenzen abzurufen. Der demografische Wandel, eine Zunahme komplexer Erkrankungen und wachsende Anforderungen an die Pflege verlangen praktische Fähigkeiten auf der Grundlage wissenschaftlich fundierter Pflegekenntnisse (vgl. DBfK, 2016). Um den Forderungen des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI nach Förderung und Erhalt der Selbstbestimmung nachzukommen, sollte deshalb künftig mehr Eigenleistung der Patientinnen und Patienten sowie Mithilfe durch soziale Netzwerke eingefordert werden, um ökonomisch zielführende und pflegerisch sinnvolle Arbeit leisten zu können, wie es beispielsweise in den Niederlanden seit 2006 mit dem Modell Buurtzorg® vorgelebt wird.

## 12.2 Buurtzorg® – ein Pflegekonzept aus den Niederlanden

Buurtzorg® - Nachbarschaftshilfe (abgeleitet vom niederländischen „Buurt“ = Nachbarschaft und „Zorg“ = Pflege) stellt seit 2007 in den Niederlanden ein richtungsweisendes Modell der häuslichen Versorgung dar. Bürokratische Auflagen, hohe Kosten, teilweise schlecht erreichbare Pflegedienste, mangelnder Informationsfluss sowie eine zunehmende Unzufriedenheit der Pflegenden, aber auch ein großer Unmut der Betroffenen mit der Versorgung, veranlassten den Niederländer Jos de Blok dazu, zusammen mit vier Kollegen aus einem strikt geregelten ambulanten Markt heraus „ein Modell der professionellen, häuslichen und wohnortnahen Versorgung“ (Leichsenring, 2015, o. S.) einzuführen (vgl. Kreitzer et al., 2015, S. 40).

Seine Zielsetzung war eine ganzheitliche Ausrichtung der Versorgung von Patientinnen und Patienten durch kompetente Pflegekräfte, die selbstständig und mit möglichst geringem bürokratischem Aufwand entscheiden, wie die Versorgung der Klientinnen und Klienten abläuft. Diese sollten wieder Lebensmut fassen können, um sich so weit wie möglich selbst zu aktivieren und mit Unterstützung durch den Pflegedienst und unterschiedliche Netzwerke selbstständiger zu werden (vgl. Berkenkopf, 2018).

Der Paradigmenwechsel hin zu einer „evolutionären Organisation“ (Laloux, 2015, S. 61) war die Antwort de Bloks, um auf die organisationalen Herausforderungen adäquat zu reagieren und den Mitarbeitenden Handlungsfreiheit, Handlungssicherheit und somit eine neue Sinnfindung in ihrer Tätigkeit durch ein Modell der Selbstorganisation zu geben (vgl. Knorre, 2013, S. 21). Die Hierarchie zwischen Geschäftsführung und Mitarbeitenden wird bei Buurtzorg® nicht vollständig aufgehoben, verliert aber durch die Kommunikation auf Augenhöhe – bei der beide als gleichberechtigte Partner fungieren – an Bedeutung (vgl. Hofert, 2018b, S. 138). Dies heißt in erster Linie, dass die oberste Führung das Modell der Selbstorganisation verstanden haben muss und das bisherige Leitungsprinzip von „command and control“ (Munsch, 2018a, S. 241) nicht mehr praktiziert, denn „wer die Arbeit macht, bestimmt auch, wie sie gemacht wird“ (Davidow; Malone 1993, S. 180).

Die Non-Profit-Organisation Buurtzorg® zeigt, wie aus den anfänglichen Ideen des Gründers de Blok eine tragende Organisationsform für eine klientenzentrierte pflegerische Versorgung entstehen konnte. Mit Buurtzorg® wird das Konzept der agilen Führung umgesetzt und so ein Kulturwandel hin zur lernenden Organisa-

tion initiiert (vgl. Hofert, 2018b, S. 208 f.). Agilität, die in der Pflegebranche bislang eine eher untergeordnete Rolle spielt, drückt eine Haltung und Denkweise aus, die ausgehend von der Führungsebene von den Mitarbeitenden verinnerlicht werden muss. Buurtzorg® demonstriert damit anschaulich, dass es möglich ist, als ambulanter Pflegedienst in einem dynamischen Umfeld flexibel und anpassungsfähig auf Veränderungen zu reagieren und proaktiv klienten- und mitarbeiterbezogen agieren zu können (vgl. Tab. 12.1) (vgl. Hofert, 2018a, S. 9 ff.).

**Tab. 12.1:** Buurtzorg®: Ziele und Strukturen (vgl. Monsen; de Blok, 2013, S. 55 ff.)

| Zielsetzungen  | Struktur   |
|--|--|
| Erfolgreiches und nachhaltiges Modell für die ambulante Pflege mit selbstständig agierenden Pflegeteams, die eine ganzheitliche Betreuung in Zusammenarbeit mit informellen Netzwerken zu Hause anbieten | Unabhängige Teams mit maximal 12 Pflegekräften, die nicht mehr als 50–60 Patienten versorgen                     |
| Unterstützung bzw. Wiedererlangung der Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten  | Aufbau eines IT-Systems zur Koordination der Abläufe, Informationsweitergabe, Pflegedokumentation und Abrechnung |
| Patienten- und Angehörigenberatung durch die Pflegekräfte  | Einarbeitung durch Beraterteams, die Pflegeteams bei schwierigen Themen unterstützen                             |
| Vertrauen in die Kompetenzen der Pflegenden  | schlanke Verwaltung  |

Die Zunahme komplexer Erkrankungen, der demografische Wandel, der Pflegekräftemangel, eine vermehrte Unzufriedenheit der Pflegenden sowie ein hoher finanzieller Druck machen in vielen Ländern ein Umdenken in der ambulanten Versorgung notwendig, wie Studien zeigen (vgl. Lalani et al., 2019; Leask et al., 2019; Hamm/Glyn-Jones, 2019; Bradford et al., 2015). Pflegende sehen in Buurtzorg® eine Herausforderung, die ihnen mit attraktiven Arbeitsbedingungen neue Möglichkeiten bietet, ihre Kompetenzen einzusetzen und sich auf die wechselnden und individuellen Bedürfnisse der Betroffenen einzustellen. Die Kompetenz, als Pflegekraft autonom und ohne hohen bürokratischen Aufwand über die Versorgung entscheiden zu können, findet auch eine deutliche Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten (vgl. Lalani et al., 2019; Leask et al., 2019; Hamm/Glyn-Jones, 2019; Bradford et al., 2015). Sie

wählten im Jahr 2015 Buurtzorg® mit den Kriterien Pflege, Teamqualität, Informationsweitergabe und Teilhabe in die Top Ten von 370 ambulanten Versorgern (vgl. KPMG, 2015, zit. n. Bradford et al., 2015, S. 10). Es verwundert daher nicht, dass Buurtzorg® bzw. Modelle mit ähnlicher Ausrichtung mittlerweile in 24 Ländern, darunter die USA und Japan, umgesetzt werden (vgl. Buurtzorg® o. J.).

### 12.2.1 Buurtzorg® in Deutschland – das Pilotprojekt

Der deutsche Kooperationspartner, Gunnar Sander, Geschäftsführer der Sander Pflege GmbH, suchte nach anderen Organisationsformen, denn er wusste um die Erwartungen Pflegender an ihre Arbeit, die sich durch ihre Lebensentwürfe und gesellschaftliche Anforderungen verändern. Die Ausweitung des Pflegemodells Buurtzorg® auf Deutschland im Jahr 2018 ist als zwangsläufige Reaktion, im Wissen, dass die Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege verbessert werden müssen, zu sehen. Pflegekräfte hinterfragen immer öfter den Sinn ihrer Tätigkeit und die Zusammenarbeit mit den Kollegen (vgl. Hasebrook et al., 2020, S. 3). Sander war bewusst, dass die Pflegenden einerseits mehr Autonomie und Mitspracherecht einfordern, andererseits aber eine klare Führungsstruktur erwarten. Nach vielen Gesprächen und einer längeren Vorbereitungszeit, in der die Pflegekräfte mit dem Modell vertraut gemacht wurden, startete Sander mit Pilot-Teams zur Umsetzung des Buurtzorg®-Projekts in vier Städten in Nordrhein-Westfalen.<sup>1</sup> Derzeit ist Buurtzorg® in Nordrhein-Westfalen und Sachsen mit acht autonomen Pflegeteams vertreten, in denen, abhängig von der Patientenzahl, zwischen vier und zwölf Pflegefachkräfte und Pflegeassistenten tätig sind. Die Teams, die höchstens 50 bis 60 Patienten versorgen, sind wohnortnah für Regionen mit ca. 5.000 bis 10.000 Einwohnern zuständig (vgl. Buurtzorg®, o. J.).

### 12.2.2 Partnerschaftliche Pflege

Bei Buurtzorg® orientiert sich die Versorgung an den aktuellen, individuellen und ganzheitlichen Bedarfslagen der Pflegebedürftigen, um deren Selbstständigkeit zu fördern und sie am sozialen Leben teilhaben zu lassen, was auch im § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI gefordert wird (vgl. Leichsenring, 2015, o. S.). Dies wird durch einen hohen

---

1 Dieses Projekt wird im Rahmen des INTERREG-Programms Deutschland-Niederland mit Mitteln des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE), der Sander Pflege GmbH und dem Impulse Pflegedienst GmbH finanziert.



Bezug zur Familie der Betroffenen, eine Nutzung der individuellen Kompetenzen der Teammitglieder sowie durch die Einbeziehung professioneller Dienstleister wie Ergo-, Logo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie das Hinzuziehen von Fachärztinnen und -ärzten sowie anderen Unterstützern möglich. Folgende vier Aspekte werden im Modell verbunden (vgl. de Blok, 2011, zit. n. Leichsenring, 2015, o. S.):

1. Selbst-Pflege-Ressourcen der Patienten
2. informelle Netzwerke
3. Buurtzorg®-Pflegeteam
4. formale Netzwerke

Jeder Grad der Pflegebedürftigkeit wird im System Buurtzorg® generell nicht als unveränderbar hingenommen und stellt daher die **Selbst-Pflege-Ressourcen der Patienten** in den Mittelpunkt des Versorgungsprozesses. Aufbauend auf den noch vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Möglichkeiten werden mit dem Klienten sowie dessen An- und Zugehörigen die nächsten Schritte, aber auch Präventionsmaßnahmen, die zu einer Verbesserung des Gesamtzustandes führen können, geplant. Von Vorteil ist, dass die Patientinnen und Patienten mit einer 24/7-Erreichbarkeit (Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit an 7 Tagen die Woche) von maximal zwei Pflegenden im Wechsel betreut werden, die die individuellen Bedürfnisse und den Genesungsverlauf im Blick haben und zum Betroffenen und seinem Umfeld ein nachhaltiges Vertrauen aufbauen können (vgl. Buurtzorg®, o. J., S. 3).

Bei der Versorgung der Pflegebedürftigen spielen die An- und Zugehörigen ebenso wie die Nachbarn, die als **informelles Netzwerk** und zentrale Instanz in die Versorgung einbezogen werden, eine maßgebliche Rolle. Das zeitliche Ausmaß der pflegerischen Versorgung durch das Buurtzorg®-Team ist abhängig davon, welche Tätigkeiten von diesem Netzwerk erbracht werden können und welche Aufgaben explizit das Pflegeteam übernehmen muss.

Eine Aufgabe des Pflegeteams besteht darin, die Mitglieder des Netzwerks, entsprechend deren Möglichkeiten, anzuleiten und zu beraten, um die gewünschte Selbstständigkeit des Patienten zu fördern (vgl. Leichsenring, 2015, o. S.).

Nachbarschaftshilfe ist in Deutschland nicht selbstverständlich und auch im ländlichen Bereich ist die Bereitschaft zu helfen nicht immer gegeben (vgl. Heusin-

ger et al., 2017, S. 442). Wie eine Studie der TH-Nürnberg, bei der 10.000 Haushalte per Zufallsstichprobe befragt wurden, zeigt, kennen 47 % der Befragten einige ihrer Nachbarn mit Namen, aber 48 % haben kaum Kontakte. Als Hauptgrund für den Kontaktmangel geben 57 % an, dass sie die Nachbarn zu selten sehen. Unterstützung im Alltag erfahren 52 % der Teilnehmenden durch Freunde, die aber nicht in der Nachbarschaft wohnen. 84 % lehnen Nachbarschaftshilfe ab, wenn Freunde oder Bekannte zur Verfügung stehen, und 31 % empfinden die Inanspruchnahme von Hilfe durch Nachbarn als peinlich. Die Studie zeigt aber auch, dass ein Drittel der Menschen über 80 Jahre von Nachbarn unterstützt werden. Mit Blick auf die im System Buurtzorg® notwendige Unterstützung durch die Nachbarn ist es positiv zu sehen, dass 44 % der Befragten bereit wären, ihrem Nachbarn zu helfen bzw. ihn zu unterstützen (vgl. TH-Nürnberg, 2018).

Die **selbstorganisierten Pflorgeteams** setzen die Einstellung und Haltung der Buurtzorg®-Philosophie um und rücken den pflegebedürftigen Menschen und sein soziales Umfeld damit wieder in den Vordergrund (vgl. Trost, 2018, S. 11). Pflege nach Buurtzorg® erfüllt somit die Forderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gem. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, der seit 2017 den Fokus auf die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen legt. Er impliziert körperliche Pflege, Betreuung bzw. Versorgung und Unterstützung in vielen Bereichen der Lebensführung gleichermaßen.

Die vierte Säule in der Betreuung stellt das **formelle Netzwerk** dar. Kooperationspartner, wie z. B. Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten und Apotheken werden in die Versorgung einbezogen (vgl. Rautert/Meißner, 2019, S. 5). Nicht immer begegnen sich die beteiligten Partner auf Augenhöhe. Daher ist möglicherweise eine Umstellung des gegenseitigen Umgangs notwendig, denn ein Miteinander auf Augenhöhe muss von beiden Seiten gelernt und praktiziert werden (vgl. Hibbeler, 2011, S. A 2138 ff.).

Die Pflorgeteams kennen und nutzen die lokalen Ressourcen und verstärken die Zusammenarbeit mit den Kommunen im Sinne der Gesundheitsförderung. Aufbau, Pflege und Koordination formeller und informeller Netzwerke werden durch das Zusammenspiel aller beteiligten Personen und Institutionen erleichtert und unterstützt. Je besser die Vernetzung aller Beteiligten gelingt, umso mehr profitieren Pflorgeteams und Pflegebedürftige von den Synergien (vgl. Heusinger et al., 2017, S. 440).

Jan de Blok und die Geschäftsführer der Unternehmen, die bereits Buurtzorg® eingeführt haben, vertreten nach innen und außen ihre Vision und Mission. Die Zen-

trale, das Back-Office, unterstützt mit dem Einsatz eines Beraterteams sowie ausreichenden Schulungsmaßnahmen die Pflegenden auf ihrem Weg, als selbstorganisierte Teams „ihr“ Unternehmen führen zu können (vgl. Vermeer/Wenting, 2017, S. 20 f.). Die Selbstorganisation ist der wichtigste Teil der organisationalen Struktur, die mit Rahmen- und Zielvorgaben, Teambudgets, Ressourcen und Vorgaben zur Qualitätssicherung die Handlungsspielräume begrenzt (vgl. Stadelbacher/Böhle, 2016, S. 333).

### 12.2.3 Selbstorganisierte Teams

Die Pflegenden arbeiten in selbstorganisierten Teams klientenzentriert und bedürfnisorientiert, dezentral und ohne Pflegedienstleitung. Da es keinen direkten Vorgesetzten gibt, verwalten sie sich und ihre Arbeit selbst und erledigen alle anfallenden Aufgaben, die auf diese Weise breit verteilt werden, sodass sich keine Hierarchien bilden können. Die Pflegekräfte durchlaufen einen Lern- und Entwicklungsprozess, der vom bestehenden Team, der Geschäftsführung und einem speziell hierfür bereitstehenden Trainerteam begleitet wird (vgl. pflegen-online.de, 2019, S. 5). Die Rahmenvorgaben werden mit den Beteiligten besprochen, damit alle Teammitglieder die Grenzen ihrer Tätigkeiten kennen (vgl. Munsch, 2018b, S. 219).

### 12.2.4 Einarbeitungszeit

Die Einarbeitungs- bzw. Einführungszeit ist personenabhängig und richtet sich nach dem Teamgefüge. Sie endet, wenn der Aufgabenbereich verstanden, die Aufgaben von allen Pflegenden selbstständig ausgeführt werden können und notwendige Teamentwicklungsmaßnahmen weitgehend abgeschlossen sind (vgl. Kauffeld/Schulte, 2019, S. 221). Je besser der Einarbeitungsprozess abläuft, desto nachhaltiger gelingt die Umsetzung der Komponenten Vertrauen, Informationen, zeitlicher und persönlicher Freiraum sowie Einsatz der Kompetenzen, was sich in einem sichereren und selbstbewussteren Auftreten äußert. Auch erfordert die „neue Art“ der internen Kommunikation – hierarchiefrei, partizipativ und sachorientiert – von den Pflegenden ein Umdenken (vgl. Schwägerl, 2013, S. 74 f.).

Die Erfahrung zeigt, dass neue Mitarbeitende nach der Einarbeitungszeit in der Lage sind, ihr Handeln und das ihrer Teamkollegen kompetent und weitgehend sachlich einzuschätzen (vgl. Munsch, 2018a, S. 243). Es ist nicht zu unterschätzen, dass Selbstorganisation einen Lernprozess darstellt, der Zeit braucht, um verstanden zu

werden. Es geht hierbei um einen Veränderungsprozess bei den Pflegenden, die das System Buurtzorg® verstehen müssen. Es ist notwendig, die eigenen Kompetenzen realistisch einzuschätzen und sich die Frage zu beantworten, ob Selbstorganisation für sie interessant ist, sie auf dem geplanten Karriereweg unterstützt oder eher hemmt und ob sie bereit sind, Veränderungen mitzugehen (vgl. Doppler/Lauterburg, 2000 zit. n. Kaltenecker, 2018, S. 17). „Die Berücksichtigung der Worklife-Quality-Faktoren Autonomie, Kompetenz, Partizipation und Sinn führen zu Vertrauen und Ganzheit.“ (Hennessy, 2017, S. 9) Haben sich die Teammitglieder zur Veränderung entschlossen, arbeiten die Teams hochmotiviert und gut zusammen und erzielen dadurch insgesamt bessere Ergebnisse (vgl. Rico et al., 2009, S. 9 ff.).

Für Pflegende, die aus hierarchisch strukturierten Unternehmen kommen, bedeutet ein Wechsel zu Buurtzorg®, sich intensiv mit der Selbstorganisation in diesem speziellen Setting auseinanderzusetzen, das Know-how des anderen Umgangs mit Pflegebedürftigen zu verstehen und umsetzen zu können. Selbstorganisation im Team setzt voraus, dass sich jedes Teammitglied auch selbst organisieren kann (vgl. Kaltenecker, 2018, S. 5). Im Gegensatz zu herkömmlichen Organisationen fühlen sich die Pflegenden im Team einander verpflichtet, was großen Einfluss auf das Engagement, die Kommunikation und das Miteinander ausübt (vgl. Trost, 2018, S. 18). Sie setzen die notwendige Kompromissfähigkeit und gegenseitige Rücksichtnahme im beruflichen Alltag ein; sie lernen, ihr Wissen respektvoll mit den Kolleginnen und Kollegen zu teilen und kennen Möglichkeiten, wie dieses umfangreiche Wissen gesammelt und allen Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung gestellt werden kann (vgl. Vermeer/Venting, 2018, S. 48).

### 12.2.5 Potenziale der Pflegenden

In der agilen Unternehmensstruktur erhalten die Pflgeteams Raum, um kreative Entwicklungsprozesse zu entfalten, aus denen sich weitere innovative Ideen entwickeln können. Intrinsische Motivation, Erfahrungen und Kompetenzen der Pflegenden können so zielgerichtet eingesetzt und zum Wohle der Betroffenen genutzt werden (vgl. Steinkamp, 2013, S. 42 ff.). Die Potenziale der Pflegenden werden genutzt und zwischen den Mitarbeitenden ist jederzeit ein offener und sachorientierter Austausch möglich (vgl. Munsch, 2018b, S. 217; Schwägerl, 2013, S. 69). Pflegende benötigen Fach- und Methodenkompetenz sowie zugleich eine hohe Humankompetenz, um

ihre Arbeit zu reflektieren. Reflexion unterstützt den Kompetenzerwerb und muss von Pflegenden oftmals erlernt werden, da sie in den Pflegeberufen noch nicht selbstverständlich praktiziert wird (vgl. Schmal, 2018, S. 52 ff.).

Die Pflegekräfte entscheiden selbst, wie sie ihr Fachwissen ausbauen möchten und sind frei von inneren und äußeren Zwängen. Sie haben umfangreiche Möglichkeiten, sich z. B. in lösungsorientierter Kommunikation oder in kollegialer Beratung weiterzubilden (vgl. Rauert/Meißner, 2019, S. 10). Die Pflegenden bauen ihre Kompetenzen aus bzw. verstärken sie, indem sie sich gegenseitig unterstützen und unterschiedliches Wissen nutzen, was zu einer höheren Effizienz der Teamarbeit führt (vgl. Kaufeld/Schulte, 2019, S. 217).

Die Rahmenvorgaben lassen den Pflegenden hinreichenden Handlungsspielraum, da alle Prozesse von jedem einzelnen Teammitglied mitgetragen und verantwortet werden müssen. Alle Mitarbeitenden haben dieselbe „Macht“. „Dadurch ist die Macht ihrer Knappheit und Attraktivität beraubt und es verpuffen keine menschlichen Energien und Kompetenzen mehr im Streben nach ihr.“ (Hennessey, 2017, S. 5) Im Mittelpunkt ihres Handelns steht immer die klienten- und bedürfnisbezogene Entscheidung. Die in pflegerischen Einrichtungen übliche Kontrolle findet nicht mehr gegenseitig oder durch Führungskräfte statt, sondern orientiert sich an dem Korrektiv, das von den Mitarbeitenden genutzt wird.

Die Pflegenden nehmen neigungs- und kompetenzorientierte Rollen ein, die nach Möglichkeit immer doppelt besetzt werden und regelmäßig rotieren, um einen Führungsanspruch zu vermeiden (vgl. Vermeer/Wenting, 2019, S. 98). Managementaufgaben im Team werden entsprechend der Kompetenzen aufgeteilt und sind nicht starr festgelegt. Dies trägt dazu bei, dass eine Pflegekraft jede Rolle einmal ausfüllen muss, um im Team zielorientiert Entscheidungen treffen zu können, was als wichtiger Beitrag zur Persönlichkeits- und Teamentwicklung gesehen werden kann. Bei der Einstellung von neuem Pflegepersonal entscheidet das Team nach festgelegten Kriterien und ohne Einmischung durch die Geschäftsführung, ob der Bewerber geeignet ist. In selbst erstellten und von allen Teammitgliedern verantworteten Jahresplänen werden Planungen entsprechend der Vorgaben durch die Geschäftsführung in Bezug auf Urlaub, Weiterbildungen und Qualitätssicherung abgesprochen (vgl. Technau, 2019, S. 15 f.).

Das Team lebt durch die gegenseitigen Rückmeldungen, die entscheidend sind für die individuellen Lernprozesse und das Bewusstsein der eigenen Handlungen

und so ihre Wirkweisen stärken (vgl. Munsch, 2018a, S. 245). Pflegende entwickeln sich durch die Übernahme von Verantwortung persönlich und beruflich weiter, wobei Kritikfähigkeit und Kreativität ebenso notwendig sind wie die Fähigkeit, Verhalten anderer zu akzeptieren. Dies hat Auswirkungen auf die Selbstwirksamkeit (self-efficacy), da die Pflegenden (wieder) an sich glauben und Arbeitsaufgaben sowie Probleme aus eigener Kraft heraus in der Gruppe meistern können (vgl. Kauffeld/Schulte, 2019, S. 219). Bei Buurtzorg® ist die Selbstorganisation der Pflegeteams selbstverständlich, nicht oktroyiert und weist wenige Zielvorgaben, aber Ressourcenhoheit auf (vgl. Sauer, 2017, S. 120). Grundvoraussetzung ist, dass die Teammitglieder einander vertrauen, sich gegenseitig akzeptieren und respektieren, um die gemeinsame Arbeit zum Wohle der Pflegebedürftigen zu organisieren und durchzuführen (vgl. Kaltenecker, 2018, S. 5). „Respektlosigkeit schadet der Teamarbeit wie das Trittbrettfahren auf Kosten von Anderen.“ (Kaltenecker, 2018, S. 5)

Die Pflegeteams gehen in Beratungsgesprächen mit den Klienten und Mitgliedern der Netzwerke auf versorgungsspezifische Probleme ein, diskutieren Lösungsansätze und legen Unterstützungsmöglichkeiten fest. Das Team entscheidet, welche Patientinnen und Patienten in welchem Umfang betreut werden, erarbeitet selbstständig Lösungskonzepte unter Einbindung der entsprechenden formellen und informellen Netzwerke und plant gemeinsam Dienste bzw. Pflgetouren (vgl. pflegen-online.de, 2019, S. 4). Die reine Pflegezeit bzw. abrechnungsfähige Zeit, die mit und bei den Klienten verbracht wird, beträgt ca. 60 % der Arbeitszeit. Die verbleibende Zeit ist mit 22 % der Bürotätigkeit und den Anfahrtszeiten sowie mit 18 % dem Urlaub zuzurechnen. Pflege wird nach einem einzigen, mit den Kostenträgern verhandelten, feststehenden Kostensatz von derzeit 38,50 Euro pro Stunde berechnet. Bei diesem Betrag ist es der Geschäftsführung von Buurtzorg® derzeit noch nicht möglich, die üblichen Stundensätze von 22 Euro für Pflegefachkräfte, die sozialversicherungspflichtig angestellt sind, zu bezahlen, sodass das Gehalt für die Pflegenden zwischen 15,70 Euro und 18 Euro pro Stunde liegt. Nach Johannes Technau, dem Leiter von Buurtzorg® Deutschland, sind die Kostenträger weniger an einer Reduzierung der Pflegestunden interessiert, was durch Mitarbeit des Netzwerks und Eigenaktivität des Betroffenen möglich ist, sondern fokussieren niedrige Vergütungen (vgl. Technau, 2019, S. 15 ff.).

### 12.2.6 Beraterteams – Unterstützung für die Pflorgeteams

Eine große Rolle in der Unterstützung der Pflorgeteams spielen nach Aussagen von Technau die Trainer. Wesentliche Aufgaben dieses Beraterteams sind die Sicherung der Umsetzung der Buurtzorg®-Strategien, die Teamentwicklung und Teamstärkung, aber auch die Entwicklung der ambulanten Pflege. Es geht in den Gesprächen oftmals um Lösungsansätze bei Konflikten innerhalb des Teams, wenn diese von den Beteiligten nicht geklärt werden können. Ebenso werden Rollen- und Aufgabenverteilungen, rechtliche Fragestellungen oder Weiterbildungsmöglichkeiten diskutiert (vgl. Munsch, 2018, S. 244). Die lösungsorientierte Kommunikationsstruktur unterstützt die Teams darin, eigenständig schwierige Entscheidungen zu treffen und zu verantworten. In den Niederlanden betreut ein Beraterteam bis zu 40 Pflorgeteams. Dadurch bleibt den Coaches keine Zeit, sich zu lange in den Teams aufzuhalten und einzubringen. Das team- und personenbezogene Coaching, in das immer das gesamte Pflorgeteam von zehn bis zwölf Mitarbeitenden einbezogen wird, erfolgt daher konzentriert und bleibt auf die wesentlichen Fragen beschränkt (vgl. Rautert/Meißner, 2019, S. 5; Laloux, 2015, S. 69 ff.).

Die Mitarbeitenden nehmen außerdem jährlich an bis zu zwei netzwerkübergreifenden zentralen Schulungen teil, die die Bindung an das Unternehmen vertiefen sollen (vgl. Technau, 2019, S. 15).

### 12.2.7 Einbindung elektronischer Datenverarbeitung

Die Pflorgeteams sind so vernetzt, dass nur noch für übergeordnete Tätigkeiten (z. B. Abrechnung, Lohnbuchhaltung) eine Verwaltung benötigt wird. Die Software nach dem aus den USA stammenden Omaha-System ermöglicht es unter Beachtung des Datenschutzes, im Buurtzorg®-Web mit der Verwaltung zu kommunizieren, Unternehmensveränderungen einzusehen sowie klienten- und mitarbeiterbezogene Daten zu verwalten. Das von der American Nurses Association (ANA) anerkannte Omaha-Klassifikationssystem unterstützt die Pflegenden bei der Erfassung und Beurteilung individueller Pflegeprobleme (vgl. Martin, 2005). Jede Pflegekraft arbeitet mit einem Tablet, um Zugang zu den Unternehmensdaten zu erhalten. Interessant ist, dass de Blok in den Niederlanden einen Blog nutzt, um die Pflorgeteams über Entscheidungen und Neuerungen zu informieren und Meinungen abzufragen (vgl. Bartonitz, 2018, S. 238). Die Mitarbeitenden können sich dazu innerhalb der nächsten 24 Stunden äu-

ßern. De Blok richtet seine Entscheidungen nach den erfolgten Kommentaren aus und bei „Bedarf nach einer tiefergehenden Auseinandersetzung mit dem Thema, [...] sorgt er für die Bildung einer Arbeitsgruppe, die das Thema weiterverfolgt“ (Bartnitz, 2018, S. 239).

Die berufliche Nutzung sozialer Medien wird von vielen Pflegenden noch immer mit Argwohn gesehen, ist als Medium zwischen den unterschiedlichen Kooperationspartnern jedoch unerlässlich. Die Plattform des Buurtzorg®-Web kann von allen Mitarbeitenden auch für Messengerdienste genutzt werden und enthält zudem ein Vergleichsportal, auf dem die eigenen Aktivitäten und Produktivitätskennzahlen ebenso wie die der anderen Pflgeteams eingesehen werden können (vgl. Rautert/Meißner, 2019, S. 7).

### 12.3 Überlegungen

Buurtzorg® ist vor allem in den Niederlanden ein Beispiel für die erfolgreiche Übernahme und Anwendung einer Geschäftsstrategie und eines Versorgungskonzepts, mit dem Pflegende dazu befähigt werden, ihre Kompetenzen selbst zu erkennen und einschätzen zu können, um autonom selbstorganisiert ihre Aufgaben im Sinne der Patienten bewältigen zu können (vgl. Schirmer/Woydt, 2016, S. 200).

Wie jedes neue Modell birgt auch die Umsetzung des Buurtzorg®-Modells in Deutschland Chancen und Risiken, da das Erfolgsmodell aus den Niederlanden nicht direkt auf das deutsche Pflegesystem oder andere Länder übertragbar ist. Buurtzorg® kann eine Chance sein, denn Unternehmen der Pflegebranche müssen ihre Geschäftsmodelle sowie Prozesse und Abläufe flexibel an die Gegebenheiten des Marktes anpassen, um bestehen zu können, wobei das Spannungsfeld zwischen Kontinuität und Dynamik nicht unterschätzt werden darf (vgl. Hofert, 2018a, S. 2 ff.; Gergs et al., 2018, S. 177 ff.).

Buurtzorg® definiert sich über die Selbstorganisation der Pflgeteams und trägt damit zur Aufwertung des Pflegeberufs bei. Work-Life-Balance, flexibles und lebenslanges Lernen sowie eigenverantwortliches Arbeiten bestimmen den Arbeitsalltag (vgl. Sauter et al., 2018, S. 67 f.). Eine gelungene Selbstorganisation wirkt sich auf die Zufriedenheit der Pflegenden, eine Steigerung der Pflegequalität und eine geringere Krankheitsquote aus, die bei Buurtzorg® in den Niederlanden 3 % gegenüber 60 % bei herkömmlichen Sozialstationen beträgt (vgl. Hennessy, 2017, S. 10).



Die ganzheitliche, klientenzentrierte und bedürfnisorientierte Versorgung beinhaltet neben den pflegerischen Aufgaben auch die Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer An- und Zugehörigen und kommt damit den gesetzlichen Forderungen aus dem SGB XI nach. Die Berechnung der Kosten ist transparent, sodass sich die Klientinnen und Klienten ausrechnen können, wie viele Stunden Pflegeleistungen sie in Anspruch nehmen können, bevor sie selbst zahlen müssen. Die Beteiligten erkennen, dass sich eigenes Engagement lohnt, denn je mehr Eigenleistung erbracht wird, umso mehr kann eingespart werden (vgl. Technau, 2019, S. 18). Dies kann als Anreiz für eine Steigerung der Selbstständigkeit und des Engagements der informellen Netzwerke gesehen werden. Die Auswirkungen werden von den Patientinnen und Patienten positiv aufgenommen, wie eine Studie aus Großbritannien zeigt. Buurtzorg® führt dort, wie in anderen Ländern, zu einer höheren Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, da sie längere Pflegezeiten als in herkömmlichen Pflegediensten in Anspruch nehmen können und die Pflegenden mehr Zeit für sie haben (vgl. Lalani et al., 2019). Diese unmittelbaren Auswirkungen auf die Klientinnen und Klienten können die Akzeptanz des neuen Pflegemodells erhöhen, dessen Gelingen auch von der Deckung der Bedarfe und Bedürfnisse der Betroffenen abhängen wird (vgl. Heusinger, 2017, S. 444).

Ein Hinderungsgrund, ein System der selbstorganisierten Pflege einzuführen, liegt derzeit in der Gesetzgebung, die z. B. im § 71 SGB XI mit dem Erfordernis einer leitenden Pflegefachkraft eine hierarchische Struktur festlegt (vgl. Technau, 2019, S. 18). Ein weiteres Hindernis ist die Vorgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MD), die Pflegeleistungen minutengenau und tätigkeitsbezogen abzurechnen, aber auch die Deckelung der Pflegekosten, die durch die Einteilung der Pflegegrade in den §§ 36–38 SGB XI vorgegeben wird.

Bei den Überlegungen zur Zulassung von Buurtzorg® muss in Erwägung gezogen werden, dass die Selbstorganisation der Teams in Verbindung mit der zielgerichteten IT Kosten spart, sodass der Überschuss bzw. Gewinn laut Technau bislang 4 % beträgt. Langfristig ist ein Überschuss von 1 bis 3 % geplant, um den Mitarbeitenden Fortbildungen zu ermöglichen und neue Pflege Teams aufbauen zu können (vgl. pflegen-online.de, S. 6). Unter volkswirtschaftlichen Aspekten sind in den Niederlanden im Vergleich zu konventionellen Anbietern zum einen der administrative Aufwand, der 17 % niedriger ist, und zum anderen ein um ca. 40 Pflegestunden geringerer Pflegeaufwand zu erwähnen. Die Patienten müssen den Pflegedienst weniger in

Anspruch nehmen, Krankenhauseinweisungen werden seltener und ein Aufenthalt im Pflegeheim wird weniger wahrscheinlich (vgl. Hennessy, 2017, S. 10). Starre, tätigkeitsbezogene Zeitvorgaben entfallen, sodass Zeiten, die mit den Bewohnenden zur Besprechung des körperlichen Zustandes oder zur Beratung verbracht werden, als Pflegezeit angerechnet werden können. Die Dokumentation aller Maßnahmen ist obligat, damit die Leistungen von den Pflegekassen nachvollzogen werden können (vgl. pflegen-online.de, 2019, S. 3).

Derzeit ist es für alle Anbieter aufgrund des Pflegekräftemangels schwierig, Pflegekräfte gewinnen zu können. Die Beantwortung der Frage, inwieweit es gelingt, für Buurtzorg® Pflegende begeistern zu können, wird auch davon abhängen, ob die Pflegenden sich zutrauen, in einem selbstorganisierten Team mit einer hohen Verantwortungsübernahme, einer Ausweitung des pflegfachlichen Spektrums und einer anderen Betreuungsqualität zu arbeiten. Ein wichtiger Schritt wurde bereits in § 4 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) mit den „vorbehaltenen Tätigkeiten“ vollzogen, da künftig von den Pflegenden mehr Verantwortung und selbstständiges Handeln gefordert werden (vgl. Igl, 2019, S. 81). Auch müssen Pflegekräfte bei Buurtzorg® Deutschland mit einer derzeit noch geringeren Vergütung als in konventionellen Unternehmen zufrieden sein. Ein dritter Aspekt ist, dass nicht alle Pflegenden für die Arbeit in selbstorganisierten Teams geeignet sind, denn intensive Teamarbeit, Verantwortungsübernahme und weitreichende Entscheidungsbefugnisse können zu Überforderung führen, was sich in Fehlentscheidungen und inadäquatem Handeln äußert und letztlich zu Distress und Frustration führen kann (vgl. Rautert/Meißner, 2019, S. 12; Schaper, 2019, S. 368).

## 12.4 Fazit

Der demografische Wandel, ein Mangel an Pflegefachkräften sowie eine veränderte Anspruchshaltung der Betroffenen macht ein Umdenken der Pflegeorganisation in ambulanten Einrichtungen notwendig. Das Pflegemodell Buurtzorg® zeigt dabei eine mögliche Organisationsform auf, die zu einer Aufwertung des Pflegeberufs ebenso wie zu einer veränderten Haltung gegenüber Pflegebedürftigen führen kann. Joachim Technau, der Buurtzorg® Deutschland vertritt, geht von einer positiven Evaluation der seit Januar 2020 laufenden Studie aus. Die Fachhochschule Münster und die Hochschule Osnabrück sowie das Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland

e. V. untersuchen im Zeitraum von drei Jahren (2020–2022) die Auswirkungen des Modells Buurtzorg® bei zwei Pflegediensten in Nordrhein-Westfalen (Kreis Steinfurt) auf den drei Ebenen Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Rahmenbedingungen (vgl. FH-Münster, 2020). Die Ergebnisse werden mit Spannung erwartet, da sie richtungsweisend für eine veränderte, mitarbeiter- und klientenzentrierte ambulante Versorgung sein können. Ob das System Buurtzorg® zur Entspannung auf dem Pflegemarkt beitragen kann, bleibt vorerst abzuwarten, denn noch ist nicht klar, inwieweit sowohl die Pflegekräfte als auch das Gesundheitssystem finanziell davon profitieren können. Positiv zu sehen ist die Fokussierung auf die ganzheitliche Betreuung der Pflegebedürftigen durch kompetenzorientierte, selbstorganisierte Pflegekräfte, aber auch die Entbürokratisierung, was zu einer Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe führen kann.

## Literatur

- Auschra, C./Berghöfer, A./Deisner, J./Sydow, J. (2019). *Versorgung im ländlichen Raum – Ohne Pflege?!* Pflegezeitschrift, (9), S. 54–58. <https://www.springerpflege.de/versorgung-im-laendlichen-raum-ohne-pflege/17048558> (09.07.2020).
- Bartonitz, M. (2018). *Agile Pflege bei Buurtzorg*. In: Bartonitz, M./Lévesque, V./Michl, T./Steinbrecher, W. et al. (Hrsg.): *Agile Verwaltung. Wie der Öffentliche Dienst aus der Gegenwart die Zukunft entwickeln kann*. Berlin: Springer, S. 235–242.
- Berkenkopf, K. (2018). *Buurtzorg „Wir haben das Modell, das Herr Spahn sucht.“* Ärztezeitung. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Wir-haben-das-Modell-das-Herr-Spahn-sucht-225279.html> (10.07.2020).
- Bernsmann, A./Bohn, L./Haußmann, C./Prigge, P. (2018). *Arbeitsmethodik für Führungskräfte. Praxiswissen für die Führungsaufgabe*. Wiesbaden: Springer.
- Böhle, F./Bolte, A. (2002): *Die Entdeckung des Informellen. Der schwierige Umgang mit Kooperation im Arbeitsalltag*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Bonin, H. (2020). *Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.): *Pflegereport 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer, S. 61–71.
- Bradford, G./Sarnak, D. O./Burger, J. S. (2015). *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands Buurtzorg Model*. The Commonwealth Fund, S. 1–12.
- Bretbacher, C. (2020). *Pflegeorganisation neu denken. Entwicklung Praxisstandard Primary Nursing ambulante Pflege*. In: *Pro Care*, (25), S. 37–41.
- Breithaupt, E. (2017). *Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff. Eine Kehrtwende für das Verständnis der Pflege*. *Uro News*, (2), S. 28–29.
- Buurtzorg® Nachbarschaftspflege (o. J.). *Weniger Bürokratie, mehr Zeit*. <https://www.Buurtzorg-deutschland.de/ueber-uns/> (22.07.2020).

- Davidow, W./Malone, M. (1993). *Das virtuelle Unternehmen. Der Kunde als Co-Produzent*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- DBfK –Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V., Bundesverband (2016). *Position des DBfK zum Einsatz von primärqualifizierten Bachelor of Nursing in der Pflegepraxis*. [https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-BSN-Einsatz-in-Praxis\\_2016-07-26final.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-BSN-Einsatz-in-Praxis_2016-07-26final.pdf) (15.06.2020).
- Destatis (2018). *Pflegestatistik Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile) (19.05.2020).
- Doppelfeld, S. (2013). *Psychische Belastung von Pflegekräften: Supervision gegen das Ausbrennen auf der Intensivstation? Kontext*, 44 (3), S. 301–318.
- FH-Münster (2020). *Buurtzorg – Evaluation eines Modellprojekts zur Umsetzung des niederländischen Buurtzorg-Modells in Deutschland*. <https://www.fh-muenster.de/gesundheitsforschung/Buurtzorg.php> (15.07.2020).
- Fuchs-Frohnhofen, P./Isfort, M./Wappenschmidt-Krommus, E./Duisberg, M. et al. (2019) (Hrsg.). *PflegeWert. Wertschätzung erkennen – fördern – erleben*. 2. durchges. Auflage, Heidelberg: medhochzwei.
- Gensheimer, K. (2018). *Die Variabilität pflegerischer Kompetenzen – eine Übersicht*. *Psychiatrische Pflege*, (3), S. 35–38.
- Gergs, H.-J./Lakeit, A./Linke, B. (2018). *Das Agilitäts-Stabilitäts-Paradoxon. Was Unternehmen von Kampfflugzeugen, James Bond und östlicher Philosophie lernen können*. In: Geramanis, O./Hutmacher, S. (Hrsg.): *Identität in der modernen Arbeitswelt. Neue Konzepte für Zugehörigkeit, Zusammenarbeit und Führung*. Wiesbaden: Springer, S. 177–188.
- Hamm, C./Glyn-Jones, J. (2019). *Implementing an adapted Buurtzorg model in an inner city NHS trust*. *British Journal of Community Nursing*, 24 (11), S. 534–538.
- Hasebrook, J./Hackl, B./Rodde, S. (2020). *Team-Mind und Teamleistung. Teamarbeit zwischen Managementmarchen und Arbeitswirklichkeit*. Berlin: Springer.
- Hennessey, R. (2017). *Buurtzorg: Die Versöhnung von Ökonomie und Ethik*. *Zeitschrift LQ*, (03), S. 6–11. [https://zeitschrift-lq.com/archiv\\_zlq/2017/3/lq-1703-01-Organisationen-neu-organisieren.pdf](https://zeitschrift-lq.com/archiv_zlq/2017/3/lq-1703-01-Organisationen-neu-organisieren.pdf) (08.07.2020).
- Heusinger, J./Hämel, K./Kümpers, S. (2017). *Hilfe, Pflege und Partizipation im Alter. Zukunft der häuslichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, (50), S. 439–445.
- Hibbeler, B. (2011). *Ärzte und Pflegekräfte: Ein chronischer Konflikt*. *Deutsches Ärzteblatt*; (41), S. A 2138–A 2148.
- Hofert, S. (2018a). *Agiler führen. Einfache Maßnahmen für bessere Teamarbeit, mehr Leistung und höhere Kreativität*. Wiesbaden: Springer.
- Hofert, S. (2018b). *Das agile Mindset. Mitarbeiter entwickeln, Zukunft der Arbeit gestalten*. Wiesbaden: Springer.
- Hojdelewicz, B. M. (2018). *Der Pflegeprozess – Prozesshafte Pflegebeziehungen*. 2. überarb. Auflage, Wien: Facultas.
- Igl, G. (2019). *Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Praxiskommentar*. 2. neu bearb. und erw. Auflage, Heidelberg: medhochzwei.

- Isfort, M./Rottländer, R./Weidner, F./Tucman, D. et al. (2016). *Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege*. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), Köln.
- Kaltenecker, S. (2018). *Selbstorganisierte Teams führen: Arbeitsbuch für Lean Agile Professionals*. 2. überarb. u. erw. Auflage, Heidelberg: dpunkt Verlag.
- Kauffeld, S./Schulte, E. M. (2019). *Teams und ihre Entwicklung*. In: Kauffeld, S. (Hrsg.). *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor*. 3. Auflage, Berlin: Springer, S. 211–236.
- Kliner, K./Rennert, D./Richter, M. (Hrsg.) (2017). *BKK Gesundheitsatlas 2017. Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Knorre, S. (2013). *Strategische Agilität als interne Ressource Wie lässt sich strategisches Denken in Organisationen lernen?* In: Institut für Kommunikationsmanagement der Hochschule Osnabrück (Hrsg.): *Organizational Resource Management. Interne Ressourcen entwickeln – aber wie? Ein Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis*. Berlin: LIT, S. 13–35.
- Kreitzer, M. J./Monsen, K. A./Nandram, S./de Blok, J. (2015). *Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing*. *Glob Adv Health Med*, 4 (1), S. 40–44.
- Lalani, M./Fernandes, J./Fradgley, R./Ogunsola, C./Marshall, M. (2019). *Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model*. In: *BMC Health Services Research*, (945), S. 1–9. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-019-4804-8> (20.07.2020).
- Laloux, F. (2015). *Reinventing Organizations. Ein Leitfaden zu Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit*. München: Vahlen.
- Leask, C. F./Bell, J./Murray, F. (2020). *Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context*. *Public Health*, (179), S. 111–117.
- Leichsenring, K. (2015). „Buurtzorg Nederland“ – Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege. *ProCare – Aktuelle Information, Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege*, 20 (8), S. 20–24.
- Martin, K. S. (2005). *The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management*. Omaha, NE: Health Connections Press.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2017) (Hrsg.). *5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*. [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2018/2018\\_02\\_01/\\_5\\_PflegeQualitaetsbericht\\_des\\_MDS.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2018/2018_02_01/_5_PflegeQualitaetsbericht_des_MDS.pdf) (10.02.2020).
- Monsen, K./de Blok, J. (2013). *Buurtzorg Nederland. A nurse-led model of care has revolutionized home care in the Netherlands*. *American Journal of Nursing*, 113 (8), S. 55–59.
- Munsch, J.-P. (2018a). *Standpunkt. Einführung der Selbstorganisation. Erfahrungsbericht: Matrix der Selbstorganisation*. In: Wörwag, S./Cloots, A. (Hrsg.): *Zukunft der Arbeit – Perspektive Mensch*. Wiesbaden: Springer, S. 241–247.
- Munsch, J.-P. (2018b). *Teams auf dem Weg in die Selbstorganisation*. In: Geramanis, O./Hutmacher, S. (Hrsg.): *Identität in der modernen Arbeitswelt*, uniscope. Publikationen der SGO-Stiftung. Wiesbaden: Springer, S. 217–231.

- Pela, P./Zimmermann, T. (2019). *Erfolgsgeheimnis Team*. In: StepStone (Hrsg.): People Tech Insights. [https://www.stepstone.de/Ueber-StepStone/wp-content/uploads/2019/03/StepStone\\_Erfolgsgeheimnis-Team.pdf](https://www.stepstone.de/Ueber-StepStone/wp-content/uploads/2019/03/StepStone_Erfolgsgeheimnis-Team.pdf) (18.07.2020).
- Pflegen-online.de (2019). *Ambulante Pflege nach Buurtzorg – Spaß statt Fließband!* <https://www.pflegen-online.de/ambulante-pflege-nach-Buurtzorg-spass-statt-fließband#:~:text=%E2%80%9ENachbarschaftshilfe%E2%80%9C%20klingt%20gut,entwickelt%20und%202007%20gestartet%20hat.> (16.06.2020).
- Rautert, M./Meißner, A. (2019). *Sinnerleben bei Buurtzorg*. Die Schwester – Der Pfleger, (12), S. 9–13.
- Rico, D./Sayani, H./Sone, S. (2009). *The Business Values of Agile Software Methods. Maximizing ROI with Just-in-time Processes and Documentation*. Fort Lauderdale: J. Ross Publishing.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Robert Koch-Institut: Berlin.
- Sauer, S. (2017). *Wertschätzend selbst organisieren. Arbeitsvermögens- und anerkennungsbasierte Selbstorganisation bei Projektarbeit*. Wiesbaden: Springer.
- Sauer, S./Müller, R./Rothgang, H. (2015). *Institutionalisiertes Sterben in Deutschland. Trends in der Sterbeortverteilung: zu Hause, Krankenhaus und Pflegeheim*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, (48), S. 169–175.
- Schaper, N. (2019). *Arbeit*. In: Nerdinger, F. W./Blickle, G./Schaper, N. (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie*. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin: Springer, S. 359–384.
- Schirmer, U./Woydt, S. (2016). *Mitarbeiterführung*. 3. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schmal, J. (2018). *Reflexionsfähigkeit in Pflegeausbildung und -studium fördern. Nachdenken, Überdenken, Neudenken*. In: *Pflegezeitschrift* 71(1-2), S. 52-55.
- Schmucker, R. (2020). *Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin u. a.: Springer, S. 49–60.
- Schwägerl, C. (2013). *Interne Kommunikation in strategisch agilen Organisationen*. In: Institut für Kommunikationsmanagement der Hochschule Osnabrück (Hrsg.): *Organizational Resource Management. Interne Ressourcen entwickeln – aber wie? Ein Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis*. Berlin: LIT, S. 63–83.
- Stadelbacher, S./Böhle, F. (2016) *Selbstorganisation als sozialer Mechanismus der reflexivmodernen Herstellung sozialer Ordnung? Zur gesellschaftlichen Verortung von Selbstorganisation und ihre theoretisch-konzeptuelle Bestimmung*. In: Böhle, F./Schneider, W. (Hrsg.): *Subjekt – Handeln – Institution. Vergesellschaftung und Subjekt in der Reflexiven Moderne*. Weilerswist: Velbrück, S. 318–348.
- Steinkamp, T. (2013). *Führung und kollaborative Strategieentwicklung*. In: Institut für Kommunikationsmanagement der Hochschule Osnabrück (Hrsg.): *Organizational Resource Management. Interne Ressourcen entwickeln – aber wie? Ein Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis*. Berlin: LIT, S. 39–60.
- Technau, J. (2019). *Den Pflegenden Vertrauen schenken*. In: Die Schwester – Der Pfleger, (12), S. 14–18.
- TH-Nürnberg (2018). *Nachbarschaftshilfe in Nürnberg: Struktur und Potenziale*. [https://www.nuernberg.de/imperia/md/seniorenamt/dokumente/fachliche\\_informationen/projektnachbarschaft\\_frommrosenkranz\\_stadtrat\\_2018-04-07.pdf](https://www.nuernberg.de/imperia/md/seniorenamt/dokumente/fachliche_informationen/projektnachbarschaft_frommrosenkranz_stadtrat_2018-04-07.pdf) (07.07.2020).

- Trost, A. (2018). *Neue Personalstrategien zwischen Stabilität und Agilität*. Berlin: Springer.
- Vermeer, A./Wenting, B. (2017). *Selbstorganisation, wie sie richtig funktioniert*. Houten: Bohn Stafleu von Loghum.

# 13 Digitalisierung und künstliche Intelligenz in der Pflege – Hype oder Hope?

BJÖRN SELLEMANN

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den Themen Digitalisierung und künstliche Intelligenz im Anwendungsfeld der Pflege, denn die Digitalisierung in der Pflege ist längst keine Illusion mehr, sondern eine Realität mit vielfältigen Konsequenzen für die professionell Pflegenden (vgl. Sellemann, 2020). Ein Nebeneffekt der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist die Verfügbarkeit von großen Datenmengen der Gesundheitsversorgung. Diese ermöglichen neue Analyseverfahren, z. B. mit Methoden der künstlichen Intelligenz, die wiederum mit großen Hoffnungen verbunden werden bzgl. der Generierung neuen Wissens bzw. der Unterstützung der Beteiligten in den jeweiligen medizinisch-pflegerischen Versorgungsprozessen. Nach einer inhaltlichen Einführung ins Thema folgen die Begriffsbestimmungen bzw. Definitionsansätze für die beiden Themenfelder Digitalisierung in der Pflege und künstliche Intelligenz. Im Anschluss wird ein KI-Projekt aus der Pflege vorgestellt und abschließend wird die Frage diskutiert, ob Digitalisierung und künstliche Intelligenz in der Pflege im Jahr 2020 mehr Hype oder Hope ist.

## 13.1 Einführung

Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK) oder, wie es aktuell weitläufig undifferenziert genannt wird, „die Digitalisierung“ sind heute im professionellen pflegerischen Alltag allgegenwärtig. Der Begriff Digitalisierung darf jedoch nicht nur auf die IuK und viele weitere technische Entwicklungen bzw. Technologien bezogen werden, sondern schließt auch damit einhergehende ökonomische und gesellschaftliche Transformationsprozesse mit ein. Dem gegenüber steht der Begriff „Künstliche Intelligenz (KI)“, der unterschiedlich definiert und zugleich auch als Sammelbecken für vielfältige (statistische) Analyseverfahren genutzt wird. Der künstlichen Intelligenz wird ein großes Potenzial für die zukünftige medizinisch-pflegerische Patientenversorgung zugeschrieben. Daher muss sich die Wissensdomäne Pflege diesem Themenfeld öffnen und ein grundlegendes Verständnis dafür entwickeln (vgl. McGrow, 2019). Jedoch gibt Rychlik (2019) zu bedenken, dass jeder medizinisch-pflegerischen Behandlung eine Art Pflege-Patienten-Vertrag und dem „Shared-decision Making“



unterliegen sollte. Was aber passiert, wenn für die Anwendung der Verfahren der künstlichen Intelligenz die Grundlage fehlt bzw. keine Informationen oder Daten vorliegen? Wer entscheidet dann? Ist KI in der Pflege daher aktuell eher nur ein Hype oder ist es vielleicht vielmehr Hope?

## 13.2 Digitalisierung in der Pflege

Nachfolgend wird der aktuelle Status quo der Digitalisierung der klinischen Pflege beschrieben. Zu berücksichtigen ist aber, dass Pflege nicht gleich Pflege ist, auch wenn dies gerne in der öffentlichen Diskussion suggeriert wird. In der Öffentlichkeit wird überwiegend immer nur von „der“ Pflege gesprochen; dies wird aber den unterschiedlichen pflegerischen Herausforderungen in den jeweiligen Pflegesettings nicht gerecht. So unterscheiden sich die pflegepraktischen Versorgungs- und administrativen Prozesse im ambulanten Pflegesetting deutlich von den Herausforderungen der Pflege im stationären Langzeitversorgungsbereich sowie diese wiederum von den Gegebenheiten der klinischen Pflege im Krankenhaussektor. Diese Unterscheidungen beziehen sich nur auf die Settings und die damit verbundenen Herausforderungen, wie z. B. die unterschiedlichen Abrechnungsverfahren der Pflegesettings nach den verschiedenen Sozialgesetzbüchern. Überhaupt keine Berücksichtigung bei dieser Differenzierung finden die pflegefachspezifischen Dimensionen, wie die Pflege von demenziell Erkrankten oder Intensivpatienten etc. Es gibt daher nicht „die“ Pflege! Aufgrund dieser Breite im Versorgungsprozess fokussiert der vorliegende Beitrag nur auf die Anforderungen und Chancen von KI in der klinisch-pflegerischen Versorgung im Krankenhaussetting.

### 13.2.1 Status quo der Digitalisierung der Pflege im Krankenhaus

In den letzten Jahren wurden sukzessive viele Management- und Versorgungsprozesse im Krankenhaussektor mit IuK unterstützt bzw. vollständig digitalisiert (vgl. Hübner et al., 2020, 2018, 2014). Zum einen werden dadurch Archivierungskapazitäten bzw. Regalmeter für Patientenakten gespart. Zum anderen stehen die Daten in digitaler und vielfach strukturierter, standardisierter Form bzw. entsprechendem Format zur Verfügung. Das ist der größte Vorteil und dies ermöglicht erst, dass statistische Verfahren oder Verfahren der künstlichen Intelligenz auf diese (pflegerischen) Daten angewendet werden können.

Jedoch wurden in den letzten Jahren nicht alle Bereiche und Prozesse im Krankenhaussektor gleich vollumfassend digitalisiert. Im Anwendungsfeld der Pflege gibt es z. B. noch enormen Nachholbedarf. Nach dem aktuellen IT-Report Gesundheitswesen<sup>1</sup> (vgl. Hübner et al., 2020) der Hochschule Osnabrück gaben nur ca. 31 % der befragten teilnehmenden deutschen Krankenhäuser (n = 448) an, dass die elektronische Pflegedokumentation in allen Einheiten des Hauses genutzt wird und verfügbar ist. In weiteren gut 31 % der Häuser wurde die elektronische Pflegedokumentation zwar eingesetzt, jedoch ist ihre interne Verfügbarkeit eingeschränkt bzw. nicht in allen Einheiten des Hauses implementiert. Das übrige Drittel bzw. knapp 36 % der befragten Einrichtungen gaben jedoch an, dass im Jahr 2019 noch immer in mehr als einem Drittel der Krankenhäuser die Pflege papierbasiert dokumentiert wird bzw. eine elektronische Pflegedokumentation nicht zur Verfügung steht oder genutzt wird. Dies ist umso erstaunlicher, da pflegerische Daten die Grundlage für Verfahren der Statistik oder der künstlichen Intelligenz darstellen. Insbesondere ist zu bedenken, dass die Berufsgruppe Pflege im intersektoralen, interdisziplinären Versorgungsprozess als „Informationsdrehscheibe“ in einem multiprofessionellen, sektorübergreifenden Team betrachtet werden kann (vgl. Sellemann, 2020). Damit die Profession Pflege diese Funktion als „Informationsdrehscheibe“ im Versorgungsprozess auch im Rahmen digitalisierter Versorgungsprozesse wahrnehmen kann, ist es erforderlich, dass die relevanten Informationssysteme innerhalb der pflegerischen Versorgungsprozesse diese Funktionen unterstützen.

### 13.2.2 Pflegerische Informations- und Klassifikationssysteme

Pflegerische Informationssysteme sind integraler Bestandteil von Krankenhausinformationssystemen oder eigenständige Informationssysteme in der ambulanten oder stationären Pflege. Sie können Bestandteil eines umfassenden IT-Systems sein oder mit ihrem Funktionsumfang auf die reine Pflegedokumentation fokussieren. Oftmals sind verschiedene Systeme von unterschiedlichen Anbietern im Einsatz, die nicht immer vollumfänglich miteinander vernetzt sind. Doppeldokumentationen und redundante Datenerfassungen sind daher nicht ausgeschlossen. Die Systeme umfassen Funktionalitäten zur direkten und indirekten Unterstützung des Pflegeprozesses und beinhalten alle Anwendungen und Funktionen, die vorrangig von Pflegefach-

---

1 [www.it-report-gesundheitswesen.de](http://www.it-report-gesundheitswesen.de)

personen bedient werden. Somit ist der Einsatz von IuK zur Unterstützung der Informationsverarbeitung in der Pflege notwendig. Auch wenn möglicherweise nicht alle Funktionalitäten (direkt und indirekt) zur Unterstützung des Pflegeprozesses digitalisiert sind, so arbeiten dennoch Pflegenden im Krankenhaussetting im täglichen Berufsalltag mit anderen Informationssystemen, z. B. dem Laborinformationssystem eines Krankenhausinformationssystems. Um den Versorgungsauftrag bei fortschreitender Digitalisierung zu erfüllen, ist eine Vernetzung der Profession Pflege mit den übrigen Leistungserbringern innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) zwingend erforderlich. Die Telematikinfrastruktur hat die Vernetzung aller Akteure des Gesundheitswesens zum Ziel. Über ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen oder Institutionen) mit einem elektronischen Heilberufs- und Institutionsausweis Zugang erhalten, wird der sektoren- und systemübergreifende sowie sichere Austausch von Informationen gewährleistet.

So besteht durch das Anfang November 2019 im Bundestag beschlossene Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)), für Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Hebammen sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten nun die Möglichkeit, sich freiwillig an die TI anzuschließen. Zu bedenken ist, dass im Rahmen der Digitalisierung von Pflegeprozessen die Nutzung einer einheitlichen Pflegefachsprache unumgänglich ist. In diesem Kontext wird unter einer Pflegefachsprache die Definition von pflegespezifischen Konzepten in einer eindeutigen, kulturell angemessenen beruflichen Sprache bzw. entsprechenden Begriffssystemen verstanden.

Es existieren jedoch unterschiedliche Pflegefachsprachen. Diese werden in einem Konsensverfahren festgelegt, überprüft und innerhalb der Pflegecommunity akzeptiert und praktiziert. Pflegefachsprachen wiederum werden geordnet in Klassifikationssystemen. Dies sind wissenschaftliche Ordnungssysteme, die inhaltliches Wissen anhand definierter Konzepte darstellen. Beispiele für eine Pflegefachsprache bzw. ein pflegerisches Klassifikationssystem sind z. B. die NANDA-I<sup>2</sup>-Pflegediagnosen.

Darüber hinaus ist die Mitsprache und Gestaltungshoheit der Profession Pflege für pflegerische Versorgungsanwendungen innerhalb der TI bzw. bei der Digitalisierung von Verwaltungsprozessen und -verfahren erforderlich, und zwar inklusive der

---

2 North American Nursing Diagnosis Association International

Etablierung standardisierter Prozesse, wie z. B. im Kontext der Datenübermittlung für Abrechnungszwecke.

Wie bereits dargestellt, verfügen laut dem aktuellen IT-Report Gesundheitswesen (vgl. Hübner et al., 2020) knapp zwei Drittel bzw. 62 % (n = 448) aller bundesdeutschen Krankenhäuser über eine elektronische Pflegedokumentation in mindestens einer bzw. in allen Einheiten der Institutionen. Hinsichtlich des Einsatzes von pflegerischen Klassifikationen ist gegenüber 2006 laut dem IT-Report Gesundheitswesen (2018) – Schwerpunkt: IT-Unterstützung klinischer Prozesse (vgl. Hübner et al., 2018) kaum eine Veränderung erkennbar. Wie im Jahr 2006 (vgl. Hübner et al., 2008) zeigt sich auch weiterhin eine hohe Verbreitung des sogenannten Hauskatalogs in den pflegerischen Systemen. Als Hauskatalog wird ein hausinterner Katalog pflegerischer Sprachelemente bezeichnet. Das sind z. B. Textbausteine für pflegerische Probleme oder pflegerische Interventionen, die vielfach von den Einrichtungen selbst erarbeitet oder vom IT-Hersteller zur Verfügung gestellt wurden. Die Ergebnisse der Reihe IT-Report Gesundheitswesen lassen vermuten, dass der Hauskatalog auch zukünftig den ersten Rang in der Hitliste der implementierten Kataloge in Pflegeinformationssystemen innehaben wird. Dies spiegelt den immer noch anhaltenden Trend hinsichtlich des zurückhaltenden Einsatzes von pflegerischen Klassifikationen und Terminologien wider. Die Favorisierung einer Pflegefachsprache ist derzeit nicht erkennbar. Hinsichtlich der zukünftigen Nutzung pflegerischer Klassifikationen (z.B. NIC<sup>3</sup>, apenio<sup>4</sup>, ENP<sup>5</sup>, ICNP<sup>®</sup> etc.) weisen die Daten des IT-Report Gesundheitswesen (2018) (vgl. Hübner et al., 2020) keinen Trend für eine favorisierte Klassifikation auf. Dies ist nicht verwunderlich, denn der pflegerischen Domäne in Deutschland steht mittlerweile eine Vielzahl an pflegerischen Klassifikationen für die Pflegepraxis zur Auswahl. Entscheidend für den geringen Einsatz in Deutschland könnte jedoch auch das Fehlen eines regulatorischen Rahmens als sogenannter „Trigger“ sein. In Österreich fordert z. B. die Gesetzgebung seit dem 1. September 1997 die Dokumentation von Pflegediagnosen im § 5 Absatz 2 des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG): „Die Dokumentation hat insbesondere die Pfl-

---

3 Nursing Intervention Classification

4 Die Fachsprache apenio<sup>®</sup> beschreibt übersichtlich und strukturiert den Pflegebedarf anhand von Pflegephänomenen, Pflegehandlungen und Pflegeergebnissen. [www.apenio.de](http://www.apenio.de)

5 European Nursing Care Pathways

geanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.“

Dies hat bei unseren Nachbarn zu einer guten Durchdringung der pflegerischen Praxis im Krankenhaussektor mit Systemen für die elektronische Pflegedokumentation (67 %/n = 70) und mit einem erhöhten Einsatz (44 %) der NANDA-I-Klassifikation für die Dokumentation von pflegerischen Problemen geführt (vgl. Hübner et al., 2014). Die gesetzlich geforderte Dokumentation von Pflegediagnosen erfordert eine standardisierte Dokumentation, die mittels Freitext nur schwer abbildbar ist. Aus diesem Grund nutzen die Einrichtungen in Österreich vermehrt Klassifikationssysteme für Pflegediagnosen. In Deutschland fehlt bisher ein solcher politischer Trigger, aber im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen rückt das Thema Interoperabilität zwischen den Institutionen des Gesundheitswesens und deren implementierten IT-Systemen immer stärker in den Fokus, gerade vor dem Hintergrund der Anbindung der Pflege an die nationale Telematikinfrastruktur. Damit einher geht die Anwendung von Standards, wie z. B. (pflegerische) Klassifikationen bzw. Terminologien (vgl. Krüger-Brand, 2009). Das erfordert die Verwendung einheitlicher Standards.

### 13.2.3 Die medizinische Referenzterminologie SNOMED-CT

Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Medizininformatik-Initiative (MI-Initiative)<sup>6</sup> mit vier geförderten Konsortien verfolgt konsortiumübergreifend das Ziel, die Patientendaten, die während eines Klinikaufenthaltes entstehen, standortübergreifend für die Patientenversorgung (Primärnutzung) und für Forschungszwecke (Sekundärnutzung) zu vernetzen. Dazu haben sich die vier Konsortien auf die Entwicklung (vgl. Ganslandt et al., 2018) eines gemeinsamen Kerndatensatzes verständigt, den die beteiligten Einrichtungen der vier Konsortien zu allen eingeschlossenen Patientendaten – unabhängig von der Indikation und dem jeweiligen Anwendungsfall des Forschungskonsortiums – mindestens vorhalten wollen. Denn ein zentrales Anliegen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) spiegelt sich in der BMBF-geförderten MI-Initiative wider: die Verknüpfung von Versorgung und Forschung. Das BMG strebt eine forschungskompatible elektronische

---

6 [www.medizininformatik-initiative.de](http://www.medizininformatik-initiative.de)

Patientenakte (vgl. Kolain/Molavi, 2019) an und in diesem Zusammenhang wurde auch die Anschaffung einer nationalen SNOMED-Lizenz diskutiert und forciert (vgl. Krüger-Brand, 2019; Thun/Dewenter, 2018). SNOMED-CT (Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine – Clinical Terms) ist eine international etablierte, standardisierte Referenzterminologie für die Kodierung medizinischer Informationen. Mit der Verwendung von SNOMED-CT ist es IT-Systemen z. B. möglich, unterschiedliche medizinische Fachbegriffe und Informationen in einen international einheitlichen Zahlencode zu übersetzen. So können z. B. klinische Daten aus unterschiedlichen Ländern verglichen und für die Forschung verwendet werden. Auch die Bundesregierung hat die Bedeutung von SNOMED-CT für die medizinisch-pflegerische Versorgung und die Forschung erkannt. Im Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG, Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2020, Teil I, Nr. 46 vom 19.10.2020) hat das Bundesministerium für Gesundheit die Basis für eine nationale SNOMED-CT-Lizenz für Deutschland ab 2021 gelegt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist seit 1. Januar 2021 Mitglied im „National Release Center“ von SNOMED International. Das BfArM hat zum 1. Januar 2021 die notwendigen Maßnahmen ergriffen, damit die medizinische Terminologie SNOMED-CT sowie die Nomenklatur LOINC kostenfrei für alle Nutzer/-innen in Deutschland zur Verfügung stehen und unterhält ein nationales Kompetenzzentrum für moderne Terminologien.

### 13.3 Künstliche Intelligenz

Die Anwendungen der künstlichen Intelligenz (KI) im Gesundheitswesen wecken zahlreiche Erwartungen und Hoffnungen, sowohl bei den Patienten als auch bei den Beschäftigten des Gesundheitswesens (vgl. Krumm/Dwertmann, 2019).

Der Begriff „künstliche Intelligenz“ ist nicht einheitlich definiert und in der Literatur existieren diverse, unterschiedliche Definitionen. Jedoch eint viele der Begriffsdefinitionen eine enge Verbindung mit den Themen Big Data, Digitalisierung und Algorithmisierung.

So definiert beispielsweise das Online-Onpulson-Wirtschaftslexikon KI als:

„Künstliche Intelligenz (Engl. Artificial Intelligence) ist ein Zweig der Informatik, der sich mit der Entwicklung von Computersystemen befasst, die selbstständig Funktionen ausführen können, für die normalerweise menschliche Intelligenz erforderlich ist, beispielsweise logisches Denken, Problemlösung, Lernen aus Erfahrung oder Spracherkennung.“ (Onpulson, 2021)

Die Herausforderung, den Begriff künstliche Intelligenz inhaltlich zu definieren, besteht schon seit Ende der 1950er-Jahre, als sich diese interdisziplinäre Forschungsrichtung entwickelte. In diesem Zeitraum der vergangenen Jahrzehnte musste sich die Deutung bzw. die Begriffsbildung jeweils den technischen Möglichkeiten und Entwicklungen der jeweiligen Zeit anpassen. Als Geburtsstunde der KI als akademisches Fachgebiet gilt die Dartmouth-Konferenz im Sommer 1956 (vgl. Konrad, 1998). Seit dieser Zeit gab es immer mal wieder Zeitabschnitte, in denen die KI als Hoffnungsträger der IuK im Speziellen und der Menschheit im Allgemeinen galt. Diese wechselten sich aber auch regelmäßig immer wieder mit Phasen der Ernüchterung ab, den sogenannten „KI-Wintern“. Der ehemalige Vorsitzende der Geschäftsführung des Deutschen Forschungszentrums für Künstliche Intelligenz (DFKI) hat in einem Gastbeitrag einmal die Entwicklungsgeschichte der KI in vier Phasen unterteilt (vgl. Wahlster, 2016) (vgl. Abb. 13.1). Diese vier Phasen der KI-Entwicklung auf Forschungsebene spiegeln sich auch im industriellen und privaten Einsatz wider.

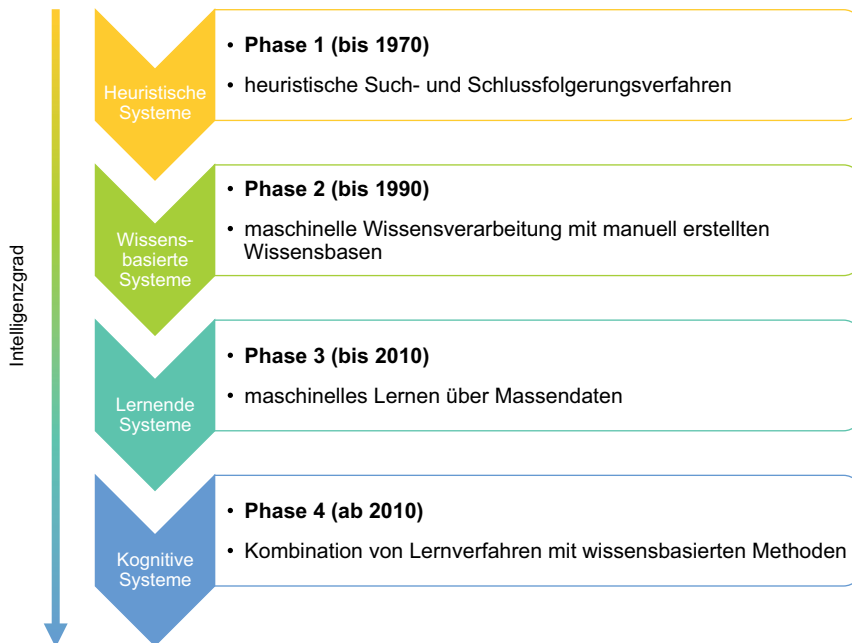


Abb. 13.1: Vier Phasen der künstlichen Intelligenz (vgl. Wahlster, 2016)

Aktuell befinden wir uns im „KI-Sommer“, denn in den letzten Jahren ist das Forschungsgebiet einer der Hoffnungsträger für die zukünftigen Herausforderungen für die Nutzung der generierten, digital verfügbaren Datenmengen geworden. Dies zeigt auch die Einsetzung einer unabhängigen, hochrangigen Expertengruppe für künstliche Intelligenz durch die Europäische Kommission im Juni 2018. Diese Gruppe hatte die Aufgabe, nicht alle Techniken und Fähigkeiten der KI genau und umfassend zu definieren, sondern sie sollte vielmehr einen Überblick über das gemeinsame Verständnis dieser Disziplin erarbeiten und vermitteln.

Dazu hat die Expertengruppe die aktuellen Definitionen und Ansätze von KI analysiert und als Ergebnis darauf aufbauend die folgende Definition von KI entwickelt bzw. bestehende Definitionen erweitert:

„Systeme der künstlichen Intelligenz (KI-Systeme) sind vom Menschen entwickelte Softwaresysteme (und gegebenenfalls auch Hardwaresysteme), die in Bezug auf ein komplexes Ziel auf physischer oder digitaler Ebene handeln, indem sie ihre Umgebung durch Datenerfassung wahrnehmen, die gesammelten strukturierten oder unstrukturierten Daten interpretieren, Schlussfolgerungen daraus ziehen oder die aus diesen Daten abgeleiteten Informationen verarbeiten, und über das bestmögliche Handeln zur Erreichung des vorgegebenen Ziels entscheiden. KI-Systeme können entweder symbolische Regeln verwenden oder ein numerisches Modell erlernen, und sind in der Lage, die Auswirkungen ihrer früheren Handlungen auf die Umgebung zu analysieren und ihr Verhalten entsprechend anzupassen.

Als wissenschaftliche Disziplin umfasst KI mehrere Ansätze und Techniken wie z. B. das maschinelle Lernen (Beispiele dafür sind „Deep Learning“ und bestärkendes Lernen), maschinelles Denken (es umfasst Planung, Terminierung, Wissensrepräsentation und Schlussfolgerung, Suche und Optimierung) und die Robotik (sie umfasst Steuerung, Wahrnehmung, Sensoren und Aktoren sowie die Einbeziehung aller anderen Techniken in cyber-physische Systeme).“ (HEG-KI, 2019)

### 13.3.1 Formen künstlicher Intelligenz

Darüber hinaus werden in der Literatur noch verschiedene Formen der KI beschrieben (vgl. Rice, 2020). So kann KI beispielsweise auch in die drei folgenden Formen unterteilt werden (vgl. Hassani et al., 2020; Rice, 2020):

- **Assisted Intelligence** steht am unteren Ende des Spektrums von KI und wird zur Automatisierung einfacher Aufgaben eingesetzt, um diese schneller und kostengünstiger durchzuführen. Die Assisted Intelligence fällt in den Bereich der „schwachen“ KI.



- **Augmented Intelligence** hilft Menschen dabei, besser situationsbasierte Entscheidungen zu treffen. Diese Form der KI kann aus den Eingaben (Inputs) von Personen lernen, während die menschlichen Entscheidungen aufgrund der durch die KI erhaltenen Informationen präziser und treffsicherer werden.
- **Autonomous Intelligence** ist die am weitesten fortgeschrittene Form der KI, bei der der Mensch die Maschine nur mehr überwacht, diese jedoch eigenständig agiert (z. B. selbstfahrende Fahrzeuge).

Von einer „schwachen“ KI spricht man, wenn es darum geht, den Menschen intelligent beim Erreichen seiner Ziele zu unterstützen. Das Gleiche gilt für die KI-Form Assisted Intelligence, wobei es sich in der Regel um eine smarte Mensch-Maschine-Interaktion und -Kollaboration handelt. Die „starke“ KI ist eher philosophisch, denn sie zielt – wie bei der fortgeschrittenen KI-Form Autonomous Intelligence – auf eine Imitation des Menschen ab und hat Anlehnungen an Science-Fiction-Visionen. Zu Bedenken ist jedoch, dass viele Science-Fiction-Visionen, z. B. die aus der 1970er-Jahren stammende US-amerikanische Star Trek Serie, heute Realität sind. Denn wer dachte 1966 daran, als Captain Kirk seinen „Communicator“ aufklappte, dass 50 Jahre später fast jeder Deutsche ein solches Gerät unter den Begriffen Handy, Mobiltelefon oder Smartphone sein Eigen nennt!

Die aktuelle Erwartungshaltung an KI ist im „KI-Sommer“ sehr hoch und vielfach werden KI-Systeme der Autonomous Intelligence erwartet. Aber die aktuellen KI-Entwicklungen für die Praxisanwendung sind in der Regel die beiden KI-Formen Assisted und Augmented Intelligence (vgl. Hassani et al., 2020).

### 13.3.2 Funktionen von KI-Systemen

Neben der Beschreibung der verschiedenen Formen von KI-Systemen existieren in der Literatur noch weitere Definitionsansätze und Beschreibungen z. B. von KI-Funktionen. So unterscheiden beispielsweise Castro und New (2016) die folgenden KI-Funktionen:

- **Monitoring:** KI-Systeme können in kürzester Zeit große Mengen an Daten analysieren und Abweichungen sowie Muster feststellen. Da KI-Systeme dies weitaus schneller – oft in Echtzeit – und genauer als Menschen können, eignen sie sich überaus gut für Monitoring-Anwendungen, etwa im Bereich der Vital-

parameterüberwachung, oder auch im Anwendungsfeld der Cyber-Security oder Umweltveränderungen etc.

- **Auffinden:** KI-Systeme können wertvolle Erkenntnisse aus großen Datenmengen extrahieren (Data Mining) und neue Lösungen durch Simulationen erarbeiten. Da KI-Systeme dynamische Modelle verwenden, die aus den Daten lernen und sich anpassen, können sie sehr effektiv beim Entdecken von abstrakten Mustern und neuen Erkenntnissen sein, die traditionelle Computerprogramme nicht erkennen würden.
- **Vorhersagen:** KI können Vorhersagen treffen oder Modelle darstellen, wie sich Trends in der Zukunft entwickeln werden, und Systeme dazu befähigen, Antworten vorherzusagen, zu empfehlen und zu personalisieren.
- **Interpretieren:** Da KI-Systeme lernen und Muster erkennen können, sind sie auch in der Lage, unstrukturierte Daten zu interpretieren – also solche, die nur schwer einzuordnen sind, wie etwa Bilder, Videos, Audio- und Textdateien. Dadurch kann eine vielfach größere Datenmenge analysiert werden als mit klassischen Datenanalysemethoden. Ein Beispiel dafür ist der Einsatz der KI-gestützten Diagnostik in der dermatologischen Diagnostik (vgl. Jutzi/Brinker, 2020).
- **Interaktion mit der physischen Umgebung:** KI-Systeme können eine Vielzahl an unterschiedlichen Interaktionen zwischen Maschinen und ihrer Umgebung ermöglichen. Robotersysteme können so durch ihre Umgebung navigieren und diese manipulieren. Ein Beispiel sind auch selbstfahrende Autos, die eine Unmenge an Echtzeitdaten analysieren und eine sichere und effiziente Fahr-richtung bestimmen.
- **Interaktion mit Menschen:** Durch KI können Menschen leichter mit Computersystemen interagieren. Im Normalfall passen sich Menschen an die Anforderungen der Computer an (z. B. Eingabe über Tastatur und Maus), durch KI können Menschen mit Computersystemen auf eine Art und Weise interagieren, wie sie es auch mit anderen Menschen machen würden, etwa über Gesten, Sprache und Gesichtsausdrücke.
- **Interaktion mit Maschinen:** KI kann automatisiert komplizierte Maschine-zu-Maschine-Interaktionen koordinieren und automatisch Anpassungen an die-

sen durchführen. So können sich auch mehrere KI-Systeme untereinander und miteinander koordinieren.

### 13.3.3 Big Data als Motor für KI im Gesundheitswesen

Eines haben aber alle genannten Definitions- und Beschreibungsansätze gemeinsam. Die Systeme der künstlichen Intelligenz benötigen Daten, viele Daten! In diesem Kontext wird auch häufig von Big Data gesprochen, aber was wird darunter verstanden?

„Big Data oder Massendaten bezeichnen Datenmengen, welche beispielsweise zu groß, zu komplex, zu schnelllebig oder zu schwach strukturiert sind, um sie mit manuellen und herkömmlichen Methoden der Datenverarbeitung auszuwerten.“ (Bachmann et al., 2014)

Dies ist auch einer der Hauptbeweggründe für KI im Gesundheitswesen, denn ohne künstliche Intelligenz würden die exponentiell steigenden Datenmengen in Kliniken und Krankenhäusern wertlos bleiben. Damit die verborgenen Muster und Gesetzmäßigkeiten in den Daten ihren Nutzen voll entfalten können, brauchen alle an der Versorgung Beteiligten gleichberechtigten Zugang zu intelligenten Technologien, insbesondere auch die Angehörigen der Profession Pflege.

Grundvoraussetzung für die Verwendung künstlicher Intelligenz ist eine umfassende Digitalisierung aller für die Anwendung relevanten Daten. Genauso wichtig ist, dass diese Daten im besten Fall strukturiert vorliegen und miteinander kompatibel bzw. referenzierbar sind, damit diese beispielsweise mit „schwachen KI-Systemen“ analysiert werden können, um z. B. die Daten zu monitoren, Muster bzw. Gesetzmäßigkeiten mittels Data-Mining-Verfahren zu identifizieren oder um Vorhersagen auf großer Datenbasis zu treffen. Das ist im Jahr 2020 nur unzureichend möglich, denn der überwiegende Teil der medizinisch-pflegerischen Versorgungsdaten liegt heute nicht standardisiert vor. Insbesondere in der Pflege besteht bezüglich der Standardisierung noch ein großer Nachholbedarf, wie in Abschnitt 13.2.2 skizziert. Um von den Möglichkeiten der künstlichen Intelligenz jedoch profitieren zu können, ist es erforderlich, die richtigen Bedingungen zu schaffen. Das heißt, die Versorgungsdaten müssen in einer konsistenten, standardisierten und zuverlässigen Weise akquiriert und abgelegt werden. Die im Aufbau befindliche Telematikinfrastuktur in Deutschland ist mit der Anschaffung der nationalen SNOMED-CT-Lizenz ab 2021 auf einem guten Weg, diese Herausforderungen der Interoperabilität anzugehen (vgl. Capurro et al., 2014).

## 13.4 Wissensentdeckung in pflegerischen Leistungsdaten mithilfe künstlicher Intelligenz

Künstliche Intelligenz bzw. deren Verfahren sind in der Wissens- und Anwendungsdomäne Pflege nutzbar und können einen Mehrwert für die Pflege darstellen. Nachfolgend wird anhand eines Forschungs- und Entwicklungsprojekts aus dem Umfeld der **Assisted Intelligence**, also der „schwachen“ KI, beispielhaft dargestellt, welchen Nutzen künstliche Intelligenz mittels der Funktion **Auffinden** für die Pflegepraxis darstellen kann.

Eine große Herausforderung für Verfahren der künstlichen Intelligenz in der Pflege ist, dass Pflege ein sehr vielschichtiges Aufgabenfeld z. B. im Krankenhaussetting umfasst und mehr ist als nur die reine Durchführung pflegerischer Interventionen am Patienten, auf die sie leider oftmals reduziert wird. Die gespeicherten pflegerischen Daten der Anwendungssysteme eröffnen die Möglichkeit, das vielschichtige Aufgabenspektrum der pflegerischen Patientenversorgung im stationären Krankenhausalltag darzustellen.

Schon seit einigen Jahren beschäftigen sich Wissenschaftler/-innen mit neuen statistischen Verfahren auf der Grundlage von pflegerischen Massendaten, um die pflegerischen Aktivitäten in der Patientenversorgung transparenter zu gestalten. So wendeten Seomun et al. (2006) Data-Mining-Verfahren zur Patientenklassifikation mit Blick auf einen notwendigen pflegerischen Unterstützungsbedarf an.

Der in Abschnitt 13.2 beschriebene zunehmende Einsatz von Informationstechnologien in Krankenhäusern, insbesondere von Pflegeinformationssystemen, geht einher mit der Speicherung großer Datenmengen, die bisher nicht immer ausreichend analysiert wurden.

Im Weiteren wird die Anwendung des Data-Minings-Verfahrens der Assoziationsanalyse im Rahmen des „Knowledge Discovery in Databases“ (KDD) in einem anwendungsorientierten Ansatz auf pflegerischen Leistungsdaten der Methode LEP Nursing 2 (LEP = Leistungserfassung in der Pflege) beschrieben (vgl. Sellemann et al., 2012).

### **13.4.1 Data Mining – ein Prozessschritt des Knowledge Discovery in Databases**

Die Daten, die im Rahmen der täglichen Versorgungsroutine erfasst werden und somit den Leistungsumfang eines Krankenhauses darstellen, werden oft als „bereits vorhandene Daten“ bezeichnet. Diese Routinedaten sind für Forschung und Praxis von großer Bedeutung, da sie in der tatsächlichen medizinischen Versorgungssituation entstehen und somit die medizinische und pflegerische Realität widerspiegeln. Viele der Methoden der klassischen Statistik sind für die heutigen riesigen Datensätze weder ausgelegt noch geeignet (vgl. Fayyad, 1998). Durch die Entwicklung der bezahlbaren digitalen Erfassung und Datenspeicherung hat sich vor gut 30 Jahren ein neues Forschungsgebiet für die Analyse großer Datenmengen im Hinblick auf neue, bisher unbekannte Muster entwickelt. Im Jahr 1989 wurde erstmals der Begriff Knowledge Discovery in Databases verwendet, um einen Workshop in Detroit (USA) (vgl. Piatetsky-Shapiro, 1990) zu benennen. Im weiteren Verlauf wird der Begriff Knowledge Discovery in Databases verwendet, um den gesamten Prozess der Wissensentdeckung zu beschreiben. In Anlehnung an Fayyad et al. (1996) wird KDD dabei als „der nicht triviale Prozess der Entdeckung gültiger, neuer, nützlicher und verständlicher Muster in Datenbanken definiert“.

Ein Schritt im KDD-Prozess ist das Data Mining, dessen Aufgabe es ist, Methoden der Datenanalyse und Entdeckungsalgorithmen anzuwenden, um Muster in den Datensätzen zu entdecken (vgl. Fayyad et al, 1996). Mit der Einführung von Scannerkassensystemen Anfang der 1990er-Jahre wurde z. B. der Data-Mining-Prozess der Assoziationsanalyse entwickelt (vgl. Agrawal et al., 1993).

### **13.4.2 Anwendung der Assoziationsanalyse auf pflegerische Leistungsdaten**

Assoziationsregeln beschreiben immer grundsätzlich Korrelationen zwischen gemeinsam auftretenden Objekten. Derartige Objekte können die einzelnen Artikel eines Warensortiments im Einzelhandel oder aber Objekte aus anderen Anwendungsbereichen, wie z. B. der Medizin (vgl. Ordonez et al., 2006; Cios/Moore, 2002) oder dem Kreditwesen (vgl. Eickbusch, 2002) sein.

Eine Assoziationsregel, auch bezeichnet als „Wenn-dann-Regel“ (vgl. Bissantz et al., 2000), ist ein Ausdruck der Form  $X \rightarrow Y$ . Die Parameter  $X$  und  $Y$  benennen dabei Teilmengen eines Datenbestandes (vgl. Agrawal/Shafar, 1996).

Die Methode der Assoziationsanalyse wurde bisher nicht in dieser Form auf pflegerische Leistungsdaten angewendet, um gezielt pflegerische Leistungskomplexe zu identifizieren. Die verwendeten pflegerischen Leistungsdaten, die über die Methode LEP® Nursing 2 als strukturierte Daten vorliegen, sind aus Datenbankstruktursicht mit Kassendaten vergleichbar, denn sie sind über einen Primärschlüssel dem jeweiligen Behandlungsfall zuzuordnen, wie z. B. der Einkauf einer Person über die jeweilige Kassenbon-Nummer zuzuordnen ist.

In Deutschland wird die wissenschaftliche Methode LEP® Nursing 2 (vgl. Bamert, 2004) und ihre Weiterentwicklung LEP® Nursing 3 (vgl. Baumberger, 2008) im Rahmen der elektronischen Pflegedokumentation zur Erfassung von Daten der erbrachten Pflegeleistungen eingesetzt. Historisch steht LEP für Leistungserfassung in der Pflege, heute steht es für: Dokumentation pflegerischer Interventionen mit automatisierter Leistungserfassung. Bei LEP Nursing 2 (vgl. Bamert, 2004) handelt es sich um eine Methode der statistischen Erfassung, Berechnung und Darstellung, die auf der Grundlage einer Liste von Pflegeinterventionen in Akutkrankenhäusern die täglichen Pflegeaktivitäten rückwirkend erfasst bzw. abschätzt.

Diese Methode bzw. die darüber erfassten pflegerischen Routineleistungen werden im Rahmen der Assoziationsanalyse genutzt. Im Speziellen werden die LEP-Daten hinsichtlich der Tage der Aufnahme, der Operation und der Entlassung mittels Assoziationsanalyse ausgewertet, da dies in der Regel die Tage sind, an denen die Pflege- und/oder Verwaltungskosten steigen.

### 13.4.3 Die Methode der Assoziationsanalyse

Das sechsstufige KDD-Prozessmodell von Cios et al. (2000) bildete den methodischen Rahmen der Analyse. Das iterative KDD-Prozessmodell erfordert regelmäßige Interventionen durch den Analytiker (vgl. Fayyad et al., 1996). Hinsichtlich dieser Interventionen werden jedoch aufgrund des starken Domänenbezuges in der Literatur nur wenige diffuse Entscheidungshilfen vorgeschlagen, die nicht evaluiert wurden. Durch den Data-Mining-Prozess der Assoziationsanalyse werden Assoziationsregeln in der Form  $X \rightarrow Y$  generiert, wobei  $X$  und  $Y$  Teilmengen einer Datensammlung sind

(vgl. Agrawal et al., 1993). Nach Agrawal et al. (1993) gilt für die Analyse folgendes formale Modell: Die Pflegeinterventionen der Methode LEP Nursing 2 sind gegeben durch  $I=\{i_1, i_2, i_3, \dots, i_n\}$ ; die Transaktionsdatenbank ist gegeben durch  $T=\{t_1, t_2, t_3, \dots, t_n\}$ . Eine Transaktion besteht aus einer oder mehreren Pflegeinterventionen aus  $I$ , die im Rahmen einer Analyse gemeinsam betrachtet werden, und aus einer Transaktionsidentifikation, die einen Abgleich der Transaktion ermöglicht. Eine Assoziationsregel  $X \rightarrow Y$  setzt sich aus dem Regelrumpf, der sogenannten Prämisse ( $X \subset T$ ), sowie einem Regelkopf, der sogenannten Konklusion ( $Y \subset T$ ), zusammen. Prämisse und Konklusion enthalten eine nicht leere und zueinander disjunkte Item-Menge (vgl. Bollinger, 1996). Bei Verwendung des Apriori-Algorithmus besteht die Konklusion ( $Y$ ) immer nur aus einem Objekt aus  $I$ , die Prämisse ( $X$ ) kann sich dagegen aus mehreren Objekten aus  $I$  zusammensetzen.  $Y$  besteht jedoch immer nur aus einem Objekt aus  $I$ .

In Abb. 13.2 sind die strukturellen Komponenten und Interessantheitsmaße bzw. Gütekriterien einer Assoziationsregel schematisch dargestellt. Sie helfen dabei, aus einer Fülle aller Regeln die interessantesten herauszufiltern.

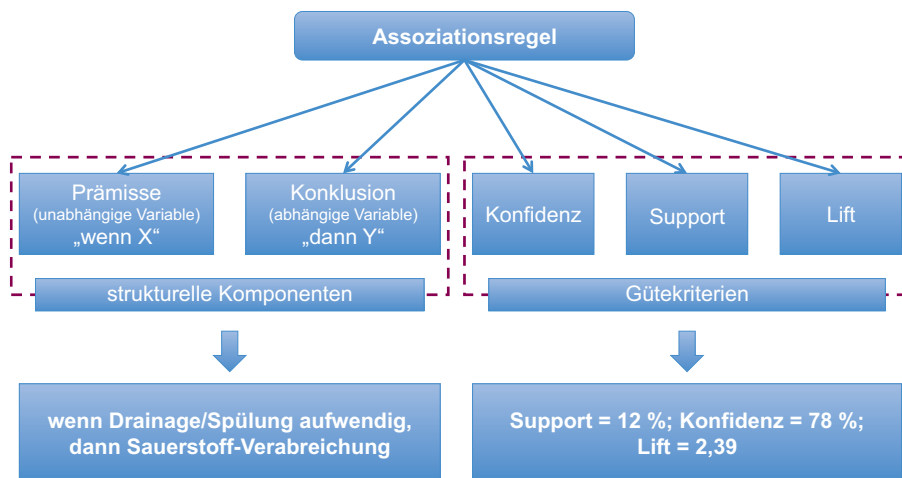


Abb. 13.2: Schemata einer Assoziationsregel (Sellemann et al., 2012)

Die Relevanz einer Regel kann anhand von drei Interessantheitsmaßen bewertet werden (vgl. Han et al., 2012): Der Support ( $Supp(X \rightarrow Y)$ ) entspricht der Relevanz einer Assoziationsregel, die Konfidenz ( $Confidence(X \rightarrow Y)$ ) misst die Stärke einer Regel (vgl. Bollinger, 1996) und der Lift-Faktor ( $X \rightarrow Y$ ) stellt das Verhältnis der im Zähler

( $\text{Conf}(X \rightarrow Y)$ ) angegebenen Wahrscheinlichkeit im Verhältnis zu der im Nenner angegebenen Wahrscheinlichkeit dar, die dieses Ereignis hätte, wenn die Ereignisse  $X$  und  $Y$  unabhängig voneinander wären (vgl. Adamo, 2001).

Das Ziel der Analysen besteht darin, alle Regeln in einem Satz von Transaktionen zu identifizieren, die den vordefinierten unteren Schwellenwert für  $\text{MinSup}(X \rightarrow Y)$  und  $\text{MinConf}(X \rightarrow Y)$  erreichen. Je höher der Schwellenwert, desto weniger Regeln können gefunden bzw. identifiziert werden.

#### 13.4.4 Pflegerische Datenbasis der Assoziationsanalyse

Die Datenbasis dieser Analysen bilden drei pseudonymisierte MS-Access-2003-Tabellen (fallbasierte Daten, LEP-Daten, im Jahr 2006 behandelte Fälle) mit über 45.000 stationären Patienten und Patientinnen, die am Universitätsklinikum Essen behandelt wurden. Die jeweiligen stationären Fälle haben ein Aufnahmedatum nach dem 31. Dezember 2005 und Entlassdatum vor dem 1. Januar 2007. Insgesamt umfasste die Datenbasis ca. 10,5 Millionen dokumentierte Pflegeinterventionen der Methode LEP Nursing 2. Die Datenbank für die Analyse des Operationstages enthielt 13.156 valide Fälle mit einem Durchschnittsalter von 52,7 Jahren und einer durchschnittlichen Verweildauer von 9,9 Tagen. Die Datenbanken für den Aufnahmetag ( $n = 42.243$  Fälle) und dem Entlassungstag ( $n = 43.429$  Fälle) umfassten jeweils über 40.000 gültige Behandlungsfälle. Die durchschnittliche Verweildauer in beiden Datensätzen betrug 6,8 Tage, das Durchschnittsalter lag bei 48 Jahren. In allen drei Datensätzen ist das Geschlechterverhältnis ausgewogen und identisch (männlich: 52 %, weiblich: 48 %). Die Datenaufbereitung und die Durchführung der Assoziationsanalyse wurden mit SPSS Clementine 10.1 für Windows durchgeführt. Für die Analyse des Operationstages wurden nur diejenigen Fälle berücksichtigt, die während ihres Aufenthaltes mindestens einer Operation unterzogen wurden und die die LEP-Informationsvariable 21.01 (= durchgeführte Operation) hatten. Die Einstellungen des Apriori-Modellierungsknotens für die drei tagesbezogenen Assoziationsanalysen sind identisch. Die auf der Studie von Ordonez et al. (2006) basierenden Schwellenwerte wurden übernommen ( $\text{MinSup}(X \rightarrow Y) = 1 \%$ ,  $\text{MinConf}(X \rightarrow Y) = 70\%$ ,  $k = 4$ ). Alle der 119 LEP-Nursing-2-Pflegevariablen können sowohl im Regelkopf als auch im Regelrumpf dargestellt werden.



### 13.4.5 Ausgewählte Ergebnisse der Assoziationsanalyse

Alle drei tagesbezogenen Assoziationsanalysen wurden erfolgreich durchgeführt. Für die Analyse des Operationstages musste der  $k$ -Wert jedoch aus methodischen Gründen auf  $k = 3$  reduziert werden (es konnten keine Regeln mit  $k = 4$  generiert werden). Dementsprechend beträgt die maximale Anzahl der Variablen im Regelrumpf drei und nicht wie in den beiden anderen Analysen vier. Aufgrund der großen Anzahl der generierten Regeln wird für die Darstellung der Ergebnisse ein Ranking-Verfahren verwendet: Anhand der drei Interessantheitsmaße werden die Regeln innerhalb der Trefferliste nach den jeweiligen Werten sortiert. Die relevantesten Regeln bezüglich des untersuchten Interessantheitsmaßes stehen an den obersten Stellen im Ranking, während weniger relevante Regeln auf den unteren Listenplätzen erscheinen. Für die Darstellung und die inhaltliche Analyse der Ergebnisse wurde ein „Cut-off-Wert“ definiert. Dieser wurde nicht basierend auf einer Studie festgelegt, sondern auf den Erfahrungen des Analytikers (vgl. Han et al., 2012). Nur die ersten zehn Regeln/Ränge (Top-10-Regeln) des jeweiligen Interessantheitsmaßes wurden betrachtet.

Insgesamt wurden 961.295 Regeln für den Operationstag, 126.914 Regeln für den Entlassungstag und 347.364 Regeln für den Aufnahmetag generiert. Trotz der Reduzierung von  $k$  in den Modelleinstellungen für die Analyse des Operationstages wurde die größte Anzahl von Regeln für diesen Tag generiert. Die Verteilung der Regeln für den Aufnahmetag und den Entlassungstag unterscheidet sich nur geringfügig in Bezug auf Komplexität/Länge der Itemsets ( $k$ ). Die Verteilung der Komplexitätsregeln am Tag der Operation unterscheidet sich jedoch deutlich von den beiden anderen Tagen. Selbst wenn der Regelrumpf nur Regeln mit drei Variablen hat, ist auffällig, dass diese Regeln mit der höchsten Komplexitätsstufe fast 95 % der Gesamtregelzahl bilden. Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass die Regel mit dem Maximalwert für  $\text{Supp}(X \rightarrow Y)$  in allen drei Analysen bzw. an den genannten drei Tagen identisch ist. Dabei handelt es sich um die einfache, elementare Regel „Pflegedokumentation einfach  $\rightarrow$  Essen/Getränk einfach“, diese hat die Maximalwerte für  $\text{Supp}(X \rightarrow Y)$  (85,143 %, 77,180 % und 76,912 %). Der Wert von  $\text{Supp}(X \rightarrow Y)$  liegt jedoch deutlich unter dem Maximum (100 %), obwohl die Regel aus zwei elementaren Pflegeinterventionen besteht, die routinemäßig bei fast jedem Patienten/jeder Patientin durchgeführt werden. Im Gegensatz zu den Regeln mit den Maximalwerten für  $\text{Supp}(X \rightarrow Y)$  unterscheiden sich die Regeln mit den Maximalwerten für  $\text{Conf}(X \rightarrow Y)$

in ihrer Zusammensetzung deutlich. Am Aufnahmetag beträgt z. B. die Wahrscheinlichkeit, dass die Pflegeinterventionen „Blutentnahme, komplex + themenzentrierte Pflege-Patienten-Kommunikation/Instruktion, lang + Administration/Koordination, komplex + Bett vorbereiten, komplex“ (Regelrumpf) von der Pflegeintervention „Pflegedokumentation, einfach“ (Regelkopf) begleitet wird, 100 %. Insgesamt betrug der  $\text{Conf}(X \rightarrow Y)$ -Wert für elf Regeln am Tag der Aufnahme und 1.002 Regeln am Operationstag 100 %. Die Zusammensetzung der Regeln mit einem Maximalwert für  $\text{Lift}(X \rightarrow Y)$ :  $\text{Lift}(X \rightarrow Y)$  OP-Tag = 34.154,  $\text{Lift}(X \rightarrow Y)$  Aufnahmetag = 39.209 und  $\text{Lift}(X \rightarrow Y)$  Entlassungstag = 13.520 Punkte ist ebenfalls sehr unterschiedlich.

### 13.4.6 Diskussion der Ergebnisse

Mithilfe der Assoziationsanalyse wurden für den OP-, den Entlass- und Aufnahmetag insgesamt knapp 1,5 Millionen Regeln generiert. Trotz Anpassung der Modelleinstellungen wurde für den Operationstag die größte Anzahl von Regeln ( $n = 961.295$ ) generiert. Die Regeln für den Aufnahme- und den Entlassungstag unterscheiden sich nur geringfügig hinsichtlich ihrer Komplexität/Länge der Itemsets ( $k$ ). Dagegen unterscheidet sich die Verteilung der Komplexitätsregeln am OP-Tag deutlich von den beiden anderen Tagen. Die Regel mit dem Maximalwert für  $\text{Supp}(X \rightarrow Y)$  war in allen drei Analysen bzw. an den genannten drei Tagen identisch ist. Es war die einfache, elementare Regel „Pflegedokumentation einfach  $\rightarrow$  Essen/Getränk einfach“. Dagegen unterscheiden sich die generierten Regeln in den drei Analysen hinsichtlich der beiden anderen Interessantheitsmaße  $\text{Conf}(X \rightarrow Y)$  und  $\text{Lift}(X \rightarrow Y)$ .

Zusammenfassend belegen die Ergebnisse, dass das Data-Mining-Verfahren der Assoziationsanalyse zur Identifizierung pflegerischer Handlungsmuster angewendet werden kann. Nach Lechner und Dannecker (2008) lassen sich alle in dieser Analyse untersuchten Assoziationsregeln der Gruppe den semantisch trivialen Assoziationsregeln zuordnen, da sie vorhandenes Wissen aus dem Bereich der Pflege reproduzieren. Die Gründe für das Nichtvorhandensein nützlicher und neuer Assoziationsregeln in den Ergebnissen können vielschichtig sein. So kann zum einen die pflegerische Praxis selbst ursächlich dafür sein, dass keine neuen, nützlichen Assoziationsregeln generiert werden konnten. Oder die Methode LEP Nursing 2 kann die pflegerische Praxis nicht ausreichend detailliert abbilden, was für die Erstellung nützlicher Assoziationsregeln notwendig wäre.

Neben der Diskussion der Methode LEP Nursing 2 ist auch die Methode der Kodierung pflegerischer Leistungen von besonderem Interesse, denn die Kodierung einer LEP-Variable ist abhängig von der Beurteilung des Inhalts der Variable/der Handlung durch die durchführende Pflegekraft. Begleitet eine Pflegekraft einen Patienten auf die Toilette, so kann diese Leistung sowohl der LEP-Nursing-2-Gruppe „Bewegung“ als auch der Gruppe „Ausscheidung“ (vgl. Bamert, 2004) zugeordnet werden, da die Einordnung aufgrund des primären Unterstützungsbereiches der Pflegefachkraft erfolgt. Dieses Beispiel verdeutlicht, wie schwierig es ist, ein spezielles pflegerisches Handlungsmuster zu identifizieren, wenn die Bestandteile einer Regel nicht eindeutig einer bestimmten pflegerischen Handlung zugeordnet werden können. Somit sind nicht nur die pflegerischen Leistungen mehrdeutig zu interpretieren, auch die identifizierten Muster können unterschiedliche Unterstützungsbereiche betreffen, was eine eindeutige Zuordnung der Muster nahezu unmöglich macht. Sollten dennoch spezifische und zuordenbare pflegerische Handlungsmuster in den Assoziationsregeln enthalten sein, sind diese möglicherweise zahlenmäßig ( $\text{Supp}(X \rightarrow Y)$ ) so gering oder bewegen sich im mittleren  $\text{Supp}(X \rightarrow Y)$ -Wertebereich, dass sie in der großen Regelanzahl aufgrund ihres geringen oder mittleren  $\text{Supp}(X \rightarrow Y)$ -Wertes nicht beachtet bzw. identifiziert werden. Dies deutet darauf hin, dass die Methode LEP Nursing 2 zu unspezifisch und zu allgemein ist, um sie zur Generierung nützlicher Assoziationsregeln zu verwenden. Dessen ungeachtet verfügt die Pflege im deutschsprachigen Raum mit der Methode LEP Nursing 2 über ein wissenschaftliches Instrument, mit dem dargestellt werden kann, was die Pflege in der Patientenversorgung leistet und welche personellen Ressourcen notwendig sind, um die anfallende pflegerische Arbeit im stationären Krankenhausalltag zu bewältigen. Durch die reine pflegerische Leistungserfassung kann jedoch keine Begründung dieser pflegerischen Leistung erfolgen, da sie nicht automatisch über das Erbringen gerechtfertigt wird, sondern durch ihre Indikation. Das Instrument LEP-Nursing 2 gibt keine Auskunft darüber, wieso eine Leistung am Patienten durchgeführt wurde und kann somit nicht zur Beurteilung der Notwendigkeit einer pflegerischen Leistung herangezogen werden. Hierzu werden zusätzliche Angaben zu Pflegeproblemen und Pflegezielen benötigt, die über die Pflegedokumentation erfasst werden müssen. Darüber hinaus fehlt noch immer ein Indikator bzw. die Begründung der pflegerischen Leistung, da medizinische Diagnosen alleine nicht für die Bestimmung des pflegerischen Bedarfs (vgl. Eberl et al., 2005) ausreichen. Bartholomeyczik (2002) vertritt in diesem Zusammen-

hang den Standpunkt, dass der Pflegeaufwand bei Patienten mit einer ausgewählten medizinischen Diagnose stark variiert und von verschiedenen Faktoren wesentlich beeinflusst wird.

Bartholomeyczik (2002) ist der Auffassung, dass sich die Pflege weniger mit den Krankheitsursachen als vielmehr mit dem „Kranksein und seiner Wirkung auf den Betroffenen“ beschäftigen muss. Des Weiteren erfolgt die Beurteilung eines Patienten unterschiedlich, je nachdem, aus welcher Sicht (pflegerischer oder ärztlicher Sicht) diese Beurteilung vorgenommen wird (vgl. Fischer, 2002). In einem Versuch, die NANDA-Pflegediagnosen mit den ICD-10-Diagnosen zu mappen bzw. über die ICD-10-Klassifikation abzubilden, kam Fischer (2002) zu dem Ergebnis, dass nur ein geringer Anteil (21 %) der NANDA-Diagnosen mit ICD-10-Diagnosen kodiert werden können. Dieser Fakt belegt, dass medizinische Diagnosen alleine nicht ausreichen, um den pflegerischen Bedarf zu ermitteln. Sie können immer nur eingeschränkt als Indikator für pflegerische Leistungen dienen.

Die Ausführungen verdeutlichen, wie wichtig die Entwicklung und der Einsatz von Pflegeindikatoren sowohl zur Abbildung des Pflegeaufwands als auch zur Identifizierung pflegerischer Leistungskomplexe im Allgemeinen und für die erfolgreiche Durchführung der Assoziationsanalyse auf Grundlage pflegerischer Leistungsdaten im Besonderen sind. Diese Feststellung wird auch durch die Untersuchung von Park et al. (2006) untermauert, in der auf Basis eines Nursing Minimum Data Sets (NMDS) inklusive Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen nützliche Assoziationsregeln identifiziert werden konnten.

Die inhaltlichen Ergebnisse dieser Arbeit sollten jedoch nicht als Nachteil angesehen werden, denn obwohl in den Untersuchungen keine neuen und „nützlichen“ pflegerischen Leistungsmuster generiert werden konnten, die Informationen über bislang unbekanntes, aber nachvollziehbare pflegerische Zusammenhänge aufzeigen, konnte die Assoziationsanalyse erfolgreich auf die zur Verfügung stehende Datenbasis angewendet werden. Die gewonnenen Ergebnisse, insbesondere die methodischen, sollten als eine Art vertrauensbildende Maßnahmen gesehen werden, da sie den bestehenden Wissensstand in der Domäne Pflege widerspiegeln.

### 13.5 Künstliche Intelligenz in der Pflege – Hype oder Hope?

Abschließend soll nun die Eingangsfrage diskutiert werden, ob Digitalisierung und künstliche Intelligenz in der Pflege mehr Hype oder Hope sind?

Welche Hoffnungen sind mit der Digitalisierung und den Verfahren der künstlichen Intelligenz in der Pflege, insbesondere im Krankenhaussetting, verbunden?

Die (Versorgungs-)„Daten“ sind das Gold des 21. Jahrhunderts! Die große Hoffnung bzw. Erwartung an KI-Systeme im Gesundheitswesen ist, dass mittels großer Datenmengen (Big Data) auch mehr Wissen, z. B. pflegerisches, generiert werden kann, um die Versorgungsprozesse zum einen besser zu verstehen und zum anderen zu optimieren.

Eine weitere große Hoffnung an KI-Systeme ist die Unterstützung von Gesundheitsfachberufen bei der Entscheidungsfindung z. B. im medizinisch-pflegerischen Versorgungsalltag. Dazu sollen die KI-Systeme medizinisch-pflegerische Versorgungsdaten und -informationen aufbereiten und dem Anwender strukturiert, fokussiert und selektiv zur Verfügung stellen oder eine Sachlage bewerten, um eine klinisch-pflegerische Entscheidung vorzubereiten bzw. bei dieser zu unterstützen (vgl. Haefeli/Seidling, 2018). Denn aufgrund der immer größeren Datenmengen bzw. Vielzahl an Informationen, die im Rahmen der Diagnostik, Therapie und Pflege generiert und dokumentiert werden, stehen Mediziner/-innen und andere Gesundheitsfachberufe vor der Problematik, diese großen Versorgungsdatenmengen zu beurteilen und in ihren Entscheidungsprozess aufzunehmen (vgl. Pfundner, 2019).

Sind die Angehörigen der Pflegeberufe im Besitz des „Daten-Goldes“, um KI-Systeme nutzen zu können? Die Ausführungen im Abschnitt 13.2 haben deutlich gezeigt, dass für die Pflegeberufe im Jahr 2019/20 in den bundesdeutschen Krankenhäusern überhaupt noch nicht in allen Einrichtungen die Möglichkeit besteht, digital zu dokumentieren. In mehr als einem Drittel der bundesdeutschen Krankenhäuser erfassen die Angehörigen der Pflegeberufe noch immer papierbasiert (vgl. Hübner et al., 2020). Wo sollen so die Big Data bzw. die pflegerischen Massendaten für KI-Systeme entstehen, wenn noch immer wie zu Florence Nightingales Zeiten mit Stift und Papier dokumentiert wird? In diesem Zusammenhang ist es eher ein Nebenschauplatz, dass die Pflege aktuell noch nicht standardisiert mittels einer pflegerischen Fachsprache dokumentiert. Denn um z. B. die Verfahren der schwachen KI nutzen zu können, wie am Beispiel der Wissensentdeckung in pflegerischen Leistungsdaten in Abschnitt 13.4

dargestellt, ist es zwingend erforderlich, dass die Pflegeberufe mit einer einheitlichen Fachsprache dokumentieren; insbesondere, wenn die Profession Pflege in ihren unterschiedlichen Pflegesettings ein Teil der intersektoralen, interdisziplinären Kommunikation mittels der Telematikinfrastruktur ist. Die Ergebnisse des IT-Reports Gesundheitswesen (vgl. Hübner et al., 2014) haben gezeigt, dass der hausinterne, standardisierte Hauskatalog am häufigsten in pflegerischen Informationssystemen, gefolgt vom Freitext, genutzt wird. Werden die Daten beispielsweise in Form von Freitext in einem Informationssystem gespeichert, so weiß das System z. B. nicht, dass ein „Schieber“, eine „Bettpfanne“ und ein „Steckbecken“ ein und dasselbe pflegerische Hilfsmittel zur Ausscheidungsunterstützung sind. So wären die drei genannten Bezeichnungen für ein KI-System drei unterschiedliche Objekte bzw. Hilfsmittel, die zur Ausscheidungsunterstützung genutzt werden können. Dementsprechend könnte jede der drei Bezeichnungen im Rahmen einer Assoziationsanalyse als eigenständiges Objekt im Regelkopf und -rumpf auftreten, was die Anzahl der generierten Muster deutlich erhöhen würde.

Aber KI-Systeme können z. B. bei der Diagnosestellung unterstützen, insbesondere in Fachgebieten, in denen diagnostische Daten in großer Anzahl in digitaler Form verfügbar sind, wie z. B. in der Radiologie oder generell in bildgebenden Bereichen (vgl. Bagdan, 2018). Positive Erfahrungen konnten bereits in der Onkologie, z. B. bei der Gewebeanalyse zur Hautkrebserkennung, gesammelt werden (vgl. Brinker et al., 2019). Die bildgebenden Verfahren stellen Daten in sehr großen Mengen und hoher Qualität zur Verfügung, sodass entsprechende KI-Verfahren der Mustererkennung diese nach Abweichungen von der Norm analysieren können. Diese qualitativ gut trainierten Verfahren der Mustererkennung müssen jedoch von denen unterschieden werden, die riesige Datenmengen völlig unstrukturiert und unsystematisch analysieren, um so auf sinnvolle Zusammenhänge zu stoßen. Gerd Antes (vgl. Fried, 2019) ist der Ansicht,

„dass dies wissenschaftlicher Unfug ist und nicht funktionieren kann. Aus seinem Verständnis heraus bedeutet wiss. Arbeiten, dass man mithilfe von Theorie und Daten Hypothesen generiert, die empirisch durch Studien bestätigt oder widerlegt werden müssen. Der Big-Data-Hype steht in krassem Gegensatz zu diesem Erkenntnisprozess. Man tut so, als ob man in riesigen Datenmengen einfach nach Korrelationen suchen kann und dann diese einen Sinn ergeben. Da kommt unheimlich viel Schwachsinn heraus. Das ist wie das Suchen nach einer Nadel im Heuhaufen. Durch Big Data macht man jedoch den Heuhaufen nur noch größer“.

Diese Sätze spiegeln sich in Teilen auch in den Ergebnissen der vorgestellten Analyse pflegerischer Leistungsdaten wider, denn auch dort war die Ergebnismenge so groß, dass ein Cut-off-Wert gesetzt wurde, um die Ergebnisse bzw. den „Heuhaufen“ beherrschbar zu machen. Zukünftige Assoziationsanalysen auf pflegerischen Leistungsdaten müssten mit einer konkreten Fragestellung initiiert werden.

Aber Korrelationen sind nicht alles, insbesondere dann nicht, wenn es sich dabei um falsch-positive Ergebnisse handelt. Vielfach werden Muster entdeckt, die inhaltlich falsch sind, sogenannte „spurious correlations“, also unechte Korrelationen. Das ist bereits heute ein zentrales Problem der empirischen Forschung. Zum Beispiel die Scheinkorrelation, dass der „(Klapper-)Storch die Babys bringt“ bzw. dass das gehäufte regionale Auftreten von Störchen in Verbindung mit einer erhöhten Geburtenrate korreliert. Diese falsch-positiven Ergebnisse könnten durch KI-Verfahren und Big Data noch weiter verstärkt werden, insbesondere dann, wenn die Ergebnisse unreflektiert übernommen werden.

Aus Sicht der Pflegeberufe ist die künstliche Intelligenz aktuell ein Hype, der mit vielen Hoffnungen verbunden ist. Jedoch muss die Profession Pflege erst einmal ihre „Hausaufgaben“ hinsichtlich der Digitalisierung und der Nutzung einer standardisierten pflegerischen Fachsprache weiter erledigen, um die bestehenden Hoffnungen, mit all ihren Herausforderungen, überhaupt ansatzweise Realität werden zu lassen. Dazu ist sie auf einem guten Weg, wie z. B. die jüngsten Entwicklungen im Kontext der Pflege und Digitalisierung zeigen (vgl. Maier et al., 2019).

## Literatur

- Adamo, J.-M. (2001). *Mining Rules over Attribute Taxonomies*. Data mining for association rules and sequential patterns: sequential and parallel algorithms, S. 49–66, Springer New York, <https://doi.org/10.1007/978-1-4613-0085-4>.
- Agrawal, R./Shafer, J. C. (1996). *Parallel mining of association rules*. Knowledge and Data Engineering, IEEE Transactions On, 8 (6), S. 962–969. [http://ieeexplore.ieee.org/xpls/abs\\_all.jsp?arnumber=553164](http://ieeexplore.ieee.org/xpls/abs_all.jsp?arnumber=553164) (15.02.2021).
- Agrawal, R./Imieliński, T./Swami, A. (1993). *Mining association rules between sets of items in large databases*. Proceedings of the 1993 ACM SIGMOD International Conference on Management of Data – SIGMOD '93, S. 207–216, <https://doi.org/10.1145/170035.170072>.
- Bachmann, R./Kemper, G./Gerzer, T. (2014). *Big Data – Fluch oder Segen? – Unternehmen im Spiegel gesellschaftlichen Wandels*. Bonn: MITP. <https://www.lehmanns.de/shop/mathematik-informatik/29315855-9783826683398-big-data-fluch-oder-segen> (03.03.2021).

- Bamert, U. (2004). *LEP® Nursing 2.1.1 – Beschreibung der Variablen der Methode LEP® für die Gesundheits- und Krankenpflege*. Revision B. LEP AG, St. Gallen.
- Bartholomeyczik, S. (2002). *Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs*. In: Kolb, S. (Hrsg.): *Medizin und Gewissen. Wenn Würde ein Wert würde*. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 229–235, <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Erforderliche+Pflege+und+die+geplante+Einführung+der+DRGs#0> (15.02.2021).
- Baumberger, D. (2008). *LEP® Nursing 3 als monohierarchisches Ordnungssystem*. In: Stadler, M. (Hrsg.): *Medienkompetenz. Handbuch zur Wissensvermittlung für Pflegenden und Hebammen*. Mannheim: Huber, S. 91–94.
- Bissantz, N./Hagedorn, J./Mertens, P. (2000). *Data Mining*. In: Mucksch, H./Behme, W. (Hrsg.): *Das Data-Warehouse-Konzept*. 4. Auflage, Wiesbaden: Gabler, S. 377–407.
- Bogdan, B. (2018). *Künstliche Intelligenz in der Medizin*. *MedRevolution*, S. 29–61, [https://doi.org/10.1007/978-3-662-57506-2\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-662-57506-2_3).
- Bollinger, T. (1996). *Assoziationsregeln – Analyse eines Data Mining Verfahrens*. *Informatik-Spektrum*, 19 (5), S. 257–261, <https://doi.org/10.1007/s002870050036>.
- Brinker, T. J./Hekler, A./Enk, A. H./Klode, J. et al. (2019). *Deep learning outperformed 136 of 157 dermatologists in a head-to-head dermoscopic melanoma image classification task*. *European Journal of Cancer*, (113), S. 47–54, <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.04.001>.
- Capurro, D./Yetisgen, M./Eaton, E./Black, R. et al. (2014). *Availability of Structured and Unstructured Clinical Data for Comparative Effectiveness Research and Quality Improvement: A Multi-Site Assessment*. *EGEMs (Generating Evidence & Methods to Improve Patient Outcomes)*, 2 (1), S. 11, <https://doi.org/10.13063/2327-9214.1079>.
- Castro, D./New, J. (2016). *The Promise of Artificial Intelligence*. <https://doi.org/10.7551/mitpress/12385.001.0001>.
- Cios, K. J./Moore, W. G. (2002). *Uniqueness of medical data mining*. *Artificial Intelligence in Medicine*, 26 (1–2), S. 1–24, [https://doi.org/10.1016/S0933-3657\(02\)00049-0](https://doi.org/10.1016/S0933-3657(02)00049-0).
- Cios, K. J./Teresinska, A./Konieczna, S./Potocka, J. et al. (2000). *A knowledge discovery approach to diagnosing myocardial perfusion: Applying a six-step discovery process to a database of SPECT bull's eye maps of the heart*. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*, 19 (4), S. 17–25, IEEE. <https://doi.org/10.1109/51.853478>.
- Eberl, I./Bartholomeyczik, S./Donath, E. (2005). *Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. Eine deskriptive Studie*. *Pflege*, 18 (6), S. 364–372, <https://doi.org/10.1024/1012-5302.18.6.364>.
- Eickbusch, J. (2002). *Kundenabwanderungen in Kreditinstituten: eine empirische Analyse mittels Data-Mining-Methoden für das Privatkundengeschäft einer Großsparkasse*. Frankfurt a. M.: Fritz-Knapp.
- Fayyad, U. M. (1998). *Diving into Databases*. *Programming & Design*, 11 (3), S. 24–31.
- Fayyad, U. M./Piatetsky-Shapiro, G./Smyth, P. (1996). *Knowledge Discovery and Data Mining: Towards a Unifying Framework*, S. 82–88.
- Fischer, W. (2002). *DRGs und Pflege*. Dr. Mabuse, (130), S. 24–26, [http://www.gesundheitspolitik.ch/tagungen/tagung/Fischer\\_Handout.pdf](http://www.gesundheitspolitik.ch/tagungen/tagung/Fischer_Handout.pdf) (15.02.2021).
- Fried, A. (2019). *Mathematiker Gerd Antes: „Big Data führt uns in eine Falle.“* <https://www.derstandard.de/story/2000107328669/mathematiker-gerd-antes-big-data-fuehrt-uns-in-eine-falle> (15.02.2021).



- Ganslandt, T./Boeker, M./Löbe, M./Prasser, F. et al. (2018). *Der Kerndatensatz der Medizininformatik-Initiative: Ein Schritt zur Sekundärnutzung von Versorgungsdaten auf nationaler Ebene*. Forum Der Medizin\_Dokumentation Und Medizin\_Informatik (Mdi), 20 (1), S. 17-21.
- Haefeli, W. E., & Seidling, H. M. (2018). Elektronische Entscheidungsunterstützung zur Annäherung an eine sichere Arzneimitteltherapie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 61(3), 271–277, <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2685-8>
- Han, J./Kamber, M./Pei, J. (2012). *Data Mining*. Data Mining: Concepts and Techniques. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2009-0-61819-5>.
- Hassani, H./Silva, E. S./Unger, S./TajMazinani, M. et al. (2020). *Artificial Intelligence (AI) or Intelligence Augmentation (IA): What Is the Future?* AI, 1 (2), S. 143–155, <https://doi.org/10.3390/ai1020008>.
- HEG-KI – Hochrangige Expertengruppe für künstliche Intelligenz (2019). *Eine Definition der KI: Wichtigste Fähigkeiten und Wissenschaftsgebiete*. [https://elektro.at/wp-content/uploads/2019/10/EU\\_Definition-KI.pdf](https://elektro.at/wp-content/uploads/2019/10/EU_Definition-KI.pdf) (15.02.2021).
- Hübner, U./Esdar, M./Hüasers, J./Liebe, J.-D. et al. (2020). *IT-Report Gesundheitswesen: Wie reif ist die Gesundheits-IT aus Anwenderperspektive?* F. I. im G. (IGW), Schriftenreihe der Hochschule Osnabrück. [https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/IT-Report\\_Gesundheitswesen/IT-Report\\_Gesundheitswesen\\_2020\\_final.pdf](https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/IT-Report_Gesundheitswesen/IT-Report_Gesundheitswesen_2020_final.pdf) (15.02.2021).
- Hübner, U./Esdar, M./ Hüasers, J./Liebe, J.-D. et al. (2018). *IT-Report Gesundheitswesen: Schwerpunkt – Wie reif ist die IT in deutschen Krankenhäusern?*
- Hübner, U./Liebe, J.-D./Staede, M.-C./Thye, J. (2014). *IT-Report Gesundheitswesen – Schwerpunkt IT-Unterstützung klinischer Prozesse*. Niedersächsisches Ministerium für Wirtschaft.
- Hübner, U./Sellemann, B./Frey, A./Flemming, D. et al. (2008). *IT-Report Gesundheitswesen: Schwerpunkte eBusiness und Pflegeinformationssysteme*. [http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C50798842\\_L20.pdf](http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C50798842_L20.pdf) (15.02.2021).
- Jutzi, T. B./Brinker, T. J. (2020). *KI-gestützte Bildanalyse in der Hautdiagnostik*. Deutsches Ärzteblatt, Perspektiven der Dermatologie, S. 14–18, <https://doi.org/10.3238/PersDerma.2020.06.12.03>.
- Kolain, M./Molavi, R. (2019). *Zukunft Gesundheitsdaten – Wegweiser zu einer forschungskompatiblen elektronischen Patientenakte*. [https://www.bundesdruckerei.de/system/files/dokumente/pdf/Studie\\_Zukunft-Gesundheitsdaten.pdf](https://www.bundesdruckerei.de/system/files/dokumente/pdf/Studie_Zukunft-Gesundheitsdaten.pdf) (15.02.2021).
- Konrad, E. (1998). *Zur Geschichte der Künstlichen Intelligenz in der Bundesrepublik Deutschland*. In: Siefkes, D./Eulenhöfer, P./Stach, H./Städtler, K. (Hrsg.): Sozialgeschichte der Informatik. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag, S. 287–296. [https://doi.org/10.1007/978-3-663-08954-4\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-663-08954-4_17).
- Krüger-Brand, H. E. (2009). *Medizinische Dokumentation: Digitale Signatur bringt Sicherheit*. Deutsches Ärzteblatt, 106 (20).
- Krüger-Brand, H. E. (2019). *Bei Digitalisierung starten und nicht länger auf perfekte Lösungen warten*. Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106233/Bei-Digitalisierung-starten-und-nicht-laenger-auf-perfekte-Loesung-warten> (15.02.2021).
- Krumm, S./Dwertmann, A. (2019). *Perspektiven der KI in der Medizin*. Künstliche Intelligenz, S. 161–175. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58042-4\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58042-4_10).
- Lechner, U./Dannecker, A. (2008). *WrapUP – Data Warehousing*. [http://wi.informatik.unibw-muenchen.de/C14/lectures-DataWarehous\(WT2008\)/Document Library/DWDM-WT08-Wrapup\\_\\_01\\_\\_ad.pdf](http://wi.informatik.unibw-muenchen.de/C14/lectures-DataWarehous(WT2008)/Document Library/DWDM-WT08-Wrapup__01__ad.pdf) (15.02.2021).

- Maier, I./Bechtel, P./Borchers, U./Brenninger, R. et al. (2019). *Digitalisierung in der Pflege*. <https://deutscher-pflegerat.de/2019/11/08/digitalisierung-in-der-pflege/> (15.02.2021).
- McGrow, K. (2019). *Artificial intelligence: Essentials for nursing*. *Nursing*, 49 (9), S. 46–49, <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000577716.57052.8d>.
- Onpulson (2021). *Wirtschaftslexikon. Stickwort: Künstliche Intelligenz*. <https://www.onpulson.de/lexikon/kuenstliche-intelligenz/> (15.02.2021).
- Ordóñez, C./Ezquerria, N./Santana, C. A. (2006). *Constraining and summarizing association rules in medical data*. *Knowledge and Information Systems*, 9 (3), S. 259–283, <https://doi.org/10.1007/s10115-005-0226-5>.
- Pfundner, H. (2019). *Digitalisierung in der Medizin: Im disruptiven Wandel wandelbar bleiben*. In: Haring, R. (Hrsg.): *Gesundheit digital*. Berlin Heidelberg: Springer, S. 143–157. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-57611-3\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-662-57611-3_9).
- Piatetsky-Shapiro, G. (1990). *Knowledge Discovery in Real Databases: A Report on the IJCAI-89 Workshop*. *AI Magazine*, 11(4), 68. <https://doi.org/10.1609/aimag.v11i4.873>
- Rice, D. (2020). *Assisted Intelligence vs. Augmented Intelligence and Autonomous Intelligence*. *FedTech Magazin*. <https://fedtechmagazine.com/article/2020/01/assisted-intelligence-vs-augmented-intelligence-and-autonomous-intelligence-perfcon> (15.02.2021).
- Rychlik, R. P. T. (2019). *Heißt „KI“ „Kein Interesse“? Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 24 (01), S. 5–15. <https://doi.org/10.1055/a-0802-3115>.
- Sellemann, B. (2020). *Pflegeüberleitung als digitaler Prozess*. In: Meißner, A./Kunze, C. (Hrsg.): *Neue Technologien in der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sellemann, B./Stausberg, J./Hübner, U. (2012). *Nursing routine data as a basis for association analysis in the domain of nursing knowledge*. *NI 2012 : 11th International Congress on Nursing Informatics*, June 23–27, 2012, Montreal, Canada. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24199122> (15.02.2021).
- Seomun, G. A./Chang, S. O./Lee, S. J./Kim, I. A. et al. (2006). *A prediction model for patient classification according to nursing need: Using data mining techniques*. *Studies in Health Technology and Informatics*, (122), S. 899.
- Thun, S./Dewenter, H. (2018). *ICD-11, ICHI und SNOMED CT – was bedeuten die Systematiken für E Health-Anwendungen? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 61 (7), S. 812–820, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2759-2>.
- Wahlster, W. (2016). *Die Speerspitze der Digitalisierung – Künstliche Intelligenz und Ihre Entwicklung*. [http://www.wolfgang-wahlster.de/wordpress/wp-content/uploads/20160923\\_Character\\_Bethmann\\_KI\\_Entwicklung.pdf](http://www.wolfgang-wahlster.de/wordpress/wp-content/uploads/20160923_Character_Bethmann_KI_Entwicklung.pdf) (15.02.2021).



# IV Perspektiven



# 14 Bausteine für eine Struktur- und Finanzreform der Pflegeversicherung

THOMAS KLIE

Die COVID-19-Pandemie macht mit einem Brennglas deutlich, wo die Strukturprobleme der deutschen Pflegeversicherung liegen. Trotz aller aktuellen Bemühungen – wie etwa in der „Konzertierten Aktion Pflege“ – wird eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung unabweisbar. Sie hat sich sowohl auf eine Finanzreform als auch vorrangig auf eine Strukturreform zu beziehen. Dabei ist die Rolle der Kommunen zu stärken, der Pflegemarkt einzuhegen und auf eine sozialräumlich ausgerichtete bedarfs- und präferenzgerechte Pflegeinfrastruktur hinzuwirken, die ihrerseits im modernen Sinne subsidiär auszurichten ist.

## Vorbemerkung

Welche Bedeutung einer leistungsfähigen, professionellen und zugleich ethisch reflektierten Pflege zukommt, ist in Corona-Zeiten sehr deutlich geworden. Gleichzeitig wurden wie durch ein Brennglas während der Corona-Pandemie die Problemzonen der Langzeitpflege sichtbar. Die Langzeitpflege ist (zu) spät in den Fokus des Infektionsschutzes und eines wirksamen Hygieneregimes einbezogen worden. Das ist als symptomatisches Zeichen zu bewerten.

- Es zeigten sich manifeste Steuerungsprobleme in der Langzeitpflege: Der Infektionsschutz in den Einrichtungen wurde aufgrund fehlendem Schutzmaterials vernachlässigt; geeignete Quarantäneplätze vorzuhalten wurde zur alleinigen Obliegenheit der Heime erklärt; Aufnahmegebote und -verbote ließen ebenso wenig wie die Kontaktsperren eine einheitliche Governance erkennen.
- Die Probleme einer stark auf institutionelle Versorgung hin ausgerichteten Pflegepolitik wurde in Corona-Zeiten deutlich: In Heimen lebten schnell wieder die Keime der „totalen Institution“ auf – mit den Folgen der Ausgrenzung auf Pflege angewiesener Menschen.

- Die Notversorgung in der Langzeitpflege (Tagespflege, Kurzzeitpflege) wurde politisch eher dilatorisch behandelt.
- In den schwierigen Balanceakten zwischen Infektionsschutz und Selbstbestimmung wurden in Teilen massive Menschenrechtsverletzungen, insbesondere in der stationären Versorgung, nicht nur hingenommen, sondern zum Teil von Gesundheitsämtern angeordnet – und dies unter Verletzung rechtsstaatlicher Grundsätze und Verfahren, wenn etwa auf richterliche Genehmigung verzichtet wird (vgl. Klie, 2020a).
- Pflegekräfte, die überwiegend überzeugende Beiträge zur Bewältigung der Corona-Krise geleistet haben, wurden mit Applaus und einem Pflegebonus bedacht. Das Heldennarrativ der Pflege, das in der Corona-Krise auflebte, wurde nicht konsequent in eine Profilierung der Pflegefachpersonen und ihrer professionellen Verantwortungsrolle überführt.
- Die Vernachlässigung der sozialräumlichen Perspektive ließ häusliche Pflegearrangements und Dimensionen der Teilhabe aus dem Blick geraten.
- Insgesamt gilt: Trotz „Konzertierter Aktion Pflege“ bleibt die Langzeitpflege ein Annex der Gesundheitspolitik.

Dieser problemorientierte Blick auf die Langzeitpflege in Corona-Zeiten soll die vielfältigen Bemühungen von An- und Zugehörigen, Nachbarn/Nachbarinnen, Professionellen sowie kreativen und verantwortungsbewussten Träger/-innen nicht geringschätzen. Vielerorts zeigten sich Potenziale einer sorgenden Gesellschaft (vgl. Netzwerk Demenz vernetzen, 2020). Ein einfaches Zurück zur pflegepolitischen Agenda nach der Corona-Krise kann und darf es nicht geben. Es wäre fatal, wenn sich die Debatte um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Zusammenhang mit den Forderungen nach besserer Bezahlung der Pflegekräfte und den sich daraus ergebenden höheren Kosten auf die Begrenzung der Eigenanteile von Heimbewohner/-innen begrenzen würde. Die Bedeutung einer pflegerischen Infrastruktur für die Daseinsvorsorge vor Ort muss wieder stärker in den Mittelpunkt gerückt werden. Der Gewährleistungsstaat hat die sozialstaatlichen Versprechen der Grundrechtsrealisierung der Bürger/-innen immer vor Ort einzulösen. Dies gelingt nicht (allein) über den Markt. Auch das hat die Corona-Krise deutlich gemacht. Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung gehört zu dem Bereich der Fundamen-

talökonomie (vgl. Foundational Economy Collective, 2019). Die konsequente wettbewerbsneutrale Ausgestaltung der Pflegeversicherung, die von Anfang an kritisiert wurde, stellt sich in ihren Folgen, insbesondere in strukturschwachen Regionen und für eine präferenzorientierte Infrastruktur, als immer problematischer dar. Zwar hat der Pflegemarkt zu einer größeren Zahl ambulanter Pflegedienste geführt und die Zahl der Heimplätze steigen lassen; außerdem sind durch nationale und internationale Investoren zusätzliche Heimplatzkapazitäten geschaffen worden. Dies gilt aber nicht flächendeckend und nicht mit Blick auf eine wohnortnahe und kleinräumige Versorgung. Auch die i. d. R. nicht lukrative Kurzzeit- und Tagespflege sowie Nachtpflegeeinrichtungen sind unattraktiv für Investoren und Betreiber. Von der Bevölkerung immer stärker präferierte kleinräumige ambulant betriebene Wohngemeinschaften und -gruppen entstehen nur in geringer Zahl. Sie stellen lediglich für unter 2 % der auf Pflege angewiesenen Menschen eine Versorgungsperspektive dar (vgl. Klie, 2019a; Klie et al., 2017). Das macht deutlich: Es ist eine wesentlich stärkere Einbindung der Marktaktivitäten in der Langzeitpflege in regionale und kommunale Planungsvorgaben und kommunalpolitische Aushandlungsprozesse geboten, wenn es darum gehen soll, eine bedarfsgerechte Infrastruktur vor Ort vorzuhalten, zu entwickeln und für gleichwertige Lebensbedingungen in Deutschland Sorge zu tragen.<sup>1</sup>

## 14.1 Pflegemarkt stärker regulieren?

Pflege ist zu einem Markt geworden. Mit Einführung der Pflegeversicherung vor 25 Jahren sollten bewusst Elemente des Wettbewerbs einziehen. Alle – qualitätsgesicherten – Anbieter sollen Zugang zu diesem Markt haben. Bedarfsprüfungen gibt es nicht. Kein anderer Bereich der Sozialwirtschaft wurde so konsequent „wettbewerbsneutral“ geregelt wie der der Pflegeversicherung. Eine bedarfsgerechte Versorgung kann allerdings auch auf diese Weise nicht mehr gewährleistet werden. Waren 2012 noch etwa 13 % Leerstände zu beklagen, sind inzwischen alle Versorgungseinrichtungen knapp geworden, die mit Langzeitpflege zu tun haben: Pflegedienste, Pflegeheimplätze, WG-Plätze. In rund 80 % der Kommunen herrscht zudem eine eklatante oder drohende Unterversorgung bei den dringend benötigten Kurzzeitpflegeplätzen (vgl. Braeseke et al., 2019).

---

1 Einige der nachfolgenden Ausführungen sind in dieser oder abgewandelter Form ebenfalls in der Publikation des Autors „Wen kümmern die Alten?“ (Klie, 2019b) sowie im DAK-Pflegereport 2019 (Klie, 2019c) veröffentlicht worden.



„Kunden“, wie die Pflegebedürftigen genannt werden, sollen die Wahl haben. Die Marktlogik hat auch dort Platz gegriffen, wo es um die persönliche Sorge für den anderen geht. Nun haben viele kommunale Einrichtungen und auch von Wohlfahrtsverbänden getragene Heime in der Vergangenheit nicht immer eine gute Figur gemacht. Sie konnten sich lange im Bett der selbstkostenbasierten Pflegesätze ausruhen. Diese Zeiten sind aber schon seit Ende der 1990er-Jahre vorbei. Auch gemeinnützige und kommunale Heime sind in die Schlagzeilen geraten, wenn sie nicht gut gewirtschaftet haben oder nicht seriös mit dem ihnen anvertrauten Geld umgegangen sind. „Private können das besser“ – so lautet immer noch ein weitverbreiteter Glaubenssatz vieler Unternehmensberater/-innen im Bereich der Sozial- und Gesundheitswirtschaft. Seit Einführung der Pflegeversicherung ist der Markt gewachsen, die ambulanten Pflegedienste haben sich fast verdoppelt und auch die Zahl der Heime hat zugenommen.

Im Vergleich von 2017 mit 2015 ist die Zahl der Pflegebedürftigen im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs deutlich um 19,4 % (554.000) gestiegen. Die Nachfrage nach Leistungen der ambulanten Pflegedienste und der vollstationären Pflegeheime hat zugenommen: Die Anzahl der in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ist unterdurchschnittlich um 4,5 % (34.900) gestiegen; die Zahl der durch ambulante Dienste betreuten Pflegebedürftigen stieg um 19,9 % (138.000). Die Anzahl der „reinen“ Pflegegeldempfänger/-innen – also der allein durch Angehörige Versorgten – nahm deutlich um 27,5 % (380.000) zu. Bei der Pflege zu Hause ergibt sich somit ein Anstieg von insgesamt 24,9 % (518.000 Pflegebedürftige) (vgl. StBA, 2018).

Von den insgesamt 14.100 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft (9.200 bzw. 66 %); der Anteil der freigemeinnützigen Träger betrug 33 %. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen Anteil von lediglich 1 %.

Bundesweit gab es im Dezember 2017 rund 14.500 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (53 % bzw. 7.600) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft; der Anteil der Privaten betrug 43 % – er liegt somit niedriger als im ambulanten Bereich. Öffentliche Träger haben – wie auch im ambulanten Bereich – den geringsten Anteil (5 %). Eine bunte Pflegelandschaft zeichnen die Zahlen der Pflegestatistik (vgl. StBA, 2018).

Private Heimträger gibt es schon lange. Nicht selten arbeiten kleine private Familienbetriebe unter Bedingungen der Selbstausbeutung, fast so, wie es von gemeinnützi-

gen Trägern vermutet wird. Ein kleiner Betrieb mit 30 oder 60 Plätzen ist unter Renditegesichtspunkten uninteressant. Die Eigentümer, die die Heime in den 1970er-Jahren eröffnet haben, finden häufig keine Nachfolger für ihre Unternehmen. Hierin liegt auch ein Grund für die sich fortsetzende „Konsolidierung im stationären Segment“. Neben den kleinen etablieren sich aber auch zunehmend große privatgewerbliche Pflegeunternehmen in Deutschland. Marktführer Korian, Tochter eines französischen Konzerns, weist bereits rund 240 Pflegeeinrichtungen mit ca. 25.000 Plätzen und Angeboten für betreutes Wohnen und ambulante Dienste auf. Stetig wachsende Anbieter wie Alloheim, Orpea und Dorea sind ausnahmslos expansionsorientiert und gehören zu internationalen Konzernen oder Finanzinvestoren. Für die Zukunft wird erwartet, dass sich die regionale Verdichtung von Pflegeheimen im Unternehmensverbund weiter beschleunigt und die „Konsolidierung auf dem deutschen Pflegeheimmarkt“ von relativ wenigen größeren Unternehmen ausgehen wird, die über jene Finanzkraft und Managementressourcen verfügen, die nötig sind, um aktiv die von den meisten Betreibern erwartete Konsolidierung voranzutreiben. Zukünftig wird es immer weniger Betreiber geben, die nur eine oder wenige Einrichtungen führen. Auch wenn es die kleinen, persönlichen Einrichtungen sind, die bei den Bewohner/-innen beliebt sind, so werden aus betriebswirtschaftlicher Sicht dennoch 100 Plätze und mehr für ideal gehalten. Für größere Einrichtungen finden sich auch oft Anleger. Zunehmend kooperieren gewerbliche, zum Teil auch gemeinnützige Heimträger mit sogenannten Private-Equity-Gesellschaften, die keine börsenorientierten Aktiengesellschaften sind. Sie arbeiten mit Investmentfonds oder verbrieften Kreditportfolios und erwerben für einen begrenzten Zeitraum Unternehmensanteile, um eine finanzielle Rendite zu erwirtschaften. Institutionelle Anleger sind inzwischen allerdings auch zunehmend Staats- und Pensionsfonds wie Lebensversicherungen, die in der aktuellen Niedrigzinsphase die ihren Kunden zugesagten Verzinsungen über die Beteiligung an Pflegeobjekten und -betrieben sicherstellen wollen. Pflegeimmobilien sind deshalb eine sichere Anlage.

So sind Pflegeheime ein begehrtes Renditeobjekt und versprechen interessante Gewinnmargen. Angesichts des demografischen Wandels sind Sozialimmobilien, insbesondere für „Senioren“, ein Wachstumsmarkt – bei seriösen Betreibern allerdings mit fallenden Renditen (aktuell unter 5 %).

In Zeiten der Verunsicherung von Finanzmärkten, im Auf und Ab der Börsenkurse, versprechen Seniorenimmobilien Verlässlichkeit. Dabei sind die Investitionen

nicht immer langfristiger Art. Die Fonds kalkulieren auf den schnellen Weiterverkauf der Seniorenimmobilienportfolios, und dies mit erstaunlichen Gewinnmargen, da sich der Kaufpreis für eine Seniorenimmobilie an dem Ertrag der letzten Jahre orientiert: Für den Ertrag wird viel getan, und dies oftmals zulasten der Bewohner/-innen und des Personals. So wird an einer Untergrenze der heimrechtlich vorgeschriebenen Personalbesetzung gearbeitet. Auch kriminelle Praktiken sind keineswegs unbekannt wie etwa die Überbelegung der Einrichtung. Dadurch kommen auch manche gemeinnützigen Träger zu ihren positiven Jahresergebnissen (vgl. Klie, 2019b).

## **14.2 Finanzierung der Pflege neu ausrichten**

Eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung kommt nicht ohne eine Diskussion über die Finanzierung der Sicherung der Pflege aus. Die Corona-Pandemie hat die 2019 entbrannte Diskussion um eine Finanzreform der Pflegeversicherung jäh unterbrochen. Die Einnahmen der Pflegekassen brechen ein, die Ausgaben steigen krisenbedingt. Der Gestaltungsspielraum für die Pflegekassen ist begrenzt und auch die Politik wird zunächst angesichts der neuen Verschuldung auf allen Ebenen und der zu erwartenden Rezession große Entwürfe für eine Finanzreform der Pflegeversicherung zurückstellen. Gleichwohl muss die Diskussion weitergeführt werden.

### **14.2.1 Im Fokus: die stationäre Langzeitpflege**

Der politische Handlungsbedarf wurde bislang wesentlich in der stationären Pflege wahrgenommen, kommuniziert und politisch transportiert. Die Sozialhilfeträger problematisieren ihn; in den Medien, aber auch in den Landtagswahlkämpfen 2019 in Sachsen und Brandenburg war er Thema. Im Heimbereich wirken sich höhere Kosten schnell auf die Sozialhilfeausgaben aus. Auch hierin liegt ein Grund für die größere politische Aufmerksamkeit dieses Bereichs. Die Heimaufsichten observieren die stationären Einrichtungen. Skandalmeldungen über Pflegeheime sind nicht selten, wenn man beispielsweise an das große Archiv von Fussek über Substandards in der stationären Altenpflege denkt (vgl. Fussek/Schober, 2013).

Pflegeheime und die mit der dortigen Unterbringung verbundenen Kosten stehen in der pflegepolitischen Diskussion im Fokus – wie sich aktuell bei den Vorschlägen von Bundesgesundheitsminister Spahn zeigt (vgl. Bundesgesundheitsministerium, 2020). Die Politik kann auf stationäre Einrichtungen wesentlich einfacher Einfluss

nehmen als auf die häusliche Pflege. Die Stakeholder der institutionellen Langzeitpflege, die nicht unwesentlich Einfluss auf die deutsche Pflegepolitik ausüben, sind im Bereich der stationären Pflege ungleich besser organisiert als in der häuslichen Pflege. So wird die Notwendigkeit einer Systemreform, insbesondere was die Finanzierung angeht, aus den steigenden Eigenanteilen abgeleitet, die zunehmend, und vor allem prognostisch, die finanziellen Möglichkeiten der Heimbewohner/-innen übersteigen. Dies wird nach Corona in besonderem Maße gelten.

### 14.2.2 Sockel-Spitze-Tausch

Der von der Initiative „Pro Pflegereform“ (vgl. Evangelische Heimstiftung GmbH, 2019) in die Debatte gebrachte, inzwischen präziserte und gerechnete Vorschlag steht im Zentrum der Reformüberlegungen: der bereits 1999 diskutierte Sockel-Spitze-Tausch (vgl. Klie/Schmidt, 1999a; Klie/Schmidt, 1999b). Die Pflegeversicherung soll nach diesem Vorschlag nicht weiter als Sockelleistung ausgestaltet werden, sondern vielmehr für den besonders hohen Pflegebedarf bedarfsdeckende Leistungen vorsehen. Die Pflegebedürftigen zahlen stets einen Sockelbetrag, der als fixer Eigenanteil fungiert. Die Initiative „Pro Pflegereform“ bezog sich zunächst lediglich auf die vollstationäre Versorgung, ebenso der von einigen Bundesländern unter Federführung von Hamburg erarbeitete Vorschlag (vgl. BR, 2019; Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, 2019). Er sieht vor, den Eigenbeitrag von Heimbewohner/-innen für die pflegebedingten Aufwendungen in der Höhe zu begrenzen. Diese Eigenanteile sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Das Pflegestärkungsgesetz II und die mit ihm verbundenen Leistungsausweitungen und Vertrauensschutzregelungen führten zu Sondereffekten, die kurzfristig zu einer Reduzierung der Sozialhilfeausgaben und der durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) führten. Wie dargelegt, stiegen die EEE bereits 2019 wieder deutlich. Auch für den ambulanten Bereich sieht die erwähnte Bundesratsinitiative eine Begrenzung des Eigenanteils vor (vgl. BR, 2019) – wie diese aussieht, bleibt aber noch offen. Bundesminister Spahn hat in seinem Reformpapier eine Begrenzung des Eigenanteils auf 700 € vorgesehen (vgl. Bundesgesundheitsministerium, 2020).

Die Eigenanteile der Bewohner/-innen von vollstationären Pflegeeinrichtungen werden weiter steigen. Im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines Personalbemessungssystems gem. § 113c SGB XI, das durch die „Konzertierte Aktion

Pflege“ aufgegriffen wurde, wird zukünftig mehr Personal in Heimen notwendig sein. Auch wenn es sich dabei nicht vornehmlich um Fachpersonal handeln soll, wird dies zu höheren Pflegesätzen führen. Zudem soll das Personal in Pflegeheimen besser bezahlt werden. Auch die zu erwartende Tarifbindung in der Langzeitpflege wird Kostensteigerungen in der stationären Pflege zur Folge haben. All dies führt zu höheren Entgelten und belastet die Bürger/-innen mit steigenden Eigenleistungen.

Berechnungsszenarien, bezogen auf die Eigenanteile von Heimbewohner/-innen, lassen je nach Berechnung – von einem stabilen Beitragssatz ausgehend – in den nächsten 25 Jahren Steigerungen zwischen 150–300 % erwarten (vgl. Rothgang et al., 2019). Diese Steigerungen können weder von der Bevölkerung noch von den Sozialhilfeträgern akzeptiert werden. Auch die Stakeholder der Langzeitpflege werden politisch Druck aufbauen, damit es nicht zu derartigen Kostensteigerungen kommt oder diese abgefangen werden. Entsprechend größere Chancen wird man politischen Initiativen beimessen, die zumindest auf eine Begrenzung des Eigenanteils von Heimbewohner/-innen gerichtet sind (vgl. Klie, 2019c, S. 224 f.). Diese sind auch unter den Bedingungen der Corona-Krise erwartbar – jedoch unzureichend.

### **14.2.3 Vernachlässigt: die häusliche Pflege**

Bei dem beschriebenen Fokus auf die stationäre Pflege darf es angesichts der Desiderate in der pflegerischen Versorgung keineswegs bleiben. Würde man lediglich die stationäre Versorgung in den Aufmerksamkeitshorizont der Pflegepolitik lenken, würde in sträflicher Weise die häusliche Pflege vernachlässigt. Auch hier besteht Handlungsbedarf, will man langfristig wirksam einen Beitrag zur Sicherung der Pflege in Deutschland leisten.

Zu den Versorgungsdefiziten in der häuslichen Versorgung gehören überlastete Angehörige (vgl. Kap. 8 in diesem Band), Formen der Unterversorgung sowie Erscheinungsformen von Gewalt. Auch die bis zu 600.000 osteuropäischen Haushaltshilfen (vgl. Petermann et al., 2017) lassen sich als Hinweis auf ein Systemversagen in der häuslichen Versorgung interpretieren. Verschärft werden die häuslichen Versorgungsdefizite durch regionale Infrastrukturdefizite u. a. bei Kurzzeit- und Teilzeitpflegeeinrichtungen. Aber auch Heime weisen inzwischen Wartelisten auf, Pflegedienste nehmen keine neuen „Kunden/Kundinnen“ an und es sind Beratungsdefizite zu beklagen.

Insofern besteht gerade in der häuslichen und in der komplementären Versorgung von Pflegehaushalten großer Handlungsbedarf. Erfolgversprechend erscheinen langfristig nur solche Konzepte zu sein, die auch der „Siebte Altenbericht“ der Bundesregierung aufgegriffen hat (vgl. BMFSFJ, 2016) – nämlich Ansätze, die auf einen wohlfahrtspluralistischen Ansatz setzen (vgl. Schulz-Nieswandt, 2020a). Sie haben nicht allein die Vollversorgung im Blick, sondern vielmehr das Zusammenwirken von An- und Zugehörigen, Nachbarn/Nachbarinnen, beruflich Tätigen, Professionellen in der Pflege, Ehrenamtlichen und Unterstützungsleistungen, die der Markt anbietet und generiert. Auch das Leitbild der Caring-Community (vgl. Klie, 2020b) enthält gerade auf der lokalen Ebene interessante Perspektiven für die Sicherung von Sorge und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens. Die Sicherstellung der Pflege ist nicht nur eine finanzielle und personelle, sondern auch eine kulturelle und gesamtgesellschaftliche Herausforderung.

#### 14.2.4 Pflegepolitische Reformoptionen

Die Politikentwürfe, die in diesem Zusammenhang verhandelt werden, sind unterschiedlicher Ausrichtung und Reichweite. Während die Bundesregierung, aber auch der GKV-Spitzenverband lange Zeit eine moderate Dynamisierung der Beitragsätze für ausreichend erachtet haben, wird zunehmend die Frage erörtert, wie auf diese Weise eine langfristige solide Pflegeabsicherung finanziert werden kann. Die Bundesratsinitiative der Bundesländer Hamburg, Schleswig-Holstein, Bremen und Berlin (vgl. BR, 2019) setzt auf eine Begrenzung des einheitlichen einrichtungsbezogenen Eigenbeitrags. Prominent ist insbesondere bei den Grünen und bei der SPD die Konzeption der Bürgerversicherung (vgl. Bündnis 90/DIE GRÜNEN Bundestagsfraktion, 2019). In die Finanzierung der Pflegeversicherung würden dabei auch die Versicherten der privaten Pflegeversicherungen einbezogen. Dadurch könnte die Gerechtigkeitslücke geschlossen werden, die darin besteht, dass die Pflegeprävalenz bei dieser Personengruppe niedriger ist als bei den in der GKV Versicherten. Auch die Beitragssätze der besser Verdienenden würden einen – wenn schon nicht maßgeblichen, aber doch nicht zu leugnenden – Beitrag zur Stabilisierung der Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung leisten. Teile der Grünen und der SPD unterstützen auch den Sockel-Spitze-Tausch.

Die Einnahmen der Pflegeversicherung könnten auch dadurch erhöht werden, dass die Bemessungsgrundlage für die Pflegeversicherungsbeiträge durch den Einbezug anderer Einkunftsarten erweitert wird. Von der Böckler-Stiftung wurde nach dem ver.di-Vorstoß 2012 (vgl. Lungen, 2012) das Konzept einer (Pflege-)Vollversicherung berechnet und präsentiert (vgl. Rothgang/Domhoff, 2019; Rothgang et al., 2019). Danach soll das gesamte Pflegerisiko abgesichert werden. Auf den ambulanten Bereich bezieht sich allerdings dieses Konzept nicht in vollständiger Weise. In der Debatte ist auch ein Steuerzuschuss zu den Leistungen der Pflegeversicherung, der inzwischen auch von der GKV gefordert wird (vgl. Woratschka, 2019). Ein Steuerzuschuss soll u. a. dazu beitragen, die Zuzahlungen von Heimbewohner/-innen zu reduzieren.

Zu den Eckpunkten der schon 2013 vorgestellten und von den kommunalen Spitzenverbänden und 15 Bundesländern unterstützten Strukturreform (vgl. Hoberg et al., 2013) gehören eine Stärkung der Rolle der Kommunen und eine verbindliche Gewährleistungsregelung für die Sicherung einer ausreichenden Infrastruktur. Verbunden mit den Strukturreformvorschlägen ist der Sockel-Spitze-Tausch, der auch von der DAK-Gesundheit unterstützt wird. Er wird sowohl stationär als auch sektorenübergreifend gedacht. Gerade letzterer Aspekt erscheint unbedingt erforderlich, wenn man die Desiderate in der häuslichen Pflege pflegepolitisch aufgreifen möchte.

### **14.2.5 Reformoptionen im Überblick**

#### **(1) Beitragssatzdynamisierung**

Die aktuelle Bundesregierung ging bisher davon aus, dass eine moderate Beitragssatzdynamisierung dazu in der Lage ist, die künftig auf die Pflegeversicherung zukommenden Kosten zu tragen. Die zugrunde liegenden Modellrechnungen reflektieren allerdings nicht die zu erwartenden Leistungsausweitungen und Steigerungen der Kosten. Ebenso bleibt der demografische Faktor weithin außen vor. Auch wenn der weitergehende Reformbedarf inzwischen erkannt wurde, ist die offizielle Position der Bundesregierung die einer Beitragssatzdynamisierung (vgl. Klie, 2019c, S. 228).

#### **(2) Sockel-Spitze-Tausch**

Besonders prominent ist der von Verbänden der Diakonie und der Caritas unterstützte Sockel-Spitze-Tausch, der einen verbindlichen Eigenanteil der Versicherten

vorsieht und ansonsten eine bedarfsdeckende Leistung der Pflegeversicherung kennt (vgl. Klie, 2019c, S. 228; Rothgang/Kalwitzki, 2018; Schwinger et al., 2018).

### **(3) Steuerzuschuss**

Die Systemkonformität wäre – folgt man der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts – eine wichtige Voraussetzung (vgl. Greß et al., 2019). Die DAK-Gesundheit spricht sich deshalb dafür aus, dass entsprechend den anteiligen Kosten für ein modifiziertes Pflegegeld 25 % der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung über einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss finanziert werden (vgl. Klie, 2019c, S. 229).

### **(4) Pflegebürgerversicherung**

Seit längerem wird eine Pflegebürgerversicherung als solidarische Pflegeversicherung diskutiert. Würden die privat Versicherten mit in die soziale Pflegeversicherung integriert, und damit die in der Beihilfe und der privaten Pflegeversicherung „besseren“ Risiken in den „Finanzierungstopf“ einbezogen, ließe sich die Finanzierung der Pflegeversicherung auf etwas „breitere“ Füße stellen. Dabei steht die Pflegebürgerversicherung als Teilleistungskonzept im Vordergrund (vgl. Klie, 2019c, S. 229).

### **(5) Vollversicherung**

Bereits 2012 hat ver.di eine Pflegevollversicherung im Zusammenhang mit der Einführung einer Bürgerversicherung ins Gespräch gebracht (vgl. Lünen, 2012). Der Vorschlag sieht eine vollständige solidarische Finanzierung der Pflegekosten vor. Alle Leistungen, die notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind, sollen von der Solidargemeinschaft übernommen werden, und zwar unter Übertragung des Grundprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung solidarischer Vollversicherung auf die Pflegeversicherung. Lünen (2012) ging, bezogen auf das Basisjahr 2010, von einem Nettoeffekt von 7,4 Milliarden Euro Mehrausgaben aus – aus heutiger Sicht ein unrealistischer Betrag. Aktuell wurde die Pflegevollversicherung wieder von der Hans-Böckler-Stiftung in die Diskussion gebracht und berechnet (vgl. Rothgang/Domhoff, 2019; Klie, 2019c, S. 229).

### **(6) Nachteilsausgleich**

Klie präferiert einen Nachteilsausgleich, der ebenfalls steuerfinanziert wäre und entweder das Pflegegeld ersetzen soll oder zusätzlich zum Pflegegeld gezahlt würde (vgl. Klie 2019b; Schulz-Nieswandt 2020a). Das Pflegegeld würde dann als eine dem



Kindergeld vergleichbare Leistung ausgestaltet, die die Pflegebereitschaft von An- und Zugehörigen stärken und eine Art Nachteilsausgleich gewähren soll. Bei dem Pflegegeld handelt es sich nicht um eine typische Versicherungsleistung. Ein steuerfinanziertes Pflegegeld unterläge zudem nicht den relativ komplexen Ausgleichsmechanismen wie das Modell des Steuerzuschusses für die soziale Pflegeversicherung (vgl. Greß et al., 2019). Es würde auch für Versicherte in Heimen gewährt werden und für den Eigenanteil eingesetzt werden können. Ein steuerfinanziertes Pflegegeld würde die Pflegeversicherung entlasten und die Durchlässigkeit der Sektoren (ambulant, stationär, teilstationär) befördern, was allenthalben als erforderlich angesehen wird, wenn es um ein effizientes Gesamtsystem gehen soll. Die sektoralen Logiken – hier ambulant, dort stationär – sind unter Effizienzgesichtspunkten verfehlt (vgl. Schulz-Nieswandt, 2019).

### **14.3 Keine Finanzreform ohne Strukturreform**

Eine Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung ist unabweisbar. Das gilt auch angesichts der Corona-Folgen. Reformen losgelöst von einer Strukturreform auf den Weg zu bringen wäre unverantwortlich, zeigt sich doch, dass die Pflegeversicherung nicht nur ihr Ziel zu verfehlen droht, auf Pflege angewiesene Menschen vor Armut zu schützen. Auch das Versprechen, eine bedarfs- und präferenzorientierte Versorgung in der Fläche sicherzustellen, gelingt der Pflegeversicherung trotz zahlreicher Nachjustierungen im „Maschinenraum der Pflegeversicherung“ und trotz eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht. Von gleichwertigen Lebensbedingungen für die auf Pflege angewiesenen Menschen kann in Deutschland nicht gesprochen werden (vgl. Klie, 2018a). Von der Bevölkerung gewünschte Versorgungsoptionen – sei es in der eigenen Häuslichkeit oder in ambulant betreuten Wohngruppen – stehen nicht in einer Weise zur Verfügung, die man bedarfsgerecht nennen könnte (vgl. Haumann, 2018). Schnittstellenprobleme, insbesondere im Verhältnis zum Gesundheitswesen, werden vielerorts nicht in einer Weise gemanagt, die kontinuierliche Versorgungsketten sicherstellen. Das gilt insbesondere für Krankenhausentlassungen, aber auch bei Krisensituationen in der häuslichen Versorgung. Die hierfür notwendigen Care- und Case-Management-Strukturen auf der örtlichen Ebene sind in keiner Weise gewährleistet. Auch ist das etablierte Leistungserbringungsrecht nicht in der Lage, wohlfahrtspluralistische Konzepte, die im Vordergrund pflegepolitischer Zukunftsmo-

delle stehen, hinreichend zu fördern (vgl. Klie, 2020c; Klie, 2020d; Schulz-Nieswandt 2020a). Die geschätzten 660.000 osteuropäischen Haushaltshilfen (vgl. Petermann et al., 2017) lassen sich als dramatischer Ausdruck dafür lesen, dass die Versorgung in der häuslichen Pflege durch die formellen Dienste nicht in einer Weise sichergestellt wird, die von den Betroffenen als ausreichend angesehen wird. Auch kann keineswegs davon ausgegangen werden, dass von Familien getragene Pflegearrangements für alle Beteiligten belastbare und menschenrechtlich akzeptable Versorgungswirklichkeiten gewährleisten. Die Diskrepanz zwischen Überregulierung in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Laissez-faire-Haltungen gegenüber häuslichen Pflegearrangements ist nicht weiter zu verantworten. Daraus ergibt sich eine Reihe von Erfordernissen für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, die eine bereits 2013 vorgeschlagene Strukturreform (vgl. Hoberg et al., 2013) nahelegt. Fünf Bausteine einer erforderlichen Strukturreform sollen nachfolgend skizziert werden:

### **(1) Von der objekt- zur subjektorientierten Qualitätssicherung**

Mit großem Aufwand und erheblichem Ressourcenverbrauch wurden pflegewissenschaftlich keineswegs belastbare Qualitätssicherungskonzepte implementiert; zunächst mit den sogenannten Pflegenoten (vgl. Stoffer, 2011), aktuell mit dem Indikatorenmodell für die Messung der Lebensqualität in Heimen. Aus dem Blick gerät dabei das Subjekt: die auf Pflege angewiesene Person. Zwar kennt das Indikatorenmodell die neuen QPR-Outcome-Variablen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2019) als relevant an, letztlich aber bleibt der Fokus auf die Institution gerichtet, und in der eigenen Häuslichkeit versorgte Personen bleiben weitgehend außen vor. Der Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung (vgl. Klie/Büscher, 2019) wählt einen völlig anderen Weg. Neue Begutachtungsinstrumente (NBI), die bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zum Einsatz kommen, enthalten relevante Informationen, die weit über die Graduierung der auf Pflege angewiesenen Menschen als Pflegebedürftige nutzbar gemacht werden können. Verbunden mit Risikotriggern wie bei RAI-Home-Care (Resident Assessment Instrument, vgl. Garms-Homolová, 2002) versetzen NBI und Informationen aus dem Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in die Lage, systematisch Hinweise auf prekäre Pflegearrangements zu generieren, die der Unterstützung, Begleitung, Beratung und ggf. der Intervention bedürfen. Der MDK würde über einen solchen Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung zu einer Awareness-Instanz mit Screening-Aufgaben

führen, die weit über die bisherige Begutachtung hinausgehen. Angelegt ist ein solches Aufgabenverständnis bereits in § 18 SGB XI. Dieses systematisch umzusetzen sowie mit sozialräumlich orientierten Auswertungen zu verbinden, würde helfen, die aktuelle Situation zu beenden, sodass der MDK über hoch relevante Informationen – auch bezüglich menschenrechtlich problematischer Pflegearrangements – verfügt. Diese Informationslage wird zurzeit jedoch noch weitgehend ungenutzt gelassen. Mit Hilfe des MDK könnten entsprechende Beratungs-, Unterstützungs-, aber auch Case-Management-Angebote an die Pflegehaushalte herangetragen werden. Auch wäre es denkbar, die bisherigen objektbezogenen Qualitätssicherungsfunktionen des MDK zugunsten subjektorientierter Funktionen zurückzunehmen.

## **(2) Pflegefachliche Begleitung**

Mit § 4 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) wurde die Steuerung des Pflegeprozesses, die sogenannte „Pflegeplanung“, zur Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege gekürt. Nicht in der Durchführung einzelner Pflegemaßnahmen, nicht in sogenannten behandlungspflegerischen Aufgaben liegt der Kern pflegerischer Kompetenz von Pflegefachpersonen, sondern vielmehr in der Steuerung des Pflegeprozesses. Dabei ist der Pflegeprozess noch keineswegs prägender Bestandteil der pflegerischen Praxis in der Langzeitpflege. Auch sind nicht alle Pflegefachpersonen in der Lage, die gesetzlich festgeschriebenen Vorbehaltsaufgaben umzusetzen.<sup>2</sup> Hier besteht deutlicher Qualifizierungsbedarf. Gleichwohl gilt, dass ähnlich wie in der hausärztlichen Versorgung jeder auf Pflege angewiesene Mensch – auch der, der nur passager auf Pflege angewiesen ist – auf pflegefachliche Begleitung zurückgreifen können sollte, und dies ohne haushaltsökonomische Abwägungen, die das Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung heute provoziert: Cash oder Care. Wie schon bei der „Strukturreform Pflege und Teilhabe“ 2003 (vgl. Hoberg et al., 2013) vorgeschlagen, sollte die Steuerung des Pflegeprozesses, verbunden mit der Behandlungspflege, zu einer ortsunabhängigen Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Es wäre die erste auf die Fachpflege bezogene Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, die weithin unabhängig vom ärztlichen Verordnungsgeschehen wäre. Die Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege bleiben genau so lange rein appellativ, solange sie nicht

---

2 Dies wurde in dem Fachgespräch „Pflege in Verantwortung“ am 29.06.2020 in Berlin im selbstkritischen Konsens festgestellt: [www.vdpb-bayern.de/pflege-in-verantwortung-vdpb-veranstaltet-fachgesprach-zu-vorbehaltsaufgaben/](http://www.vdpb-bayern.de/pflege-in-verantwortung-vdpb-veranstaltet-fachgesprach-zu-vorbehaltsaufgaben/) (24.07.2020).

leistungsrechtlich hinterlegt sind. Verbunden mit der Notwendigkeit, die Fachpflege auch über partielle Heilkundeübertragung zu stärken – was lange am Widerstand der ärztlichen Standesorganisationen scheiterte, in der Corona-Pandemie allerdings gem. § 5a IfSG für Pflegefachpersonen geöffnet wurde (vgl. Szepan, 2013) –, wäre die hier skizzierte Rolle der Fachpflege und ihre Finanzierung ein wesentlicher Beitrag zur Professionalisierung der Pflege.

### **(3) Flexibilisierung des Leistungsrechts**

Das derzeitige Leistungsrecht der Pflegeversicherung ist gekennzeichnet durch die Trennung nach Sektoren: hier stationär, dort teilstationär und schließlich die häusliche Pflege. Eine Pflegewelt ohne Sektoren (vgl. Rothgang/Kalwitzki, 2019) fordert auch die Initiative „Pro Pflegereform“; der Vorschlag „Strukturreform Pflege und Teilhabe II“ sieht vier leistungsrechtliche Optionen vor, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gelten, wobei Ersterer leistungsrechtlich vorgesehen wäre – ähnlich wie bei der Eingliederungshilfe nach Einführung des Bundesteilhabegesetzes. Insbesondere für den (ehemaligen) stationären Bereich wären Leistungskomplexe vorzusehen, die sich als typisierte Bedarfsgruppen als Referenz für leistungsrechtliche Obergrenzen in der ambulanten Pflege nutzen ließen. Pflegefach- und Assistenzleistungsstunden wären die Grundlage für eine alternative zeitbezogene Vergütung. Sachleistungsbudgets wären in der Lage, Buurtzorg (vgl. Gray et al., 2015) oder pflegerische Versorgungsansätze nach dem Walzbachtaler Modell (vgl. Klie, 2018b) in der Breite zu etablieren und die mit ihnen verbundenen konzeptionellen Ausrichtungen aufzunehmen. Schließlich kämen persönliche Pflegebudgets in Betracht, die nicht mehr zurückzuweisen sind, nachdem das individuelle Wunsch- und Wahlrecht vor dem Hintergrund der Behindertenrechtskonvention auch in verbindlicher Weise im Bundesteilhabegesetz niedergelegt wurde und § 29 SGB IX festschreibt, dass auch Leistungen der Pflegeversicherung in das persönliche Budget miteinbezogen werden können. Diese leistungsrechtliche Flexibilisierung würde es auch Wohngruppen und anderen neuen Wohnformen ermöglichen, eine adäquate und nicht geklitterte Finanzierung zu erhalten.

### **(4) Kommunale Handlungsebene stärken**

Pflege findet vor Ort statt. Die nicht mehr in regionale Bedarfsermittlungen und Planungsdiskurse eingebundene Infrastrukturentwicklung im investorengetriebenen

Pflegemarkt stellt nicht sicher, dass wohnortangepasste und den Präferenzen der Bürger/-innen entsprechende Versorgungsinfrastrukturen entstehen. Der Ursünde der deutschen Pflegeversicherung, ohne Rückbindung in das gesellschaftlich Erwünschte den Pflegemarkt kommerzialisiert zu haben (Schulz-Nieswandt, 2020b), gilt es entgegenzusteuern. In diesem Zusammenhang kommt den Regionen und den Kommunen eine zentrale Rolle zu, die auch bundes- und landesgesetzlich zu stärken ist. Landesrechtlich verortete und flankierte Planungsverpflichtungen mit belastbaren Daten über die regionale Bedarfslage und -entwicklung sollten in den Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung ebenso aufgegriffen und bearbeitet werden wie verbindliche Pflegekonferenzen und die Weiterentwicklung einer bedarfsangepassten und wohnortnahen Infrastruktur. Über suffiziente und in die Regionen rückgebundene Care- und Case-Management-Strukturen wäre nicht nur die Bearbeitung hoch komplexer Fälle zu gewährleisten, sondern es wäre im Sinne des Care-Managements auch eine systematische Auswertung und Nutzung von Erfahrungen aus dem Case-Management für die Weiterentwicklung von Kooperationsroutinen und für die Schließung von Infrastrukturlücken möglich (vgl. Klie/Monzer, 2018a). Schließlich wären über ein Quartiers- und Dorfmanagement wohlfahrtspluralistische Hilfestrukturen zu befördern. Ebenfalls auf diese Weise wären die vielfältig vorliegenden Erfahrungen der örtlichen Bevölkerung aus der Übernahme von Pflegeaufgaben für An- und Zugehörige mit einzubeziehen, die Demokratisierung der Sorge zu fördern sowie das Zusammenwirken von informellen, zivilgesellschaftlichen und professionellen Dienstleistungsangeboten in der Sorge zu befördern und zu managen – ganz im Sinne einer Caring-Community (vgl. Klie, 2020b). Die Bedarfe, die sich über die Anbieter der Region respektive über den Anbietermarkt nicht decken lassen, wären in regionalen Versorgungszentren (Pflegekompetenzzentren) zu organisieren (vgl. Klie/Monzer, 2018b). Hier würde den Kommunen eine wesentliche Governance-Funktion zukommen. Der Gewährleistungsstaat, der eine ausreichende und bedarfsgerechte pflegerische Versorgung sicherzustellen hat, kennt als Bezugspunkt die Kommune. Ist der Markt nicht in der Lage, die entsprechenden Bedarfe zu decken, kommen gemeinwirtschaftliche oder kommunale Strategien in Betracht, um eine entsprechende Infrastruktur aufzubauen und zu gewährleisten.

## 14.4 Ausblick

25 Jahre Pflegeversicherung lassen sich auf der einen Seite als Erfolgsgeschichte lesen: Es ist gelungen, eine fünfte Säule der Sozialversicherung aufzubauen. Allerdings zeigt sich gerade in Zeiten der Corona-Pandemie immer deutlicher, dass sich weder die Appendix-Funktion der sozialen Pflegeversicherung für die gesetzliche Krankenversicherung als hilfreich erweist, noch dass die Pflegeversicherung eine flächendeckende und subsidiär ausgerichtete Pflegeinfrastruktur gewährleistet. Das Credo muss lauten: Aus einer Strukturreform folgt eine Finanzreform, die sich in den Dienst einer bedarfsgerechten Versorgung von auf Pflege angewiesenen Menschen stellen muss. Der politische Handlungsdruck, der nicht zuletzt durch die Beschlüsse der „Konzertierten Aktion Pflege“ erhöht wurde, darf nicht dazu führen, dass eine vor der Corona-Krise greifbare Finanzreform im Sinne der Entlastung der Bürger/-innen für die Eigenanteile in der stationären Pflege gefunden wird – unter Verzicht auf die notwendigen grundlegenden Reformschritte. Das Pflege Thema ist eines der großen sozialpolitischen Themen unserer Zeit und ist einzubinden in grundlegende Fragen der Sozial- und Gesellschaftspolitik (vgl. Schulz-Nieswandt, 2020a).

### Literatur

- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2016). *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften*. Bundesdrucksache, 18/10210. Berlin: BMFSFJ.
- BR – Bundesrat (Hrsg.) (2019). *Antrag der Länder Hamburg, Berlin, Bremen, Schleswig-Holstein. Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*. Bundesdrucksache, 106/19. [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0101-0200/106-19.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0101-0200/106-19.pdf?__blob=publicationFile&v=1) (24.07.2020).
- Braeseke, G./Pflug, C./Lingott, N./Rieckhoff, S. et al. (2019). *Kurzzeitpflege in Bayern. Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege*. Berlin.
- Bündnis 90/DIE GRÜNEN Bundestagsfraktion (2019). *Die doppelte Pflegegarantie: Plädoyer für ein neues Denken der Pflegeversicherung*. Fraktionsbeschluss vom 25.06.2019. <https://www.gruene-bundestag.de/files/beschluesse/DoppeltePflegegarantie.pdf> (25.07.2020).
- Bundesgesundheitsministerium (2020). *Spahn: „Pflege ist die soziale Frage der 20er Jahre“*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/pflegereform.html> (02.11.2020).

- Evangelische Heimstiftung GmbH (2019). *Info-Kampagne #NeustartPflege. Initiative startet Postkarten-Aktion an Minister Spahn zum Sockel-Spitze-Tausch*. [https://www.ev-heimstiftung.de/fileadmin/default/Presse/Pressemeldungen/20190510\\_TagDerPflege\\_ProPflegerreform.pdf](https://www.ev-heimstiftung.de/fileadmin/default/Presse/Pressemeldungen/20190510_TagDerPflege_ProPflegerreform.pdf) (24.07.2020).
- Foundational Economy Collective (2019). *Die Ökonomie des Alltagslebens. Für eine neue Infrastrukturpolitik*. Berlin: Suhrkamp.
- Fussek, C./Schober, G. (2013). *Es ist genug! Auch alte Menschen haben Rechte*. München: Knauer.
- Garms-Homolová, V. (2002). *Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege: Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC 2.0)*. Göttingen: Hogrefe.
- GKV-Spitzenverband (2019). *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114c Abs. 1 SGB XI (PruP-RiLi) vom 23.09.2019*. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/richtlinien\\_und\\_grundsätze\\_zur\\_qualitätssicherung/2019\\_10\\_22\\_Pflege\\_RiLi\\_114c.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsätze_zur_qualitätssicherung/2019_10_22_Pflege_RiLi_114c.pdf) (25.07.2020).
- Gray, B./Sarnak, D./Burgers, J. (2015). *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model*. Hrsg. v. The Commonwealth Fund. [https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model?redirect\\_source=/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands](https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model?redirect_source=/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands) (28.10.2020).
- Greß, S./Haun, D./Jacobs, K. (2019). *Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer, S. 241–254.
- Haumann, W. (2018). *Bilder und Erfahrungen der Pflege in Deutschland und in den Bundesländern*. In: Klie, T. (Hrsg.): *Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit*. Heidelberg: medhochzwei, S. 31–108.
- Hoberg, R./Klie, T./Künzel, G. (2013a). *Strukturreform Pflege und Teilhabe. Langfassung*. Freiburg: FEL.
- Klie, T. (2020a). *Demenz, Corona und das Recht*. In: *Demenz – Das Magazin*, (46), S. 57–59.
- Klie, T. (2020b). *Caring Community. Beliebiger Dachbegriff oder tragfähiges Leitbild in der Langzeitpflege?* In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*. Aus *Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*, Schriftenreihe Band 10497. Bonn, S. 26–41.
- Klie, T. (2020c). *Wohlfahrtspluralismus und Subsidiarität – Von der Hospizarbeit lernen?* In: Stadelbacher, S./Schneider, W. (Hrsg.): *Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s. Vielfalt, Heterogenität, Ungleichheit*. Wiesbaden: Springer, S. 323–339.
- Klie, T. (2020d). *Pflegeberatung und Pflegestützpunkte zwischen pflegepolitischer Bedeutung und Wirklichkeit*. In: Löcherbach, P./Wendt, W. R. (Hrsg.): *Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 75–87.
- Klie, T. (2019a). *Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Pioniere einer neuen Sorgeskultur?* In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., 99 (1), S. 19–26.
- Klie, T. (2019b). *Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft*. München: Droemer Taschenbuch.

- Klie, T. (2019c). *Pflegepolitischer Handlungsbedarf und Reformoptionen*. In: Storm, A. (Hrsg.): *Pflegereport 2019. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung* (Band 30). Hamburg/Freiburg: DAK-Gesundheit, S. 223–239.
- Klie, Thomas (2018a). *Der DAK-Pflegereport 2018: Gleichwertige Lebensbedingungen für die Pflege? Zentrale Erträge und Denkanstöße*. In: Klie, T. (Hrsg.): *Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit*. Heidelberg: medhochzwei, S. 3–30.
- Klie, T. (2018b). *Das Walzbachtaler Modell. Ambulante Rund-um-die-Uhr-Betreuung für pflegebedürftige Menschen auf der Grundlage Case-Management-basierter Arbeitsweise. Innovative Sorgearrangements und Impulse für das Leistungserbringungsrecht in der ambulanten Pflege*. In: *Case Management*, 15 (2), S. 79–89.
- Klie, T./Büscher, A. (2019). *Subjektorientierte Qualitätssicherung in der Langzeitpflege*. In: *Nachrichtendienst Deutscher Verein*, 99 (3), S. 114–119.
- Klie, T./Heislbetz, C./Schuhmacher, B./Keilhauer, A. et al. (2017). *Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Berlin: AGP Sozialforschung und Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e. V.
- Klie, T./Monzer, M. (2018a). *Kompetenzzentren – Innovationsstrategien für die Langzeitpflege*. In: Klie, T. (Hrsg.): *Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit*. Heidelberg: medhochzwei, S. 283–312.
- Klie, T./Monzer, M. (2018b). *Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategien für die Langzeitpflege vor Ort*. Heidelberg: medhochzwei.
- Klie, T./Schmidt, R. (Hrsg.) (1999a). *Die neue Pflege alter Menschen. Sicherung der Pflege, Pflegeökonomie, Lebensweltorientierung, Unterstützungsmanagement, Reform des Gesundheitswesens, Pflege im sozialen Wandel, Pflegewissenschaft*. Bern/Göttingen/Toronto u. a.: Hans Huber.
- Klie, T./Schmidt, R. (1999b). *Zum „Internationalen Jahr der Senioren“ (II). Die Pflegeversicherung ist unter strategisch-politischen Gesichtspunkten ein großer Erfolg – allerdings besteht Reformbedarf*. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 50 (2), S. 48–53.
- Lüngen, M. (2012). *Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten*. Hochschule Osnabrück. [https://www.verdi.de/++file++50a3affa6f6844778600001c/download/Gutachten\\_Pflegeversicherung.pdf](https://www.verdi.de/++file++50a3affa6f6844778600001c/download/Gutachten_Pflegeversicherung.pdf) (18.01.2020).
- Netzwerk Demenz vernetzen (2020). *Care trotz Corona mit und für Menschen im Alter. Ein Nachdenk- und Diskussionspapier*. [https://www.kardinal-koenig-haus.at/media/care\\_und\\_corona\\_nachdenkpapier.pdf](https://www.kardinal-koenig-haus.at/media/care_und_corona_nachdenkpapier.pdf) (21.07.2020).
- Petermann, A./Ebbing, T./Paul, M. (2017). *Das Tätigkeitsprofil von Betreuungspersonen in häuslicher Gemeinschaft*. Saarbrücken: Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland.
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2019). *Pflegeversicherung. Pflege solidarisch finanzieren: Eigenanteile der Pflegebedürftigen dürfen nicht weiter steigen. Hamburg macht im Bundesrat Vorschläge für eine soziale und gerechte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*. <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/12177862/2019-02-19-bgv-pflegeversicherung/> (24.07.2020).
- Rothgang, H./Domhoff, D. (2019). *Die Pflegeversicherung als Vollversicherung, Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.



- Rothgang, H./Kalwitzki, T. (2019). *Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Initiative Pro-Pflegereform*. [https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Zweites\\_Gutachten/2.\\_Gutachten\\_AAPV\\_-\\_Langfassung.pdf](https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Zweites_Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf) (12.02.2020).
- Rothgang, H./Kalwitzki, T. (2018). *Skizze einer neuen Finanzierung der Pflegeversicherung*. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, (6), S. 6–12.
- Rothgang, H./Kalwitzki, T./Domhoff, D. (2019). *Modellrechnungen zur Finanzreform der Pflegeversicherung. Kurzexpertise im Auftrag der DAK-Gesundheit. Oktober 2019*. Bremen: Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM). <https://www.dak.de/dak/download/191016-modellrechnungen-pdf-2159040.pdf> (22.10.2019).
- Schulz-Nieswandt, F. (2020a). *Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken. Gestaltfragen einer Reform des SGB XI. Grundlagen, Kontexte, Eckpunkte, Dimensionen und Aspekte*. Berlin: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
- Schulz-Nieswandt, F. (2020b). *Der Sektor der stationären Langzeitpflege im sozialen Wandel. Eine querdenkende sozialökonomische und ethnomethodologische Expertise*. 1. Auflage, Wiesbaden: Springer.
- Schulz-Nieswandt, F. (2019). *Reform SGB XI: Zeit für die großen Fragen*. In: Pro Alter, (2), S. 26–27.
- Schwinger, A./Kalwitzki, T./Rothgang, H. (2018). *„Die Pflegeversicherung boomt“*. Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, (6), S. 13–22.
- StBA – 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](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laenderpflegebeduerftige-5224002179004.pdf?__blob=publicationFile&v=5) (29.10.2020).
- Stoffer, F. J. (2011). *Pflegenoten: „Warum kompliziert, wenn es einfach geht?“*. Messen von Pflege- und Lebensqualität leicht gemacht: Alternative Prüfkriterien. In: Altenheim, (9), S. 8–9.
- Szegan, N.-M. (2013). *Realistische Chance auf Heilkundeübertragung? Paradigmenwechsel. Seit 2008 theoretisch möglich – die Neuordnung von Aufgaben im deutschen Gesundheitswesen. Doch wie sieht es mit der Umsetzung aus?* In: Die Schwester Der Pfleger, 52 (3), S. 268–270.
- Woratschka, R. (2019). *Reformen kommen teuer. Milliarden-Defizit in der Pflegeversicherung*. Tagesspiegel, 09.03.2019. <https://www.tagesspiegel.de/politik/reformen-kommen-teuer-milliarden-defizit-in-der-pflegeversicherung/24082106.html> (25.07.2020).

## Ein Erfahrungsbericht zu den Aktivitäten junger Pfleger und dem Wandel von pflegerischer Identität

RICARDA MÖLLER

Dieser Erfahrungsbericht beschäftigt sich mit dem Wandel von pflegerischer Identität aus der Perspektive junger Pfleger, der in den letzten sieben Jahren (2013–2020) medial in der pflegerischen Szene zu spüren und zu beobachten war. Nach einer kurzen Einführung in die Entstehung der Bewegung „Junge Pflege“ werden der Begriff „junge Pfleger“ erklärt und die Vereinigungen von jungen Pflegenden und deren Aktivitäten dargestellt. Darauf folgend wird der Wandel pflegerischer Identität aufgezeigt und beschrieben, inwiefern dieser Einfluss auf das zukünftige Berufsbild von Pflegefachpersonen hat.

### Einleitung

Ein Blick in die jüngste Vergangenheit verdeutlicht: Die Pflege fordert auf verschiedensten Ebenen einen Wandel. Schlagworte wie Akademisierung (vgl. Lübke, 2017), neues Pflegeverständnis, Autonomie im Beruf sowie der Bedarf nach fairen Arbeitsbedingungen sind regelmäßig in den Medien zu finden (vgl. z. B. Süddeutsche Zeitung, 2020). Hinter solchen Forderungen nach einem Paradigmenwechsel stehen nicht nur neue pflegerische Interessen, sondern auch Interessenvertreter/-innen, die durch ihre berufspolitische Arbeit Veränderungen anstoßen (wollen).

Der vorliegende Beitrag fokussiert in seiner Betrachtung die Rolle der jungen Pfleger und zeigt auf, inwiefern ein Identitätswandel durch die Bewegung junger Pfleger stattfindet. Die Authentizität des Erfahrungsberichtes ergibt sich durch die Biografie der Autorin, da diese seit ihrer Ausbildung (2014) berufspolitisch intensiv engagiert ist. Neben jahrelangen ehrenamtlichen Koordinationsaufgaben übernahm sie später (2018) hauptamtlich eine Position als Referentin für „Junge Pflege“ im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) Nordwest, um noch gezielter junge Pfleger berufspolitisch zu motivieren und durchsetzungsstark zu ma-

chen. Aufgrund dessen wurde für diesen Beitrag eine Art persönlicher Erfahrungsbericht gewählt.

Im Jahr 2005 fand der erste offizielle Aufruf für einen Zusammenschluss von Pflegenden in Ausbildung oder Studium im DBfK als Arbeitsgemeinschaft (AG) durch die Verbandszeitung statt.<sup>1</sup> Zuvor war bei keiner pflegerischen Organisation eine derartige Vereinigung bekannt. Auch parallel entstanden keine Vereinigungen, die eine vergleichbare Größe und Schlagkraft entwickelten. Die Motivation zur Gründung einer AG „Junge Pflege“ lag in der Unzufriedenheit mit den Umständen in der Pflegeausbildung.

Ziel der AG ist es, die Bedürfnisse und Ideen junger Pflegenden gegenüber dem DBfK, der Politik und Gesellschaft zu vertreten. Sie startete mit einer Handvoll Mitgliedern und erweiterte sich bis 2013 auf 20 Mitglieder. Heute engagieren sich in den inzwischen in ganz Deutschland gegründeten AGs „Junge Pflege“ hunderte Personen. Deren Mitglieder sind die jungen Pflegenden.

In den folgenden Kapiteln sind mit der Umschreibung „junge Pflegenden“ angehende Pflegefachpersonen aus Ausbildung und Studium sowie gerade examinierte Kolleginnen und Kollegen gemeint.

## 15.1 Junge Pflegenden formieren sich

Junge Pflegenden haben sich seit 2002 stetig weiter organisiert. Das folgende Kap. 15.1.1 legt dar, wie sich die AG „Junge Pflege“ des DBfK sukzessive weiterentwickelte. Daran anknüpfend beschreibt Kap. 15.1.2 die Etablierung der European Nursing Student Association (ENSA), um den Prozess der langsamen Etablierung nachzuzeichnen.

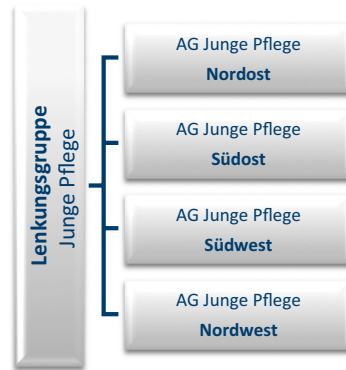
### 15.1.1 AG „Junge Pflege“ im DBfK

Die AGs „Junge Pflege“ im DBfK sind Mitglieder der bundesweiten Lenkungsgruppe „Junge Pflege“. Bei der Lenkungsgruppe handelt es sich um eine überregionale Arbeitsgemeinschaft, in die man sich wählen lassen muss. Die Mitglieder der Lenkungsgruppe „Junge Pflege“ kommen aus den regionalen AGs „Junge Pflege“. Sie sind Schüler/-innen und Studierende der Pflegeberufe oder gerade examinierte Pflegefachpersonen. Wer Mitglied in einer der vier regionalen AGs werden möchte, muss

---

1 Nach Aussage von Burkhardt Zieger, Geschäftsführer des DBfK Nordwest

Mitglied im DBfK sein. Die AGs gliedern sich an die vier Regionalverbände des DBfK an (vgl. Abb. 15.1).



**Abb. 15.1:** Aufteilung der AGs „Junge Pflege“ im DBfK

Die Aufgaben der AGs bestehen hauptsächlich darin, regionale Ideen umzusetzen, die Bedürfnisse der zukünftigen professionell Pflegenden darzustellen und auf diese einzugehen. Dafür werden Projekte, Veranstaltungen und Kongresse geplant und umgesetzt (vgl. Junge Pflege/DBfK, o. J.). Dazu zählen auch immer wieder neu entstehende Projekte:

- Umsetzung der „Junge Pflege“-Kongresse (vgl. Kap. 15.2.1)
- Verleihung der „Junge Pflege“-Preise
- Schreiben von Positionspapieren
- Gespräche mit politischen Funktionären
- Bedienen von Social-Media-Kanälen
- Durchführung von berufspolitischen Schulungen
- Erstellen von Videoclips zum Image der Pflege
- Organisation von Stammtischen für junge Pflegende
- regelmäßige AG-Treffen zum Austausch und Planen für beispielsweise „Junge Pflege“-Kongresse
- Veranstaltung des „Junge Pflege“-Forums (für alle Mitglieder des DBfK, die den AGs „Junge Pflege“ angehören; hier werden die Mitglieder der Len-

kungsgruppe „Junge Pflege“ gewählt, Anträge besprochen, sich ausgetauscht u. v. m.)

In den letzten sieben Jahren (2013–2020) haben die AGs deutlich an Zuwachs gewonnen. Alle AGs bestehen aus zehn bis zu 80 Mitgliedern von jungen, engagierten Pflegenden. Warum die Mitgliederzahl in den AGs so immens angewachsen ist, kann nur vermutet werden. Die (medialen) Aktivitäten, die Professionalisierung und Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Veränderungen von hauptamtlichen Strukturen haben sicherlich dazu beigetragen. Durch die Weiterentwicklung der AGs entstanden mehr und mehr Projekte und Aktivitäten.

Es bildeten sich kleinere Zusammenschlüsse in Deutschland und auf europäischer Ebene vereinigte sich seit 2013 die European Nursing Student Association (ENSA) (vgl. ENSA, 2013). Daran war die Lenkungsgruppe „Junge Pflege“ maßgeblich beteiligt. Junge Pflegenden wollten sich engagieren und ihren Beruf selbst gestalten. Das zeigt diese Entwicklung sehr deutlich auf. Die Verknüpfung auf europäischer Ebene war und ist dafür ein notwendiger und wichtiger Schritt, denn die Probleme in Hinblick auf die Rahmenbedingungen in den pflegerischen Berufen sind auch auf internationaler Ebene zu finden (Theobald/Leidig, 2018, S. 62 f.). Deswegen wird im folgenden Kapitel die Entwicklung der ENSA dargestellt.

### **15.1.2 European Nursing Student Association (ENSA)**

Auf europäischer Ebene bildet die ENSA, die seit 2015 ein eingetragener Verein ist, den Dachverband aller Studierenden und Auszubildenden in der Pflege. Sie wurde gegründet, um alle europäischen angehenden Pflegefachpersonen zu vernetzen. In jährlich stattfindenden Konferenzen, die in unterschiedlichen Ländern abgehalten werden, kommen alle europäischen Delegierten zur gemeinsamen Arbeit zusammen. Am Ende der Konferenz wird ein Vorstand für eine Amtszeit von einem Jahr gewählt. Dieser setzt die auf der Konferenz besprochenen Themen, Aufgaben und Aktionen in dem Jahr bis zur nächsten Sitzung um. In den letzten Jahren wurde dieses Gremium, zuerst bestehend aus rein westeuropäischen Ländern, mit weiteren europäischen Ländern besetzt. Aus Deutschland wird der Vertreter/die Vertreterin aus der Lenkungsgruppe „Junge Pflege“ des DBfK entsendet. Die Lenkungsgruppe wählt einen Repräsentanten/eine Repräsentantin (vgl. Rosenfeld et al., 2015).

Ziele und Aufgaben der ENSA sind es, einen bestmöglichen Ausbildungsstandard für europäische Auszubildende bzw. Studierende der Pflege sowie einen internationalen Austausch zu fördern. Daneben setzen sie deren Interessen um und beraten Länder, die dahingehend noch keine Organisationen für junge Pfleger haben. Ihnen wird durch die ENSA eine einheitliche Stimme auf europäischer Ebene gegeben (vgl. ENSA, 2013), wobei die Reichweite der ENSA schwierig einzuschätzen ist. Allerdings hat die ENSA seit Februar 2018 eine Facebook-Seite und bis heute (März 2021) haben 3.196 Facebook-Nutzer/-innen diese abonniert.<sup>2</sup>

Der kurze Exkurs zur ENSA diente dazu, ein umfassendes Bild vom Engagement junger Pfleger zu erhalten. Die ENSA ist ein Instrument auf europäischer Ebene, das eine hohe Relevanz für den internationalen Austausch hat, regionale Projekte jedoch noch weniger stark tangiert. Im nächsten Kapitel werden wirksam frequentierte Aktivitäten junger Pfleger in Deutschland vorgestellt.

## 15.2 Aktivitäten junger Pfleger

In den folgenden Kapiteln werden ausgewählte Aktivitäten junger Pfleger vorgestellt. Im Detail sind dies die „Junge Pflege“-Kongresse der AGs „Junge Pflege“ im DBfK, der „Walk of Care“ eines unabhängigen Zusammenschlusses von jungen Menschen aus dem Gesundheitswesen und die Aktivitäten verschiedener Influencer/-innen mit pflegerischem Hintergrund in den Sozialen Medien.

Viel besuchte Aktivitäten junger Pfleger der letzten Jahre waren die „Junge Pflege“-Kongresse der AGs „Junge Pflege“ aus den Regionalverbänden Nordwest und Nordost und der jährlich stattfindende Walk of Care. Die Medienpräsenz junger Pfleger auf YouTube, Facebook, Instagram, Twitter und TikTok hat ebenfalls eine große Reichweite. Junge Pfleger unterstützen verschiedene Kampagnen und vermitteln über aktuelle Formate berufspolitische und pflegfachliche Inhalte.

Die hier dargestellten Aktivitäten geben einen Überblick über aktuelle Entwicklungen, stellen allerdings nicht alle in Gänze dar.

---

<sup>2</sup> Die Facebook-Seite von ENSA ist über folgenden Link abrufbar: <https://www.facebook.com/nursingeuropa> (01.03.2021).

### 15.2.1 „Junge Pflege“-Kongresse

Die „Junge Pflege“-Kongresse der AGs „Junge Pflege“ im DBfK sind inzwischen deutschlandweit zu exponierten Foren für junge Pflegenden geworden. Es werden bis zu 2.700 Besucher/-innen auf den Kongressen empfangen (vgl. Junge Pflege/DBfK, o. J.b).

Die Planung der Kongresse realisieren die AGs „Junge Pflege“ eigenständig. Dementsprechend übernehmen sie die gesamte Veranstaltungsorganisation und Konzeption: Sie überlegen sich das jeweilige Motto, laden Referenten und Referentinnen ein, gestalten das Bühnenbild, moderieren, denken sich Preisausschreibungen aus und bewerben die Veranstaltungen. Neben pflegfachlichen Themen werden auch berufspolitische Angelegenheiten besprochen. In den letzten Jahren waren u. a. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, der Präsident des Deutschen Pflegerats Franz Wagner, Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik, Prof. Dr. Christel Bienstein und Prof. Dr. Frank Weidner als Referenten und Referentinnen auf den „Junge Pflege“-Kongressen. Durch die Kongresse wird der (jungen) Pflege eine Plattform zum Austauschen, Vernetzen und Lernen gegeben. Manche Kongresse sind sehr interaktiv, andere bieten die Möglichkeit, sich über einen großen Zukunftsmarkt mit potenziellen Arbeitgebern auszutauschen. Auf einigen Kongressen werden „Junge Pflege“-Preise verliehen. Die Gewinner/-innen erhalten neben Geldpreisen häufig in ihrem jeweiligen Bundesland auch Anerkennung seitens der Ministerien (vgl. Landesregierung Nordrhein-Westfalen, 2019). Hinzu kommt, dass die „Junge Pflege“-Preise Impulse für Arbeitgeber gesetzt haben (vgl. Schwank, 2017). Außerdem werden auf den Kongressen die aktuellen Forderungen und Vorstellungen zur Pflege(-ausbildung) aus Perspektive junger Pflegenden dargestellt. Dazu zählen beispielsweise (vgl. z. B. DBfK, 2020a; DBfK, 2020b; DBfK, 2019a; DBfK, 2019b; DBfK, 2018):

- Stärkung der Ausbildung im Allgemeinen
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- interprofessionelles Zusammenarbeiten als zukunftsfähiges Modell
- geplante, strukturierte und dokumentierte Praxisanleitung für alle Auszubildenden sowie Studierenden mit einer strukturierten, konstruktiven und transparenten Rückmeldung
- Förderung von Akademisierung und Berufsentwicklung

- Etablierung einer notwendigen Selbstverwaltung und Mitsprache
- monetäre Sichtbarmachung von Wertschätzung
- Einführung eines flächendeckenden Einarbeitungskonzepts
- Entwicklung von Konzepten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf/ Ausbildung/Studium
- flächendeckender Einbezug von primärqualifizierenden Studiengängen
- Gewährleistung der Ausbildungsqualität auch während der Pandemie

Die „Junge Pflege“-Kongresse werden überdies in den sozialen Medien dargestellt. Die Öffentlichkeitsarbeit nimmt einen großen Stellenwert in der Vor- und Nachbereitung der Veranstaltungen und auch währenddessen ein. Es entstehen neben Artikeln für Zeitungen und Zeitschriften auch Bild- und Videobeiträge für Facebook, Instagram und YouTube.<sup>3</sup>

Öffentlich wirksam ist noch eine weitere große Veranstaltung von und für junge Pflegende in Deutschland. Der Walk of Care ist ebenfalls eine jährlich stattfindende Veranstaltung, die sich mit berufspolitischen Forderungen für junge Pflegende auseinandersetzt. Es handelt sich hierbei um eine Demonstration, die im folgenden Kapitel dargestellt wird.

### 15.2.2 Walk of Care

Der Walk of Care beschreibt eine Gruppe von Pflegenden sowie weiteren Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen. Einer der bekanntesten Initiatoren ist Valentin Herfurth, der im Sinne des Presserechts verantwortlich ist. Er ist ebenfalls Mitglied der AG „Junge Pflege“ im DBfK Nordost und initiiert für den Walk of Care und dessen Aktionen einen inzwischen eingetragenen gemeinnützigen Verein „PflegeKultur Ankurbeln“. Warum es interessant ist, diese Entwicklung zu beobachten, wird in Kap. 15.3 und 15.4 beschrieben. Seit 2016 organisiert die Gruppe des Walk of Care pflegekulturelle und berufspolitische Veranstaltungen. Begonnen wurde die Initiative über den Berliner-Pflegestammtisch mit Health Slams. Seit 2018 zählen zum Walk of Care die gleichnamige, jährlich stattfindende Demonstration und die seit

---

3 Beispiele sind abrufbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=3EgmP2yTkqw> (03.03.2021).



2020 stattfindenden „#gibuns5“-Kundgebungen. Die „5“ in den „#gibuns5“-Kundgebungen beschreibt fünf Forderungen, die im Folgenden noch dargestellt werden.

Die Demonstration findet immer am 12. Mai, dem internationalen Tag der Pflegenden und zugleich Geburtstag der Pflegepionierin Florence Nightingale, statt. Das übergeordnete Ziel ist es, Bedingungen für eine menschenwürdige Pflege zu schaffen. In Berlin startete die Demonstration 2018 erfolgreich mit mehreren hundert Teilnehmenden (vgl. Berliner Zeitung, 2018; WELT, 2018). In Stuttgart, Hamburg, Aachen und zuletzt in Bremen formierten sich weitere Walk-of-Care-Demonstrationen. Für die Umsetzung der Demonstrationen werden die Mitwirkenden sehr kreativ: Es handelt sich dabei nicht nur um einen Lauf durch die jeweiligen Städte, es werden Videos gedreht, Websites erstellt und Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Zwei Beispiele hierfür sind zum einen die Website [www.digitalwalkofcare.org](http://www.digitalwalkofcare.org) und zum anderen ein Kurzfilm. Bei diesem 2018 gedrehten Kurzfilm präsentieren engagierte, examinierte und angehende Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/-innen in Zusammenarbeit mit dem eingetragenen Verein „PflegeKultur Ankurbeln“ und der Kreativwerkstatt der DRK Kliniken Berlin den Kurzfilm „Fiktion oder Realität? Pflege 2030“. Das Thema lautet:

„Zukunft! Denn – Pflege geht uns alle an! Wie wird die Pflege im Jahr 2030 aussehen? Wir erschaffen unsere eigene Vorstellung einer Utopie und einer Dystopie, die sich wie in einem Traum miteinander zu vermischen scheinen.“ (YouTube-Channel „Walk of Care“, 2018)

Der Kurzfilm hat über 3.000 Aufrufe bei YouTube. Die Facebook-Seite des Walk of Care wurde 1.983-mal abonniert (Stand: März 2021). Eine gute Reichweite ist vorhanden. Die anderen Walk of Care-Vereinigungen zogen mit teilweise eigenen Facebook- oder Instagram-Auftritten nach. 2020, im von der World Health Organisation (WHO) ausgerufenem Jahr der Pflegenden und Hebammen (vgl. WHO, o. J.), sollten die Demonstrationen und Veranstaltungen noch größer, noch kreativer umgesetzt werden. Doch Anfang des Jahres kam es zu einem beinahe weltweiten Lockdown aufgrund der COVID-19-Pandemie, sodass alle Veranstaltungen bis zum Sommer 2020 abgesagt wurden (vgl. BMG, 2021).

Die Pflegenden der einzelnen Städte schlossen sich über digitale Medien zusammen und entschieden sich, gemeinsam einen digitalen Walk of Care zu gestalten. Es wurden gemeinsame Forderungen formuliert, diskutiert und am Ende auf einer gemeinsamen, aus freiwilligem Engagement entwickelten Website veröffentlicht. Es

handelt sich um folgende fünf Forderungen, die in den oben genannten „#gibuns5“-Kampagnen verkündet werden:

- gesetzliche Personalbemessung am Pflegebedarf in allen pflegerischen Settings
- eine gute Ausbildung
- eine Fort- und Weiterbildungsordnung
- eine gerechte Finanzierung statt Gewinnmaximierung
- mehr politische Mitbestimmung für alle Gesundheitsberufe und Patienten/Patientinnen<sup>4</sup>

Die Demonstrationen des Walk of Care ziehen ebenso wie die „Junge Pflege“-Kongresse Hunderte junge Pfleger\*innen an. Neben den analog stattfindenden Aktivitäten müssen die Öffentlichkeitsarbeit und die Präsenz einzelner junger Pfleger\*innen durch die neuen Medien auch Berücksichtigung in diesem Beitrag finden.

### 15.2.3 Medienpräsenz junger Pfleger\*innen

Die digitale Kommunikation meint in diesem Bericht die Möglichkeit, via Internetplattformen wie YouTube, Facebook, Instagram und TikTok Meinungen, Ideen und Forderungen auf pflegfachlicher und berufspolitischer Ebene auszutauschen. Dafür sollen bekannte Pflege-Influencer\*innen, also herausragende Social-Media-Nutzer\*innen, die durch ihre Tätigkeit eine hohe Reichweite erzielen, im Folgenden beispielhaft vorgestellt werden. Diese Beschreibung ist nicht abschließend und soll nur ein Stimmungsbild der Aktivitäten junger Pfleger\*innen in den neuen Medien präsentieren. Als erstes soll Alexander Jorde vorgestellt werden, danach „thefabulousfranzi“ und anschließend „jimboy27\_official“.

Alexander Jorde ist ein Gesundheits- und Krankenpfleger, der während seiner Ausbildungszeit 2017 durch einen Auftritt bei der ARD-Wahlarena und die dortige Konfrontation über die unhaltbaren Zustände in der Pflege mit Bundeskanzlerin Angela Merkel bekannt wurde (vgl. Das Erste, 2017). In der Sendung am 11. September 2017 beschrieb er der Bundeskanzlerin die Missstände in der Pflege aus Sicht eines jungen Pfleger\*innen. Seitdem wurde er zu unterschiedlichen TV-Talkshows eingeladen, für Zeitungen interviewt und als „Gesicht für die Pflege“ in das Bundesgesund-

---

<sup>4</sup> Die ausführlichen Forderungen sind abrufbar unter: <https://digitalwalkofcare.org/unsere-forderungen> (20.01.2021). Für die Forderungen wurde ein eigenes Logo entworfen.

heitsministerium eingeladen (vgl. WELT, 2020; Das Erste, 2017). Außerdem hat er ein Buch mit dem Titel „Kranke Pflege: Gemeinsam aus dem Notstand“ geschrieben, das 2019 veröffentlicht wurde. Darin – und auf all seinen Social-Media-Plattformen – stellt er seine Forderungen auf. Dazu zählen, mehr Lohn für Pflegefachpersonen und Personaluntergrenzen durchzusetzen sowie neue Hochschulgänge zu etablieren, um die Sicherheit und Qualität der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten sowie gute Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen zu erreichen (vgl. Jorde, 2019).

Ein Vergleich macht deutlich, dass Alexander Jorde eine enorm hohe Reichweite hat: Bei Google ergeben sich für ihn über 207.000 Einträge; im Vergleich dazu sind derzeit lediglich 35.100 Einträge über Andreas Westerfellhaus als Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung vorhanden (Stand: März 2021). Inwiefern dies „reine“ Beiträge über die jeweiligen Personen sind, konnte nicht nachvollzogen werden. Allerdings lässt sich daraus schließen, dass Jorde sehr bekannt ist und Gehör bekommt. Seine Reichweite in den Sozialen Medien nähert sich der Zahl von 10.000 Abonnenten/Abonnentinnen.<sup>5</sup>

„Thefabulousfranzi“ lautet der Name des Instagram-Profiles von Franziska Böhler. Es zeigt eine Krankenschwester<sup>6</sup>, Anfang 30, der etwa 245.000 Instagram-Nutzer/-innen folgen.<sup>7</sup> Sie stellt auf ihrem Profil das Leben einer professionellen Pflegerin in Bild- und Videobeiträgen dar. Dabei erklärt sie Fachbegriffe aus der Pflege und berufspolitische Inhalte. Darüber hinaus beschreibt sie, wie Patienten/Patientinnen unter den profitorientierten Strukturen des Gesundheitswesens sowie dem sich daraus ergebenden Mangel an Pflegefachpersonen leiden. Ebenfalls erzählt sie von dem daraus resultierenden Druck, unter dem Pflegefachpersonen heute stehen. Sie stellt jedoch auch die angenehmen Seiten des Berufs dar. Genauso wie Jorde hat sie 2020 ein Buch mit dem Titel „I’m a Nurse: Warum ich meinen Beruf als Krankenschwester liebe – trotz allem“ veröffentlicht. Dort berichtet sie ausführlich über ihre Erfahrungen (vgl. Böhler/Kubsova, 2020). Auch für Zeitungsartikel oder TV-Sendungen wird sie angefragt und war zuletzt beim SAT1-Frühstücksfernsehen zu sehen.

„jimboy27\_official“ heißt der Instagram-Account von Jim Ayag, der über die Plattform TikTok mit über 366.600 Followern<sup>8</sup> und mehr als 11,4 Millionen Likes

---

5 [https://www.instagram.com/alexander\\_jorde/?hl=de](https://www.instagram.com/alexander_jorde/?hl=de) (03.03.2021)

6 Die aktuelle Berufsbezeichnung lautet „Pflegefachfrau“, allerdings bezeichnet Franziska Böhler sich selbst als Krankenschwester, weswegen der Begriff hier so gewählt wurde.

7 <https://www.instagram.com/thefabulousfranzi/?hl=de> (03.03.2021)

8 <https://www.tiktok.com/@jimboy27> (03.03.2021)

als Pflegefachperson in der Pflegeszene bekannt ist. Bei Instagram folgen ihm mehr als 24.700 Abonnenten.<sup>9</sup> Teilweise wurden seine Videoclips über 522.000-mal angeschaut. In diesen beschreibt er zum einen auf komödiantisch-sarkastische Weise den klinischen Alltag aus Sicht eines jungen Pflegenden. Zum anderen formuliert er durch das, was er sagt, oder durch Einblendungen klare pflegepolitische Forderungen. Im August 2020 hat die Hochschule Bremen mit Jim ein Video im Stil, der für die Plattform TikTok üblich ist, veröffentlicht. Es dient zu Werbezwecken für den primärqualifizierenden Studiengang der Hochschule Bremen. Jim stellt in dem Video die Vorteile des Berufs und gesellschaftliche Vorbehalte dar und lädt dazu ein, den Beruf durch das Studium zu ergreifen. Den Account bei Instagram führt Jim im Übrigen seit März 2019 – binnen zwei Jahren hat er durch sein Wirken mehrere hunderttausende Menschen erreicht.

Alexander Jorde, Franziska Böhrer, Jim, die AGs „Junge Pflege“ und der Walk of Care sind nur Beispiele für die Aufbruchstimmung junger Pfleger\*innen in Deutschland. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede finden sich in ihren Forderungen und Selbstdarstellungen? Diese Frage wird im nächsten Kapitel beantwortet.

### 15.3 Pflegerische Identität im Wandel

Die vorherigen Kapitel beschreiben die Entwicklungen des Engagements von jungen Pflegenden, und zwar hauptsächlich in Deutschland von 2013 bis 2020. Die Aktivitäten sind vielfältig und bedienen verschiedene Formate. Die „Junge Pflege“-Kongresse dienen dem Austausch, dem Informationsgewinn, der Diskussion und fanden in der Vergangenheit als Präsenzveranstaltungen statt. Die pandemische Situation 2020/2021 führte zur Digitalisierung einer vergleichbaren Veranstaltung. Im Sommer 2021 findet das erste „Junge Pflege d’Event“ (das „d“ steht für digital) statt, das weiterhin als Austauschplattform dient und Informationen für Berufseinsteigende liefert. Über Social-Media-Kanäle der AGs wurden die Inhalte digital geteilt, diskutiert und verbreitet. Über diese hinaus verändert die Verleihung der „Junge Pflege“-Preise die Arbeit von Pflegefachpersonen und deren gesellschaftliches Ansehen. Regelmäßige AG-Treffen zum Austausch stärken die berufliche Identität genauso wie das jährlich stattfindende „Junge Pflege“-Forum. Für die Pflegeszene sind die AGs „Junge Pflege“ im DBfK elementar, wenn es um den Wandel der pflegerischen Identität geht. Diese

9 [https://www.instagram.com/jimboy27\\_official/?hl=de](https://www.instagram.com/jimboy27_official/?hl=de) (03.03.2021)

sowie alle weiteren Aktivitäten bzw. Vereinigungen sind ein Abbild der Wünsche und Forderungen des pflegerischen Nachwuchses.

Die Walk-of-Care-Demonstrationen haben dabei nach außen noch eine andere Reichweite: Durch die Demonstrationen bekommen auch berufsferne Menschen Kontakt zu den Forderungen von jungen Pflegenden. Auch hier findet gezielt eine digitale Begleitung statt.

Die hier vorgestellten, durch TV-Auftritte oder Social-Media-Aktivitäten bekannt gewordenen Pflegenden erreichen ihre Adressaten/Adressatinnen hauptsächlich durch die Social-Media-Plattformen, das Fernsehen oder Interviews und streuen dadurch ihre konkreten Forderungen. Doch inwiefern findet auf diese Weise ein Wandel in der pflegerischen Identität statt? Wodurch wird gemessen, ob die Forderungen mehr oder anders als früher wahrgenommen werden? Denn die Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen oder Personaluntergrenzen bestehen ja schon seit Jahrzehnten. In den nächsten Kapiteln wird beleuchtet, welche Veränderungen auf gesetzlicher Ebene stattgefunden haben, die die Identität der Pflege verändern. Zudem werden weitere Faktoren des Identitätswandels dargestellt, um die oben gestellten Fragen zu beantworten.

### 15.3.1 Das neue Pflegeberufegesetz

Nach dem neuen Pflegeberufegesetz (PflBG) werden die ehemals drei unterschiedlichen Pflegeausbildungen (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) zu einem gemeinsamen Beruf zusammengefasst. Damit verändert sich die Berufsbezeichnung der angehenden Kolleginnen und Kollegen. „Pflegefachfrauen“ oder „Pflegefachmänner“ haben nach § 4 Abs. 2 PflBG auch vorbehaltliche Aufgaben:

- „(2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen
1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a,
  2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie
  3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d.“ (§ 4 Abs. 2 PflBG)

Das heißt, dass diese Tätigkeiten nur von ihnen als ausgebildete Pflegefachkräfte ausgeführt werden dürfen. Die neue Bezeichnung und die definierten Aufgaben

schaffen ein neues Berufsbild. Hinzu kommt, dass erstmals die hochschulische Ausbildung Teil des Pflegeberufgesetzes geworden ist. Auch diese Veränderung ist richtungsweisend.

Das neue Gesetz spiegelt die gewünschte pflegerische Identität junger Pfleger\*innen wider. Alle in diesem Beitrag vorgestellten Organisationen und Initiativen oder Personen fordern eine gute Ausbildung, hochschulische Karrierechancen, bessere Rahmenbedingungen und berufliche Selbstbestimmung. Die eingeleiteten Schritte reichen ihnen jedoch nicht aus. Deswegen organisieren sie sich so vielfältig oder gehen als Einzelpersonen/-innen voran und werden „laut“ und sichtbar. Genau hier ist die Veränderung: Die Sichtbarkeit von Engagement und Forderungen junger Pfleger\*innen hat sich in den letzten Jahren (2013–2021) verändert. Die Forderungen bestanden teilweise zwar schon zuvor, jedoch konnte ohne die neuen Medien keine breite Öffentlichkeit hergestellt werden.

### 15.3.2 Begünstigende Faktoren einer neuen Pflegeidentität

Die Sichtbarkeit von Forderungen wird durch die Digitalisierung und daraus resultierend durch die Nutzung von Social-Media-Kanälen vereinfacht. Ehemalige Präsenzaktivitäten wie Kongresse, Informationsveranstaltungen oder Demonstrationen finden nicht mehr „nur“ analog statt – es wird alles online gestreamt und kann von viel mehr Interessenten/Interessentinnen mitverfolgt werden. Werden Forderungen wie die, welche Alexander Jorde seinerzeit in der Wahlarena Angela Merkel stellte, öffentlich, sind sie direkt online abrufbar und können kommentiert und geteilt werden. Es lassen sich schnell Stimmungsbilder zu verschiedenen Themen erfassen, man kann sich schneller solidarisieren. Positionspapiere der AGs „Junge Pflege“ sowie die „#gibuns5“-Forderungen erhalten eine andere Reichweite. Gemeinsamkeiten und auch Unterschiede der Initiativen, von Einzelpersonen oder Organisationen sind unmittelbar nach Veröffentlichung erkennbar. Das begünstigt den Wandel einer neuen Pflegeidentität, da Zusammenschlüsse und Kooperationen einfacher möglich sind und besser sichtbar gemacht werden können. Durch die Digitalisierung konnten in den letzten Jahren verschiedene junge Pflegefachpersonen oder Vereinigungen junger Pfleger\*innen ihre Forderungen und ihr gewünschtes Berufsbild in der Öffentlichkeit darstellen. Immer wieder sind dabei Gemeinsamkeiten erkennbar. Welche das sind,

wird in Kap. 15.3.4 wiedergegeben. Zuvor werden noch beobachtete hinderliche Faktoren eines Identitätswandels des Pflegeberufs aufgezeigt.

### 15.3.3 Hemmnisse einer neuen Pflegeidentität

Es gibt kein gemeinsames, bundesweites Sprachrohr für Pflegefachpersonen. Der Organisationsgrad von Pflegenden ist gering. Das hat verschiedene Gründe, u. a. den geringen Bekanntheitsgrad der Berufsverbände. Das wiederum korreliert mit dem Organisationsgrad. Es mangelt an Vernetzung und zum Teil an gemeinsamen Zielen, wenn man die Entwicklungen zwischen Pflegeberufekammer, Gewerkschaften und Berufsverbänden beobachtet. Es bilden sich neue Gruppierungen, wie der eingetragene Verein „PflegeKultur Ankurbeln“, der eine andere Zielsetzung und Idee als ein Berufsverband verfolgt, jedoch ähnliche Forderungen aufstellt. Auf gewerkschaftlicher Ebene ist ver.di in der Pflege wohl (noch) die bekannteste Vertretung, denn mit dem Bochumer Bund zieht eine Gewerkschaft ausschließlich für Pflegefachpersonen nach.<sup>10</sup> Diese vereinzelt kleinen Gruppierungen erschweren jedoch die Einflussnahme der professionell Pflegenden sehr, da durch die Zersplitterung der Pflege in diffuse Interessenvertretungen erst einmal ein Konsens bei der Formulierung gemeinsamer Anliegen geschaffen werden muss. Hinzu kommt, dass Einzelpersonen medial stark auftreten und in der öffentlichen Wahrnehmung als Ansprechpartner/-innen dominieren. Ob diese eine ganze Berufsgruppe gut oder nicht gut vertreten, muss jeder/jede selbst entscheiden. De facto sind sie keine demokratisch gewählten Interessenvertreter/-innen und bilden nur einen Teil der gesamten Pflegeexpertise ab. Andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens sind selbstverwaltend organisiert (wie z. B. die Therapieberufe). Das Fehlen einer Selbstverwaltung für die Pflege lässt nicht nur die Öffentlichkeit nach möglichen Repräsentanten/Repräsentantinnen suchen, auch politische Vertreter/-innen, Senate, Ministerien und Behörden beziehen keine oder wenig pflegerische Expertise in ihre Entscheidungen mit ein (vgl. z. B. § 15 Abs. 1 Krankenhausgestaltungsgesetz). Das zeigt bezüglich der Pflegeidentität die Kampagne des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) „Mach Karriere als Mensch!“. Das BMFSFJ hat eine fünfteilige Webserie namens „Ehrenpflegas“ veröffentlicht. Diese zielt auf die Nachwuchsgewinnung in den Pflegefachberufen ab und wurde im Stil der Filmreihe „Fack ju Göhste“ gedreht.

---

<sup>10</sup> <https://www.bochumerbund.de/> (03.03.2021)

Nach Veröffentlichung stieß das Ministerium auf erheblichen Widerstand aus der Berufsgruppe (vgl. DBfK, 2020c). „Die Darstellung der Anforderungen an Pflegefachpersonen in der Miniserie ‚Ehrenpflegas‘ verletzt Selbstverständnis, Ethos und Pflegefachlichkeit der Berufsgruppe“, so der DBfK in einer Pressemitteilung zu der Kampagne (DBfK, 2020c). Im Gegenzug wehrten sich junge Pflegestudierende mit der Webfilm-Parodie „Ehrenministra“. Die jungen Pflegenden äußern sich in der Filmbeschreibung empört und geben an, dass die Kampagne des BMFSFJ eine „Frechheit“ sei (YouTube-Channel „Pflegestudierende“, 2020).

Aus dem Beispiel können drei Schlussfolgerungen gezogen werden:

1. Junge Pflegende beziehen spontan klare Positionen.
2. Legitimierte Ansprechpartner/-innen für solche Kampagnen, die einbezogen werden **müssen**, fehlen, und potenzielle Vertreter/-innen werden von den Verantwortlichen in Politik und Medien nicht angesprochen.
3. Der Öffentlichkeit wird eine völlig andere Identität der Pflege „vorgespielt“, als sie von den jungen Pflegenden mit all ihren Forderungen gelebt wird.

Wie diese Forderungen aussehen, wird im folgenden Kapitel zusammengefasst. Inwiefern die begünstigenden und hinderlichen Faktoren eine Rolle für die Zukunft der pflegerischen Identität spielen, wird im letzten Kapitel des Beitrags diskutiert.

#### 15.3.4 Forderungen junger Pflegender

Im Allgemeinen fordern alle jungen Pflegenden oder Vereinigungen junger Pflegender die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflegeversorgung. Dabei werden diese von Beginn ihrer Ausbildung an konkret: Sie wollen eine fundierte Ausbildung, die sie auf die komplexen Herausforderungen der (zukünftigen) pflegerischen Versorgung vorbereitet, und eine Stärkung ihrer (zukünftigen) beruflichen Position. Sie wollen eine Akademisierung und Förderung der Berufsentwicklung. Letzteres z. B. wird durch eine Fort- und Weiterbildungsordnung, durch berufliche Selbstverwaltung sowie durch die Etablierung von berufspolitischer Mitsprache eingefordert. Sie erheben Anspruch auf eine gerechte Entlohnung und verlangen, dass Wertschätzung monetär sichtbar gemacht wird. Durch konkrete Forderungs- oder Positionspapiere soll politisch und gesellschaftlich darauf aufmerksam gemacht werden. Influencer/-innen wie Franziska Böhler haben eine sehr hohe Reichweite und



stellen das gesellschaftlich negativ behaftete Berufsbild der Pflegefachpersonen professionell dar. Die jungen Pflegenden arbeiten in einem systemrelevanten und hochqualifizierten Beruf, den sie dementsprechend adäquat charakterisiert und akzeptiert haben wollen. Die globalisierte und digitalisierte Welt schafft eine schnellere und bessere Vergleichbarkeit zu anderen Gesundheitsberufen und Ländern. Die pflegerische Identität in Deutschland befindet sich im Wandel. Das zeigen nicht zuletzt auch die Etablierung der Pflegeberufekammern und die anhaltende Diskussion darum in Deutschland. Doch was bieten uns diese Chancen zukünftig? Reicht die Aufbruchstimmung der (jungen) Pflegenden in Deutschland für einen Identitätswandel des Berufsstands aus? Diese Fragen werden im Fazit aus persönlicher Sicht der Autorin beantwortet und zudem wird der eingangs postulierte Fokus auf die Rolle der jungen Pflegenden im Identitätswandel beschrieben.

## 15.4 Fazit und Ausblick

Die zahlreichen Aktivitäten junger Pflegenden zeigen, dass sie mitbestimmen sowie selbstständig und eigenverantwortlich ihren Beruf gestalten möchten, wollen und können. Die vorherigen Kapitel wurden weitgehend unpersönlich beschrieben, in diesem Kapitel möchte ich Stellung beziehen. Seit 2015 bin ich stark berufspolitisch engagiert (von 2016–2018 habe ich die AG „Junge Pflege“ im DBfK Nordwest ehrenamtlich koordiniert und als Sprecherin fungiert, maßgeblich die „Junge Pflege“-Kongresse organisiert, Positionspapiere verfasst und vieles mehr) und seit 2018 arbeite ich in einer Teilzeitstelle beim DBfK Nordwest als Referentin. Darüber hinaus engagiere ich mich weiterhin freiwillig in der AG „Junge Pflege“ Nordwest und für den Walk of Care (Bremen). Deswegen möchte ich an dieser Stelle persönlich werden. Wir jungen Pflegenden motivieren einander und stellen (größtenteils) die gleichen Forderungen. Viele von uns sind in den AGs „Junge Pflege“ im DBfK engagiert und investieren auch durch die Mitwirkung am Walk of Care oder via Social-Media-Auftritten Zeit für unseren Beruf – und für den Wandel unseres Berufsbilds. Die Rolle der jungen Pflegenden und die Bewegungen des Identitätswandels in der Pflege müssen implizit gesehen werden. Wir sind die Zukunft! Der Paradigmenwechsel aus Sicht junger Pflegenden liegt auf der Hand. Wir bilden uns akademisch weiter, lernen in der Ausbildung ein neues Pflegeverständnis, möchten Autonomie sowie faire Arbeitsbedingungen in unserem Beruf.

Die Demografie zeigt eine deutliche Alterung des Pflegepersonals (vgl. StBA, 2021; Blum et al., 2018, S. 54). Nur als Einheit können wir die momentane Umbruchstimmung in eine neue pflegerische Identität umwandeln. Kein berufsfremder Mensch kann über unsere berufliche Entwicklung professionell entscheiden – das hat die Vergangenheit zu Genüge gezeigt. Woher sollten sie das auch können? Wir jungen Pflegenden sind bereit, wir sind voller Motivation, Elan und Wissen. Wir müssen uns organisieren. Das können wir nicht ohne alle anderen examinierten Kolleginnen und Kollegen. Die Aufbruchsstimmung der (jungen) Pflegenden in Deutschland für einen Identitätswandel des Berufsstands reicht nicht aus. Unsere Motivation ermöglicht Chancen, die wir zusammen nutzen müssen!

Ich wünsche mir für die Zukunft, gemeinsam noch stärker zu werden und dass meine Berufsgruppe den Spirit der jungen Kolleginnen und Kollegen wahrnimmt und für sich aufgreift. Dann können wir die Arbeitsbedingungen verändern und die Qualität in der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen verbessern. Wir wollen unseren schönen, vielseitigen Beruf dynamisch vorwärts denken und ihn genauso gut „pflegen“ wie unsere Mitmenschen – mit Engagement und Verstand.

## Literatur

- Berliner Zeitung (2018). „Walk of Care“: Hunderte Menschen demonstrieren für bessere Pflege. Artikel vom 12.05.2018. <https://www.berliner-zeitung.de/mensch-metropole/walk-of-care-hunderte-menschen-demonstrieren-fuer-bessere-pflege-li.57162> (10.08.2020).
- Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P. (2018). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018*. [https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/2018\\_11\\_kh\\_barometer\\_final.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/2018_11_kh_barometer_final.pdf) (03.03.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021). *Coronavirus SARS-CoV-2: Chronik der bisherigen Maßnahmen*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus> (20.01.2021).
- Böhler, F./Kubsova, J. (2020). *I'm a Nurse: Warum ich meinen Beruf als Krankenschwester liebe – trotz allem*. München: Heyne.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020a). *Ausbildungsqualität auch in der Pandemie gewährleisten – Lernende schützen*. [https://www.junge-pflege.de/media-jp/docs/bundesverband/unsere-projekte/Positionspapier-DBfK\\_Ausbildungsqualitaet-sicherstellen-Lernende-schuetzen\\_2020-04-02.pdf](https://www.junge-pflege.de/media-jp/docs/bundesverband/unsere-projekte/Positionspapier-DBfK_Ausbildungsqualitaet-sicherstellen-Lernende-schuetzen_2020-04-02.pdf) (03.03.2021).
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020b). *Stellungnahme gegen die politische Instrumentalisierung von Pflegeberufekammern*. <https://www.junge-pflege.de/media-jp/docs/bundesverband/unsere-projekte/LG-JP-Position-Pflegekammer-Niedersachsen-2020-02-03.pdf> (04.03.2021).

- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020c). *DBfK distanziert sich von Miniserie „Ehrenpfleras“ des BMFSFJ*. <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2020/DBfK-distanziert-sich-von-Miniserie-Ehrenpflera-des-BMFSFJ.php> (18.10.2020).
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019a). *Hochschulische Primärqualifizierung in der Pflege fördern*. [https://www.junge-pflege.de/bundesverband/unsere-projekte/2019/LG-JP-Pospap\\_Attraktivitaet-hochschul-Ausb-2019.pdf](https://www.junge-pflege.de/bundesverband/unsere-projekte/2019/LG-JP-Pospap_Attraktivitaet-hochschul-Ausb-2019.pdf) (04.03.2021).
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019b). *Eine Gesundheitspolitik: ganzheitlich – generationengerecht – zukunftsfähig*. [https://www.junge-pflege.de/bundesverband/unsere-projekte/2019/Positionspapier\\_Gesundheit\\_DeGe.pdf](https://www.junge-pflege.de/bundesverband/unsere-projekte/2019/Positionspapier_Gesundheit_DeGe.pdf) (04.03.2021).
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2018). *Gemeinsame Stellungnahme zum interprofessionellen Arbeiten im Gesundheitswesen der Zukunft*. [https://www.junge-pflege.de/media-jp/docs/bundesverband/unsere-projekte/2018-09\\_Gemeinsame-Stellungnahme\\_Interprofessionellen-Arbeiten-im-Gesundheitswesen-der-Zukunft.pdf](https://www.junge-pflege.de/media-jp/docs/bundesverband/unsere-projekte/2018-09_Gemeinsame-Stellungnahme_Interprofessionellen-Arbeiten-im-Gesundheitswesen-der-Zukunft.pdf) (04.03.2021).
- Das Erste (2017). *Wahlarena – mit Angela Merkel*. <https://www.daserste.de/information/politik-weltgeschehen/bundestagswahl-2017/videos/wahlarena-mit-angela-merkel-folge-1-video-104.html> (01.03.2021).
- ENSA – European Federation of Nurses Associations (2013). *ENSA goes for a new governance structure to actively lead the nursing students' movement*. <http://www.efnweb.be/?p=4690> (05.08.2020).
- Jorde, A. (2019). *Kranke Pflege: Gemeinsam aus dem Notstand*. Stuttgart: Tropen.
- Junge Pflege/DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (o. J.a). *Wer wir sind und was wir machen*. <https://www.junge-pflege.de/> (05.08.2020).
- Junge Pflege/DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (o. J.b). *Junge Pflege Kongress Nordwest*. <https://www.junge-pflege.de/nordwest/junge-pflege-kongress/> (10.08.2020).
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen (2019). *„Junge Pflege Preis 2019“: Minister Laumann gratuliert Preisträgerinnen aus Nordrhein-Westfalen*. <https://www.land.nrw/de/pressemitteilung/junge-pflege-preis-2019-minister-laumann-gratuliert-preistraegerinnen-aus-nordrhein> (10.08.2020).
- Lübke, F. (2017). *Die Akademisierung der Pflege ist unabdingbar*. WELT, 02.12.2017. <https://www.welt.de/wirtschaft/karriere/bildung/article171179065/Die-Akademisierung-der-Pflege-ist-unabdingbar.html> (03.08.2020).
- Rosenfeld, N./Schwark, S./Roeder, J. D./Kutzky, B. et al. (2015). *Junge Pflege im DBfK: Hier beginnt Berufspolitik*. Die Schwester Der Pfleger, 54, S. 60–63.
- Schwank, S. (2017). *Interview: „Junge Pflege Preis setzte Impuls für Folgebefragung“*. <https://www.junge-pflege.de/nordwest/aktuelles/2017/20170703.php> (10.08.2020).
- StBA – Statistisches Bundesamt (2021). *Gesundheitspersonal nach Altersgruppen 2018*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/\\_Grafik/\\_Interaktiv/gesundheitspersonal-altersgruppen.html;jsessionid=295649B3B72A67BCAFFDE5A4A3BEA7BB.internet712](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/_Grafik/_Interaktiv/gesundheitspersonal-altersgruppen.html;jsessionid=295649B3B72A67BCAFFDE5A4A3BEA7BB.internet712) (03.03.2021).
- Süddeutsche Zeitung (2020). *Studie: Pflegekräfte wünschen bessere Arbeitsbedingungen*. Artikel vom 03.06.2020. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/pflegeberufe-muenchen-studie-pflegekraefte-wuenschen-bessere-arbeitsbedingungen-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-200603-99-283863> (03.08.2020).

- Theobald, H./Leidig, H. A. (2018). *Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?*  
[https://www.boeckler.de/pdf/p\\_study\\_hbs\\_383.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_383.pdf) (07.08.2020).
- WELT (2020). *Pfleger Jorde fordert „Gefahrenzulage“ in Coronakrise.* Artikel vom 19.03.2020.  
<https://www.welt.de/regionales/niedersachsen/article206646907/Pfleger-Jorde-fordert-Gefahrenzulage-in-Coronakrise.html> (20.01.2021).
- WELT (2018). *Walk of Care: Demonstration für bessere Pflege.* Artikel vom 11.05.2018.  
<https://www.welt.de/regionales/berlin/article176259298/Walk-of-Care-Demonstration-fuer-bessere-Pflege.html> (10.08.2020).
- WHO – World Health Organization (o. J.). *Year of the Nurse and the Midwife 2020.*  
<https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020> (14.08.2020).
- YouTube-Channel „Pflegestudierende“ (2020). *Ehrenminista (EHRENPFLEGAS PARODIE).*  
[https://www.youtube.com/watch?v=S6j7dd\\_ApGA](https://www.youtube.com/watch?v=S6j7dd_ApGA) (18.10.2020).
- YouTube-Channel „Walk of Care“ (2018). *Kurzfilm: Fiktion oder Realität? Pflege 2030.*  
<https://www.youtube.com/watch?v=94C-6FsFcfc> (10.08.2020).



# 16 Systemrelevant: der Beruf Servicehelfer – ein Modell für Deutschland

STEPHANIE RIEDER-HINTZE; ALMUT SATRAPA-SCHILL

Service- und Assistenzkräfte im Gesundheitswesen gelten inzwischen als notwendiger Bestandteil eines gelingenden Qualifikationsmix, der den zu versorgenden Personen und dem kompletten Personal gleichermaßen zugutekommt. Etliche Bundesländer haben sogenannte Alltagsbegleiter/-innen oder Betreuungskräfte etabliert. Zumeist dienen Kurse und Praktika als Qualifizierung für diese Tätigkeit; es wurden aber kaum „echte“ Ausbildungsberufe geschaffen. Dass dies auch anders geht, zeigt die zweijährige Berufsausbildung „Servicehelfer/-in im Sozial- und Gesundheitswesen“ aus Baden-Württemberg, die rund 200 junge Menschen erfolgreich abgeschlossen haben. Der Ausbildungsberuf startete 2007 als Modellprojekt der Robert Bosch Stiftung, erhielt 2010 die staatliche Anerkennung und wird seit 2013 vom Verein Caro Ass vorangetrieben. Für den neuen Beruf wurde ein eigenes Curriculum erarbeitet. Die Auszubildenden, von denen sich nicht wenige später in Pflegefachberufen weiterqualifizieren, überzeugen durch hohe Lernbereitschaft und personenbezogene Kompetenzen. Sie absolvieren 40 % der Zeit in schulischen Blöcken und 60 % in ihrer Praxisstelle. 30 Einrichtungsträger mit über 50 Einsatzstellen gehören zu diesem Verbund aus Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten. Menschen mit Unterstützungs- und Servicebedarf gibt es weit darüber hinaus – eine Aufgabe, die in Corona-Zeiten zusätzlich an Dringlichkeit gewinnt und für die der Servicehelferberuf Modell sein kann. Dieser Projektbericht gibt vertiefte Einblicke in das Konzept und die erfolgreiche Praxis.

## 16.1 Einleitung

Die zweijährige Ausbildung zum „Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen“ ist ein im doppelten Sinne junger Beruf: Seit dem Jahr 2007 werden junge Menschen darin ausgebildet. Sie sind zuständig für Dienstleistung, Service und Assistenz, also für Tätigkeiten, die von immer mehr Menschen aufgrund ihrer Lebenssituation und in unterschiedlichen Bereichen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung

nachgefragt und benötigt werden. Als Servicehelfer<sup>1</sup> tragen sie zum gelingenden Versorgungs- und Personalmix in der Gesundheitsversorgung bei. Angeleitet von Fachkräften übernehmen Servicehelfer personen- und einrichtungsgebundene Service- und Assistenzaufgaben, auf die sie in einer zweijährigen Ausbildung vorbereitet und für die sie nach ihrer Ausbildung im Berufsalltag zuständig sein werden. Mit ihrem Einsatz sorgen sie für mehr Lebens- und Versorgungsqualität und übernehmen qualifiziert Service- und Assistenzaufgaben, die für Menschen wichtig und notwendig sind. Diese fallen in der Regel eng getakteten Zeitplänen des bisher agierenden Fachpersonals, insbesondere auch des pflegerischen, zum Opfer oder zählen nicht zu deren Aufgabengebiet. Oder weil das Verständnis für service- und assistenzorientiertes Handeln nicht vorhanden ist und sich niemand dafür zuständig fühlt. Servicehelfer entlasten Fachkräfte von Tätigkeiten, die nicht zu deren zentralen Aufgaben und deren eigentlichem Betätigungsfeld gehören. Sie ermöglichen durch ihr Wirken, dass sich Fachkräfte auf ihre speziellen Aufgaben konzentrieren können. Somit leisten Servicehelfer auch einen Beitrag zur Linderung des Fachkräftemangels. Insbesondere Pflegefachkräfte profitieren von diesem zusätzlichen Angebot im Arbeitsalltag. Der erfolgreiche Einsatz von Servicehelfern ist in jedem Setting möglich und hat nach den bisherigen Erfahrungen das Potenzial, künftig auf weitere innovative Einsatzfelder ausgedehnt zu werden.

Die Ausbildung startete 2007 als Modellprojekt der Robert Bosch Stiftung in Baden-Württemberg, erhielt dort 2010 die staatliche Anerkennung und wird seit 2013 vom Verein Caro Ass vorangetrieben. Es handelt sich um eine – zumeist von Pflegefachpersonen, aber auch von Haustechnikern und hauswirtschaftlichen Betriebsleitungen – angeleitete Tätigkeit, die als Angebot insbesondere für Jugendliche mit einem schwachen Hauptschulabschluss konzipiert wurde. Die Ausbildung vermittelt ihnen berufliche, soziale und persönliche Handlungskompetenzen (vgl. Caro Ass, 2021a).

Der steigende Bedarf an Unterstützung und Betreuung im Alter sowie für vulnerable Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen mit Behinderung oder schweren Erkrankungen) wird von niemandem mehr ernsthaft in Zweifel gezogen; die demografischen Veränderungen und ihre Konsequenzen sind allzu offensichtlich.

---

1 Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verwenden wir im Text das generische Maskulinum. Wir schließen damit ausdrücklich alle Personen (m, w, d) ein. Außerdem wird nur noch von Servicehelfern ohne den Zusatz „im Sozial- und Gesundheitswesen“ zu lesen sein.

„Aufgrund dieser Entwicklung werden in der Gesellschaft zunehmend Service-, Assistenz-, Hilfe- und Unterstützungsbedarfe sichtbar, die in der Vergangenheit zum großen Teil durch familiäre und andere informelle Systeme bedient wurden. Dabei wird sich das Dienstleistungsangebot der Servicehelfer künftig nicht nur auf die Bedarfe älterer Menschen ausrichten, sondern generationsübergreifend für alle gesellschaftlichen Gruppen erforderlich sein.“ (Robert Bosch Stiftung, 2013a, S. 20)

In nahezu allen Bundesländern wurden in den vergangenen Jahren unterschiedlichste Assistenz- und Serviceberufe im Sozial- und Gesundheitswesen etabliert (vgl. Klie/Guerra, 2006). Mit Blick auf diesen „Wildwuchs“ liefern die Servicehelfer ein überzeugendes und evaluiertes Modell für ein einheitliches und fachlich fundiertes Angebot in diesem Berufsfeld. Die Servicehelfer leisten einen essenziellen Beitrag, um Lebensqualität, soziale Teilhabe und Mobilität unterstützungsbedürftiger Menschen zu verbessern. Nicht zuletzt die Corona-Pandemie führt derzeit klar vor Augen, welche Defizite es hier zu beseitigen gilt. Vom Einsatz der Servicehelfer profitieren aber nicht nur die unterstützungsbedürftigen Personen. Es handelt sich vielmehr um eine mehrfache Win-win-Situation für

- Absolventen, die trotz schwieriger Ausgangslage den Einstieg ins Arbeitsleben schaffen,
- Arbeitgeber, die intensiv nachgefragte Leistungen neu bzw. zusätzlich anbieten können,
- Pflegefachkräfte und andere Gesundheitsfachberufe, die sich wieder auf ihre eigene Fachlichkeit konzentrieren können,
- die Gesundheitsversorgung und
- für uns als Gesellschaft insgesamt.

Die bisher in Baden-Württemberg ausgebildeten Servicehelfer zeigen eindrucksvoll, wie man neue Zielgruppen für die Gesundheits- und Sozialversorgung gewinnen und Menschen unterschiedlichster Herkunft integrieren kann (vgl. BASS Univation, 2011). Jugendliche mit ungünstigen Startchancen und bisher unbeachteten Potenzialen erhalten eine berufliche Perspektive mit eigenem Verdienst und eine Ausbildung, bei der Sozialkompetenz und Persönlichkeit entscheidend sind. Die Ausbildung weist nach, dass sich der angesprochene Personenkreis (derzeit Hauptschüler mit einem schwachen Schulabschluss) für das vorgesehene Betätigungsfeld und für Menschen mit Betreuungsbedarf sehr gut eignet. Wenn entsprechende Fördermaßnahmen, die



sie während der Schulzeit eher nicht erfahren konnten, vorgehalten werden, ist die Zielgruppe ausbildungsfähig und kann nach der Ausbildung gut in ein zukunftssicheres Berufsleben integriert werden. Wenn das eigens für die Servicehelfer-Ausbildung entwickelte Curriculum umgesetzt wird, das eine enge Verzahnung mit der praktischen Arbeit, eine sozialpädagogische Begleitung und eine zugewandte Betreuung am jeweiligen Einsatzort der Auszubildenden vorsieht (assistierte Ausbildung), verläuft die Ausbildung erfolgreich; die Abbrecherquote ist, wie die Auswertung der bisherigen Ausbildungsjahrgänge durch das Bildungszentrum des Wohlfahrtswerkes Baden-Württemberg zeigt, erfreulich gering (vgl. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, o. J.).

Die Arbeitgeber im Sozial- und Gesundheitswesen, z. B. Krankenhäuser, Pflegeheime, Einrichtungen der Behindertenhilfe und ambulante Anbieter, nehmen die Wünsche und Bedarfe ihrer Patienten, Bewohner und Kunden auf und antworten dank der Servicehelfer auf den nachgefragten Bedarf an Dienstleistung, Service und Assistenz. Zudem gelingt ihnen auf diese Weise die dringend notwendige Nachwuchsrekrutierung im eigenen Haus – vor allem für weiterführende Pflegefachberufe. Denn rund die Hälfte der bisher ausgebildeten Servicehelfer – das zeigen die bisherigen Verläufe – entscheidet sich nach erfolgreichem Abschluss für zusätzliche Qualifikationen und Ausbildungen, und dies insbesondere in der Pflege (vgl. BASS Univation, 2011). Somit erschließt die Ausbildung zusätzlich dringend benötigte Personalressourcen für die Gesundheitsversorgung.

## 16.2 Grundlagen

Die Idee, Servicehelfer für das Sozial- und das Gesundheitswesen auszubilden und sie in Einrichtungen des Gesundheitswesens einzusetzen, entstand 2005 in der Robert Bosch Stiftung. Sie basiert auf Erkenntnissen, die die Stiftung aus ihrer langjährigen Förderung in den Bereichen „Offene Jugendarbeit“ und „Gesundheitspflege“ gewonnen hatte. Eine zentrale Begründung für das Förderengagement lautete, jungen Menschen, die aufgrund schwieriger familiärer, wirtschaftlicher und sozialer Verhältnisse oder aufgrund ihrer nicht deutschen Herkunft nur einen mäßigen Hauptschulabschluss geschafft haben, eine Berufsausbildung und damit den Zugang zu einem zukunftssicheren Arbeitsplatz zu ermöglichen. Der zweite wichtige Grund lag in der Absicht, durch mehr Service und Assistenz, also durch den zusätzlichen Einsatz von

Servicehelfern, die Lebens- und Versorgungsqualität von Menschen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, insbesondere in Krankenhäusern, unterschiedlichen Wohn- und Betreuungsformen der Altenpflege sowie in der Behindertenhilfe zu verbessern.

Für die Initiatoren waren folgende Aspekte leitend:

„einerseits der Ansatz der Chancengerechtigkeit im Bildungs- und Beschäftigungssystem und andererseits die Bedeutung von niedrighschwelligen Unterstützungsangeboten im Gesundheits- und Sozialsystem“ (Robert Bosch Stiftung, 2013a, S. 21).

Die Aktivitäten der Stiftung waren mit der Erwartung verbunden, dass alle am Modell Beteiligten – Auszubildende, Patienten und Bewohner, Einrichtungen sowie ganz allgemein die Gesellschaft – davon profitieren und sich der Einsatz zudem als kosteneinsparend erweisen würde. Das mit der Prozess- und Ergebnisevaluierung beauftragte Univation-Institut für Evaluation in Köln konnte in seiner abschließenden Bewertung bestätigen, dass die zu Beginn des Modells geäußerten Erwartungen erfüllt werden konnten (vgl. BASS Univation, 2011).

### 16.2.1 Modell

Die Erwartungen an das Stuttgarter Modell des Berufs Servicehelfer und seine positiven Wirkungen waren groß. Sie bezogen sich auf

- die integrative Wirkung des Ausbildungs- und Arbeitsplatzangebotes auf die Jugendlichen, die bisher eher darunter litten, nicht „gebraucht“ zu werden,
- die Annahme, dass zwei Drittel der Jugendlichen die Ausbildung mit Erfolg beenden, auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß fassen und damit eine beruflich abgesicherte Zukunft erreichen würden,
- das Miteinander- und Voneinander-Lernen junger Menschen unterschiedlicher kultureller, religiöser und nationaler Herkunft,
- die Begegnungen zwischen den Generationen im Berufsalltag,
- eine höhere Versorgungs- und Lebensqualität durch den Einsatz der für Service und Assistenz ausgebildeten Kräfte,
- den zu erwartenden Imagegewinn für die beteiligten Einrichtungen, weil diese durch zusätzlich eingesetzte Servicehelfer eine bessere Versorgungsqualität

anbieten und sie sich zudem als sozial verantwortliche und solidarisch handelnde Arbeitgeber erweisen können,

- die Gewinnung von bisher nicht für das Gesundheits- und Sozialwesen tätigen Zielgruppen, die nun dazu beitragen, den immer größer werdenden Versorgungsbedarf hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu bewältigen,
- den Beitrag der Servicehelfer für die Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe, insbesondere der Pflege, indem sie diese von ausbildungs- und berufsfremden Tätigkeiten entlasten,
- die Bereicherung für den Versorgungs- und Personalmix in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen,
- das Potenzial, dass Servicehelfer bei entsprechender Weiterbildung auch im ambulanten, häuslichen und für Aufgaben aus dem Care-Bereich eingesetzt werden können,
- die Entlastung staatlicher Unterstützungssysteme und die Vermeidung von Hartz IV und Sozialhilfe durch die sofort nach dem Schulabschluss aufgenommene reguläre Berufsausbildung mit anschließender Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Alle diese Annahmen und Erwartungen wurden im Rahmen des Modells eingelöst und im Rahmen der Evaluierung bestätigt (vgl. BASS Univation, 2011). Die „schulmüden“ Jugendlichen erwiesen sich als ausbildungs- und berufsfähig. Mit ihrer natürlichen Art sind sie zu einer gern gesehenen neuen Berufsgruppe in den Einrichtungen geworden. Ganz besondere Stärken zeigen sie in der Betreuung und Versorgung dementiell erkrankter Menschen. Zudem zeigt sich in den Bewerbungsrunden der letzten Jahre die erfreuliche Tendenz, dass auch junge Erwachsene sowie Menschen über 40 Jahre die Ausbildung zum Servicehelfer aufnehmen wollen.

Damit das von der Stiftung initiierte und konzipierte Vorhaben umgesetzt und zu einem geförderten Modell werden konnte, mussten Partner gefunden werden, die sich auf das Vorhaben einließen und bereit waren, sich an seiner Erprobung, Bewertung, Weiterentwicklung und Verstetigung zu beteiligen. Es mussten ein Ausbildungszentrum mit geeigneten Dozenten geplant sowie Träger und Einrichtungen gewonnen werden, die bereit waren, die Ausbildung in Theorie und Praxis anzubieten. Dies hieß u. a., Praxisanleiter freizustellen, die geeignet und willens waren,

die Auszubildenden an die Hand zu nehmen und ihnen während der praktischen Ausbildung in den Einrichtungen zur Seite zu stehen. Es bedeutete aber auch die Bereitschaft, ihnen nach erfolgreichem Ausbildungsabschluss einen Arbeitsvertrag zu geben. Seit 2007 wird der zweijährige Ausbildungskurs angeboten. Einschließlich des aktuellen Jahrgangs haben bisher 205 Servicehelfer die Ausbildung mit Erfolg abgeschlossen. Interne Auswertungen des Bildungszentrums im Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, die den weiteren Berufsweg unmittelbar nach Abschluss der Ausbildung erfassen, zeigen, dass etwa die Hälfte von ihnen im nächsten Schritt eine Alten- oder Krankenpflege(helfer)ausbildung anschließt (vgl. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, o. J.). Die Ausbildung leistet somit auch einen Beitrag, den Fachkräftemangel zu lindern – ein erfreulicher Nebeneffekt des Vorhabens, der zu Beginn nicht erwartet werden konnte.

Um das Modell zu realisieren und zu einem Erfolg zu machen, haben sich zwei Maßnahmen der Stiftung als essenziell erwiesen: die Einberufung einer Curriculumsguppe und die Etablierung einer Steuerungsgruppe. Die Curriculumsguppe hatte die Aufgabe, ein eigens auf die Zielgruppe ausgerichtetes Curriculum neu zu entwickeln, das ein geeignetes Verhältnis von Theorie- und Praxisvermittlung, assistiertem Lernen und eine sozialpädagogische Begleitung vorsieht, sowie geeignetes Lehr- und Lernmaterial zu erarbeiten. Das Curriculum hatte den Anspruch zu erfüllen, die jungen Menschen breit auszubilden, sodass sie nach ihrer Ausbildung je nach Bedarf der Praxisstelle und entsprechend ihrer individuellen Neigungen sowohl für personen-nahe Assistenz- und Dienstleistungsaufgaben als auch in hauswirtschaftlichen, haustechnischen und administrativen Einsatzfeldern als Servicekräfte eingesetzt werden können.

### 16.2.2 Regelangebot

Als besonders wichtig und zielführend für den Erfolg hat sich die sog. Steuerungsgruppe erwiesen, die das Vorhaben während der mehrjährigen Modellphase eng begleitete, bewertete und aufkommende Fragen und Probleme fortlaufend klärte. Die Steuerungsgruppe trug in erheblichem Maße dazu bei, dass das Modell nach Auslaufen der Stiftungsförderung 2013 als Regelangebot fortgeführt werden konnte, finanziert von den Ausbildungsbetrieben und aus Mitteln der öffentlichen Hand, versehen mit der staatlichen Anerkennung des Berufsabschlusses „Servicehelfer“ in

Baden-Württemberg unter dem Dach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Alltagsbetreuer des Landes Baden-Württemberg. Die Zusammensetzung der Steuerungsgruppe war so gewählt, dass Träger und Einrichtungen, das mit der schulischen Ausbildung betraute Bildungszentrum des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg, Vertreter der Curriculumsguppe und der Hochschulen, Lehrkräfte aus Hauptschulen sowie die beiden zuständigen Landesministerien Baden-Württemberg (Sozial- und Kultusressort) vertreten waren. Die Aufgaben der regelmäßig tagenden Steuerungsgruppe waren vielfältig. Neben der fortlaufenden und engen Begleitung des Modells klärte und regelte sie u. a. folgende Aspekte:

- das zielgruppengerechte Anwerbe- und Auswahlverfahren in enger Kooperation mit den örtlichen Hauptschulen, das Assessmentverfahren sowie Schnupperhospitationen in den jeweils gewünschten Praxiseinrichtungen
- Maßnahmen, die zur Wertschätzung der Zielgruppe beitrugen und eine zum Teil enge Begleitung einzelner Auszubildender
- die Zusammenarbeit mit Hauptschulen
- die Anwerbung von Ausbildungsträgern
- die Schärfung und Beschreibung des neuen Berufsbildes (Definition von Service, Assistenz, Dienstleistung, Festlegung der Qualitätskriterien, Begründung, dass es nicht um „Billigpflege“ geht)
- die Beschreibung unterschiedlicher Einsatzfelder für Servicehelfer
- die Anforderungen an das Curriculum, Festlegung einer adäquaten Kursgröße, den Unterrichtsaufbau und das Prüfungsverfahren in Abstimmung mit den einschlägigen Landesministerien und Regierungspräsidien
- die Regulierung der Zusammenarbeit zwischen Bildungszentrum und den Praxis-Ausbildungsstätten
- Fragen der Anerkennung des Ausbildungsabschlusses beim Übergang z. B. in eine Pflegeausbildung
- Gewinnung von qualifiziertem Lehrpersonal und einer geeigneten Kursleitung, Qualifizierung von Dozenten und Praxisanleitern
- Klärung der Anforderungen an die praktischen Ausbildungs- und Arbeitsstätten und deren Personalmanagement

- Kalkulation der Ausbildungskosten und deren Finanzierung
- sukzessive Überleitung des geförderten Projekts in die Regelfinanzierung
- Festlegung der Höhe der Ausbildungsvergütung und des Gehaltsniveaus für Servicehelfer unter Berücksichtigung des jeweiligen Tarifgefüges, der Vermeidung prekärer Arbeitsverhältnisse, der Wertschätzung ihres Tuns und der Klärung, was die Versorgung hilfsbedürftiger Menschen der Gesellschaft wert sein sollte
- Vertragsgestaltungen
- Auswahl und Beauftragung des Evaluators und Festlegung der Evaluierungsfragen
- Transfer bzw. Implementierung des Vorhabens in andere Raumschaften Baden-Württembergs und über die Landesgrenzen hinaus
- Marketingmaßnahmen und begleitende Öffentlichkeitsarbeit

Inzwischen ist die Ausbildung im Großraum Stuttgart gut etabliert. Die Modellphase und damit die Förderung durch die Robert Bosch Stiftung wurde 2013 beendet mit der Abschlussevaluation, der Veröffentlichung von Projektpublikationen sowie mit der Vorlage des in der Praxis mehrfach erprobten Curriculums, von Materialien, Erfahrungsberichten und Anleitungen zur Übertragung des Vorhabens in andere Regionen. Mit der Gewissheit, dass die Ausbildung verstetigt und finanziell abgesichert ist, konnte sich die Robert Bosch Stiftung aus dem von ihr begonnenen Modell, das nun zur Regel geworden war, vollkommen zurückziehen.

### 16.2.3 Der Verein Caro Ass e. V.

2013 gründeten am Modell beteiligte Personen und Institutionen den Verein Caro Ass e. V. (von cara assistente), der die Servicehelfer-Ausbildung und die intendierten Absichten weiterträgt. Der Verein sorgt für die inhaltliche Weiterentwicklung des Ausbildungsangebotes. Er wirbt für die Ausbildung und den Einsatz von Servicehelfern und bietet Beratung und Partnerschaft für Schulstandorte, Einrichtungsträger und potenzielle Anbieter im ambulanten, kommunalen und häuslichen Bereich.

Caro Ass fördert einzelne Auszubildende durch Sachstipendien und wirbt für die Ausweitung des Ausbildungsangebots auf weitere Ziel- und Altersgruppen. Dies ist bereits in erfreulichem Maße gelungen, denn die Zahl älterer Bewerber steigt. An-

gesichts der künftig weiter sinkenden Zahl junger Menschen ist dies eine wertvolle demografische Komponente. Zudem verfolgt Caro Ass gesellschaftliche und berufspolitische Aktivitäten zur generellen Förderung von Assistenzberufen im Sozial- und Gesundheitswesen. Auf diese Weise setzt der Verein wichtige Impulse für tragfähige Konzepte zur Gestaltung des Gesundheitswesens der Gegenwart und Zukunft.

Die ehrenamtlich getragene Arbeit von Caro Ass konzentriert sich auf zwei Schwerpunkte: die inhaltliche Weiterentwicklung der Ausbildung und die Werbung für eine bundesweite Verbreitung des Servicehelfervorhabens durch Kontaktpflege zu und persönliche Ansprache von Stakeholdern und Entscheidungsträgern sowie potenzieller Träger. Veranstaltungen, Medienaktivitäten im Internet und zahlreiche Artikel in Fachpublikationen informieren über die gelingende Praxis und ihre Protagonisten. Im Sommer 2021 wird eine umfangreiche, von Caro Ass herausgegebene Publikation mit dem Titel „Assistenz in der Gesundheitsversorgung“ erscheinen, die sich maßgeblich auf das in der Praxis bewährte Curriculum der Ausbildung zum Servicehelfer stützt (vgl. Caro Ass, 2021b).

## 16.3 Praxis

Die Implementierung der theoretischen Annahmen und konzeptionellen Überlegungen mussten in die berufliche und schulische Praxis überführt werden und dort erfolgreich bestehen.

### 16.3.1 Zielgruppe und Rekrutierung

Als Zielgruppe wurden Jugendliche bzw. junge Erwachsene definiert, die beim Zugang zum Ausbildungs- und Arbeitsmarkt benachteiligt sind und sich daher schwer tun, den Einstieg in ein geregeltes Arbeitsleben zu finden. Nach einem schwachen Hauptschulabschluss durchlaufen sie üblicherweise diverse Weiterbildungs- und Qualifizierungsangebote. Eine solche Bildungsodyssee verschlechtert allerdings ihre Chance auf einen erfolgreichen Einstieg ins Arbeitsleben meist mehr, als dass sie diesen zeitnah herbeiführt. Zudem bleiben vorhandene Potenziale wie Sozialkompetenz oder Empathie, also die so wichtigen Soft Skills, unbeachtet und liegen brach.

Für die Startschwierigkeiten der Jugendlichen gibt es oft Ursachen in ihrem persönlichen Umfeld, z. B. schwierige Familienverhältnisse, bildungsferne Elternhäuser oder ein Migrationshintergrund, der sprachliche und soziale Einschränkungen mit

sich bringt. Aber auch mangelnde individuelle Förderung während der Schulzeit sowie die fehlende eigene Motivation und Lernbereitschaft spielen durchaus eine Rolle. „Schule fand ich nicht so toll und mein Abschluss war es auch nicht“, beschreibt eine später sehr erfolgreiche Servicehelferin ihre damalige Situation. Ein anderer Absolvent nannte sich in Erinnerung an seine Schulzeit einen „Lernmuffel“.

Für eine positive Bewerberlage mit ausreichenden Auswahlmöglichkeiten ist es notwendig, auf unterschiedlichen Ebenen zu werben, um potenzielle Kandidaten gezielt ausfindig und darauf aufmerksam machen zu können. Schon früh hat der Verein Caro Ass daher entschieden, den Informationsflyer zur Ausbildung in zwei Fassungen aufzulegen. Erstens in einfacher, jugendgemäßer Sprache samt Originalzitat von Absolventen, um ihn so direkt bei der Zielgruppe streuen zu können. Und zweitens ein textlich und inhaltlich deutlich umfangreicheres Dokument als aussagekräftiges Material für die Informations- und Lobbyarbeit.

Eine entscheidende Mittlerrolle für den Rekrutierungsprozess spielen erwachsene Multiplikatoren, die die Ausbildung kennen und von ihr überzeugt sind. Hierbei handelt es sich um Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter, Berufseinstiegsbegleiter der Bundesagentur für Arbeit, Mitarbeiter von Jugendeinrichtungen usw. Sie geben den infrage kommenden Jugendlichen bereits vor dem (Haupt-)Schulabschluss entsprechende Hinweise und motivieren und unterstützen sie, sich zu bewerben. Als erfolgreiches Instrument der Rekrutierung haben sich zudem Auftritte aktiver und ehemaliger Auszubildender erwiesen, etwa in Schulen. Sie sind näher dran an den Jugendlichen, sprechen über persönliche Erfahrungen und können mit ihrer eigenen Geschichte Mut machen. Viele Jugendliche trauen sich anfangs aufgrund fehlender Erfolgserlebnisse in ihrer bisherigen Lern- und Bildungsbiografie wenig zu und fühlen sich mit der aus ihrer Sicht schwierigen Berufsauswahl überfordert. Diese Hürde der hemmenden Selbstwahrnehmung muss überwunden werden und ist in keiner Weise ein Hinderungsgrund für eine erfolgreiche Ausbildung zum Servicehelfer, denn die vermeintlichen Schwächen und die bisherigen Brüche wandeln sich bei nahezu allen Servicehelfern während der Ausbildung in Stärken um.

Authentizität und Kontaktfreude als personenorientierte Fähigkeiten werden in Kombination mit dem erworbenen beruflichen Fachwissen zu wertvollen Kompetenzen in den menschnahen Bereichen Service und Assistenz. Dies beweist sich in allen Settings, in denen Servicehelfer seit 2007 zum Einsatz kommen, so auch im Universitätsklinikum Tübingen, das eine eigene Abteilung für alle Servicemitarbei-



tenden des Hauses führt. Der frühere Leiter hat die Ausbildung von Anfang an unterstützt und engagiert sich bis heute auch als Dozent in der schulischen Ausbildung. Er schätzt die Servicehelfer trotz des manchmal am Anfang teilweise hohen Unterstützungsaufwandes als wertvolle Fachkräfte und begleitete die jungen Leute vom Bewerbungsgespräch bis zum Abschluss: „Es sind tolle Erfolgsgeschichten, die ich in der Entwicklung eines jungen Mannes oder einer jungen Frau erlebe. Am Anfang sehe ich hängende Schultern und kaum Selbstvertrauen; nach zwei Jahren dann stattdessen selbstbewusste Fachkräfte.“ (Egeler, 2018, zit. n. Rieder-Hintze, 2018a, S. 68).

Gleichzeitig wies der frühere Leiter darauf hin, dass klare Kriterien für die Auswahl wichtig sind: „Alle Bewerber kommen zu einer kurzen Hospitanz. Da sehe ich sofort, ob es passt“, erklärte er. Entscheidend sei vor allem die grundsätzliche Einstellung. „Pünktlich, zuverlässig und freundlich zu sein, gehört zu den wichtigsten Eigenschaften, die wir brauchen. Dann Disziplin und Teamfähigkeit.“ (Egeler, 2018, zit. n. Rieder-Hintze, 2018a) Für den Leiter der Caritas-Altenpflegeeinrichtung Haus Adam Müller-Guttenbrunn in Stuttgart, der seit über zehn Jahren Servicehelfer-Ausbildungsplätze anbietet, sind es: „Zuverlässigkeit, Arbeitsfleiß und Freundlichkeit“ (Treiber, 2018, zit. n. Rieder-Hintze, 2018b, S. 25).

### 16.3.2 Einsatzfelder

Die vollständige Berufsbezeichnung „Servicehelfer/-in im Sozial- und Gesundheitswesen“ deutet bereits an, dass die Einsatzfelder flexibel und breit angelegt sind und somit den individuellen Interessen und Talenten des Einzelnen entgegenkommen, aber auch der Vielfalt der Aufgaben im Gesundheits- und Sozialwesen gerecht werden. Gemeinsam ist allen Tätigkeiten immer ein direkter Bezug zum Menschen (mit Unterstützungsbedarf) und dessen Lebenswelt. Der Caritas-Einrichtungsleiter beschreibt es so: „Wir machen gute Erfahrungen mit Servicehelfern in unseren Hausgemeinschaften. Die jungen Leute bringen einen frischen Blick mit. Sie sind nah dran an den Bewohnern und haben Zeit für sie. Sie sind sicht- und ansprechbar, wenn sie ihre Aufgaben erledigen.“ (Treiber, 2018, zit. n. Rieder Hintze, 2018b, S. 25).

Mehrere Bereiche für den Einsatz von Servicehelfern können unterschieden werden. Sie assistieren bei haushaltsnahen Dienstleistungen, in der Betreuung, in der Verwaltung von Einrichtungen sowie bei Hausmeistertätigkeiten. Der Gesetzgeber hat Grundlagen dafür geschaffen, dass sich für Servicehelfer nicht nur vielfältige Ein-

satzfelder in stationären Einrichtungen, sondern auch außerhalb eröffnen, vor allem bei haushaltsnahen Dienstleistungen oder bei der Alltagsbewältigung und -gestaltung. Grundsätzlich bezieht sich das Kompetenzprofil der Servicehelfer auf einen personenbezogenen modernen Dienstleistungsberuf, der Angehörige der Gesundheitsfachberufe – insbesondere Pflegefachkräfte – entlastet und ihnen ermöglicht, sich auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren zu können.

Um einen Eindruck von der Bandbreite der Aufgaben zu vermitteln, sei an dieser Stelle beispielhaft eine kleine Auswahl typischer Dienste genannt, die von Servicehelfern erledigt werden. Dazu gehören (vgl. Caro Ass e. V., 2016):

- Tische eindecken, Essen bestellen und verteilen, einfache Speisen vorbereiten, individuelle Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme geben, Pflegekraft über ungewöhnliche Ess- und Trinkmengen informieren, Getränke verteilen und Leergut abholen, für Ordnung in Zimmern und Aufenthaltsräumen sorgen, Stations- bzw. Wohnbereichsküche sauber halten, Bettenaufbereitung unterstützen
- Wünsche der Patienten/Bewohner aktiv erfragen, „Small Talk“ pflegen, Botengänge für Patienten/Bewohner und Pflegepersonal, Patienten/Bewohner zu Terminen begleiten, mit ihnen Spaziergänge machen, Aktivierungsangebote für Einzelne oder in Kleingruppen, vorlesen, Menschen mit Demenz besonders im Blick haben und ansprechen
- Aktenablage und -archivierung, Eingabe statistischer Daten, Telefondienste, Pflegehilfsmittel, Hygieneprodukte, Putzmittel kontrollieren, bestellen und einräumen, kleine Reparaturen ausführen, Rollstuhl- und Rollator-Check, Wäschetransporte

Viele dieser Tätigkeiten, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen und in Krankenhäusern, tragen maßgeblich dazu bei, die pflegerischen Fachkräfte zu entlasten. Der Pflegedirektor des Uniklinikums Tübingen erklärte: „Wir holen junge Menschen in unsere hochkomplexe Krankenhauswelt, und sie leisten hier wertvolle Unterstützung. Dies steigert die Zufriedenheit der Patienten wie der Angehörigen. Unsere Pflegekräfte hätten die Servicehelfer am liebsten rund um die Uhr auf Station.“ (Tischler, 2018, zit. n. Rieder-Hintze, 2018a, S. 67) Die Steigerung der Arbeitszufriedenheit bei den anderen Berufsgruppen, insbesondere aus der Pflege, durch die Anwesenheit und Zusammenarbeit mit den Servicehelfern lässt sich in nahezu allen

Einsatzfeldern feststellen. Allerdings ist in der Praxis ausdrücklich darauf zu achten, dass die Tätigkeiten der Servicehelfer nicht den pflegerischen Handlungsfeldern zugeordnet werden: „Es gilt also, den Berufskern der Servicehelfer von dem der genuinen und professionellen Pflege zu trennen und diese Bereiche deutlich voneinander zu unterscheiden.“ (Robert Bosch Stiftung, 2013a, S. 40)

Die Konkretisierung und Ausdifferenzierung der Aufgaben hängt vom jeweiligen Einsatzort ab. Eine vor allem auf Mahlzeitenservice und Hauswirtschaft konzentrierte Arbeit wie am Universitätsklinikum in Tübingen ist anders gestaltet als etwa das Einsatzspektrum der Servicehelfer in der Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart. Die dortige Therapieleiterin setzt ihre „Serviceassistenten“ für die Aufgabe ein, „rund 100 Reha-Patienten jeden Tag sprichwörtlich zu bewegen und sie pünktlich, zuverlässig und sicher zu ihren jeweils 30-minütigen Therapieterminen zu bringen“ (Koczy, 2020, zit. n. Rieder-Hintze, 2020). Dies sei „eine komplexe und anspruchsvolle Tätigkeit“, erklärt sie. Denn neben dem reinen „Transport“ gehe es auch darum, den Patienten Hilfestellung zu leisten, Sicherheit zu vermitteln, ggf. auftretende Probleme zu erkennen und die Therapeuten zu entlasten. So bereiten die Serviceassistenten beispielsweise Geräte entsprechend dem Therapieplan bereits passend vor und die therapeutische Fachkraft kann direkt mit der Behandlung starten. Die Therapieleiterin betont jedoch ausdrücklich: „Wir ersetzen keinen einzigen Therapeuten durch einen Servicehelfer, sondern wir schaffen durch sie einen erheblichen Mehrwert, der den Patienten unmittelbar zugutekommt und der das Fachpersonal entlastet.“ (Koczy, 2020, zit. n. Rieder-Hintze, 2020, S. 8)

Auch in der ambulanten Quartiersarbeit können Servicehelfer einen wichtigen Beitrag zu einem erfolgreichen Personalmix leisten. Damit entlasten bzw. ergänzen sie die Pflegefachkräfte in ihrer Arbeit, wie ein Beispiel aus Stuttgart-Giebel zeigt. Eine Servicehelferin unterstützt dort als hauswirtschaftliche Fachkraft zahlreiche Senioren regelmäßig in ihren Wohnungen. Es ginge dabei aber nicht nur ums Putzen oder Aufräumen, sondern um weit mehr, macht sie deutlich: „Ich merke in den Stunden meiner Anwesenheit, wenn es einem Kunden nicht gut geht.“ Etwa, weil eine Person länger nicht die Wohnung verlassen hat oder Nahrungsmittel im Kühlschrank verdorben sind. Dann funktioniere direkt der „kurze Draht“ zur Kollegin, die für die ambulante Pflege zuständig ist – eine schnelle und adäquate Reaktion zum Wohle der unterstützungsbedürftigen Person (Pedrone, 2019, zit. n. Rieder-Hintze, 2019a, S. 42).

Welche innovativen und neuen Einsatzfelder darüber hinaus denkbar sind, illustriert der „digitale Servicehelfer“. Ein ehemaliger Abteilungsleiter für Forschung und Entwicklung im Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg erklärt: „Wir erproben ein neues Einsatzfeld, das den Servicehelfern berufliche Perspektiven ermöglicht, und haben eine Stelle für den ersten ‚digitalen Servicehelfer‘ innerhalb eines mehrjährigen Projekts geschaffen.“ (Senne, 2019, zit. n. Rieder-Hintze, 2019b, S. 38) Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Vorhaben setzt auf soziale und digitale Teilhabe durch ein Servicenetz, um auf diese Weise die Medienkompetenzen von Senioren zu entwickeln. Der „digitale Servicehelfer“ war vorher bereits mehrere Jahre als Servicehelfer in einer Klinik tätig und unterstützt in diesem Projekt nun bei der digitalen Grundausbildung, bei der Einrichtung und Wartung von Tablets und bei Informationsveranstaltungen. Er bietet Techniksprechstunden, ein Internet-Café und Hausbesuche für Senioren an. „Vor allem helfe ich ihnen dabei, ihre Unsicherheit und die Angst vor der Technik zu verlieren“, erklärt er (Brahimi, 2019, zit. n. Rieder-Hintze, 2019b, S. 38).

### 16.3.3 Curriculum

Die schulischen Ausbildungsphasen der Servicehelfer zeichnen sich durch eine enge Verzahnung mit der Praxis am Einsatzort sowie durch eine eingebundene berufs- und sozialpädagogische Begleitung aus. Der schulische Anteil macht rund 40 % der zweijährigen Ausbildungszeit aus und beruht auf dem eigens entwickelten Curriculum (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2008). Es geht darum, die Jugendlichen auf die Anforderungen ihrer unterschiedlichen Arbeitsstellen adäquat vorzubereiten und ihnen gleichzeitig ein breites fachliches Fundament in Service und Assistenz zu vermitteln, das die Auszubildenden im Lernprozess jedoch nicht überfordern darf. Seit dem Start des ersten Jahrgangs 2007 werden Servicehelfer nach diesem Curriculum erfolgreich ausgebildet.

Die praktische Arbeit dominiert zwar die zweijährige Ausbildungszeit, doch sie muss durch die schulischen Inhalte fundiert sein. Zudem hat sie das Ziel, den Auszubildenden potenzielle weitere Betätigungsfelder oder bei entsprechendem Interesse auch Anschlussqualifikationen zu ermöglichen. Der Unterricht findet für einen kompletten Jahrgang gemeinsam hauptsächlich im ersten Ausbildungsjahr statt und wird blockweise am Bildungszentrum des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg

in Stuttgart durchgeführt (vgl. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, o. J.). An diesem zentralen Ort kommen die Jugendlichen aus einem Radius von bis zu 50 km Entfernung zusammen.

Die schulische Ausbildung besteht aus zwölf Präsenzblöcken, die in Module untergliedert sind. Diese den Blöcken zugeordneten Module folgen einem fächer-integrativen und kompetenzorientierten Ansatz und münden in entsprechende Prüfungen. Die Blöcke umfassen, je nach Umfang der Inhalte, zwischen 40 und 120 schulische Präsenzstunden. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Themen (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2008):

- Einblicke in das Berufsbild sowie die Berufs- und Handlungsfelder erhalten
- Mahlzeiten service- und bedürfnisorientiert gestalten
- Begegnungen mit der Zielgruppe aktiv gestalten
- Lebensräume erfassen und gestalten
- Lebenswelten wahrnehmen und mitgestalten
- Räumlichkeiten und Umfeld zielgruppen- und serviceorientiert gestalten
- Im Handlungsfeld zielorientiert und sicher agieren
- Soziale Kompetenzen und die eigene Persönlichkeit für das berufliche Handeln stärken
- Abschiedskulturen in den kooperierenden Handlungsfeldern respektvoll begegnen
- Beschäftigung und Bewegung im beruflichen Alltag gestalten und unterstützen
- In einem bislang unbekanntem Handlungsfeld sicher agieren
- In der neuen Rolle als Servicehelfer selbstbewusst auftreten

Das Curriculum wurde so entwickelt, dass eine Einordnung in den europäischen und nationalen Qualifikationsrahmen (EQR und NQR) erfolgen konnte. Diese Einpassung ist nicht zuletzt ein wichtiges Kriterium im Hinblick auf die Anschlussfähigkeit der Servicehelfer-Ausbildung. Mittlerweile wurde das Curriculum um zwei Weiterbildungsmodule ergänzt, um die zweijährig ausgebildeten Servicehelfer anschließend für den ambulanten Einsatz vorzubereiten oder um sie für den Bereich Hygiene noch umfassender zu qualifizieren.

### 16.3.4 Praxisanleiter

Bei der Arbeit der Servicehelfer handelt es sich per Definition um eine angeleitete berufliche Tätigkeit. Konsequenterweise hat jeder Servicehelfer vor Ort in der Arbeitsstelle einen Praxisanleiter als direkten Ansprechpartner. Oft sind dies Pflegefachkräfte, es können aber genauso Therapeuten (Rehaklinik) oder Mitarbeiter aus Hauswirtschaft oder Sozialdienst sein, jeweils abhängig vom Einsatzfeld der Servicehelfer. Diese Personen kennen und schätzen die Ausbildung und spielen aufgrund ihrer Erfahrung eine zentrale Rolle für die erfolgreiche Umsetzung. Sie sind nah dran an den Auszubildenden, wirken als Vertrauensperson, zeigen aber bei Bedarf auch Grenzen auf, sodass möglichen Problemen frühzeitig begegnet werden kann.

In Tübingen z. B. bekommt jeder Auszubildende einen „Buddy“ aus der Reihe der erfahrenen Servicekräfte zur Seite gestellt (Rieder-Hintze, 2018a, S. 68). Auch dies kann nicht immer verhindern, dass einzelne Servicehelfer ihre Ausbildung in Tübingen oder an einer anderen Arbeitsstelle der seit 2007 beteiligten 30 Einrichtungsträger mit insgesamt 54 verschiedenen Ausbildungsstätten abbrechen oder ihnen aufgrund mangelnder Leistung bzw. Disziplin sogar gekündigt werden muss. Familiäre Probleme, Überforderung im Schulbetrieb oder in der Praxis sowie fehlender Einsatzwille sind mögliche Gründe dafür. Um solche für alle Beteiligten unangenehmen Situationen zu verhindern, wurde bereits frühzeitig eine sozialpädagogische Betreuung in die Ausbildung integriert. Sie stärkt die Jugendlichen und hilft dabei, bei einer kritischen Entwicklung frühzeitig gegenzusteuern.

Trotz des für einzelne Servicehelfer aufzubringenden zusätzlichen Aufwandes stehen die Arbeitgeber konsequent hinter der Ausbildung. Dies bestätigt die Leiterin des Sozialdienstes in der Else-Heydlauf-Stiftung in Stuttgart. Sie bietet jährlich fünf bis sechs Ausbildungsplätze an. Gleichwohl betont auch sie die Notwendigkeit, die Jugendlichen sorgfältig auszuwählen, zur Probe arbeiten zu lassen und im Verlauf der Ausbildung engmaschig zu begleiten. Dies „erfordert großen Einsatz unsererseits“, der sich aus ihrer Erfahrung heraus aber lohne (Bilic, 2019, zit. n. Rieder-Hintze, 2019a, S. 42).

### 16.3.5 Anschlussfähigkeit

Ein besonderes Merkmal der Ausbildung ist es, den erfolgreichen Absolventen nach den zwei Jahren eine Festanstellung als ausgebildete Fachkraft zu ermöglichen. Dazu

müssen sich die Arbeitgeber im Verbund bereiterklären. Das durchschnittliche Gehalt nach erfolgreichem Abschluss liegt derzeit bei rund 2.500 Euro brutto, die Ausbildungsvergütung bei 630 Euro im ersten und bei 780 Euro im zweiten Lehrjahr. Allen bisher beteiligten Trägern und Einrichtungen ist es gelungen, die Servicehelfer aus den bestehenden Budgets zu finanzieren.

Die Aussicht auf Übernahme ist ein wichtiger Faktor im Gesamtkonstrukt. Sie sorgt für Sicherheit bei den Jugendlichen und für Nachhaltigkeit der Ausbildung an sich. Viele Absolventen arbeiten mehrere Jahre weiterhin als Servicehelfer und haben ihren festen und wertgeschätzten Platz im Personalmixgefüge ihres jeweiligen Arbeitgebers gefunden. Dies unterstreicht die Bedeutung der Servicehelfer als eigenständigen Gesundheitsberuf mit den Schwerpunkten Dienstleistung, Service und Assistenz.

Gleichzeitig war die Anschlussfähigkeit der Ausbildung von Anfang an ein zentrales Kriterium. So ist es möglich, nach erfolgreichem Servicehelfer-Abschluss eine weitere Ausbildung, z. B. als Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger oder auch in einem therapeutischen Beruf, in Angriff zu nehmen, was den Jugendlichen mit ihrem ursprünglichen Schulabschluss nicht direkt möglich gewesen wäre (vgl. BASS Univation, 2011). Es zeigt sich also, dass die Ausbildung sowohl zu einer längerfristig befriedigenden Tätigkeit als Servicehelfer führen, als auch ebenso zu weiteren beruflichen Entwicklungsschritten motivieren kann. Rund die Hälfte der erfolgreich ausgebildeten Servicehelfer ergreift anschließend einen pflegerischen Beruf.

Wohin ein solcher Weg im Idealfall führen kann, verdeutlicht eindrücklich die Karriere eines ehemaligen Servicehelfers, der 2009 im Haus Adam Müller-Guttenbrunn der Caritas in Stuttgart seine Ausbildung begann und sie dort erfolgreich beendete. 2014 gelang ihm dies dann ebenfalls mit dem Abschluss als Altenpfleger. Seit 2017 ist er Wohnbereichsleiter in seinem früheren Ausbildungsbetrieb (vgl. Rieder-Hintze, 2018b, S. 24 ff.). Oder der Weg einer weiteren Absolventin, die heute ausgebildete Altenpflegerin und Hygienefachkraft bei der Caritas ist. Sie gehörte zum ersten Ausbildungsjahrgang im Jahr 2007 und war damals gerade 16 Jahre alt geworden. „Ich wollte mich weiterbilden und bewusst direkt in der Pflege arbeiten“, auch wenn dies körperlich und psychisch oft anstrengend sei, erläutert sie. „Wir sind für die Bewohner alles und können so viel Positives in diesem Lebensabschnitt für sie bewegen“, ergänzt sie. Ohne den beruflichen Einstieg als Servicehelferin wäre diese höchst

motivierter Fachkraft der Pflege wohl verloren gegangen (Scardamaglia, 2019, zit. n. Rieder-Hintze, 2019c, S. 15).

## 16.4 Ausblick

Wir können es uns als Gesellschaft nicht leisten, junge Menschen, die die geforderte Leistungsfähigkeit (zunächst scheinbar) nicht aufweisen, nicht „mitzunehmen“, sie nicht zu integrieren und sie nicht zügig nach dem Schulabschluss für den Arbeitsmarkt zu qualifizieren und vorhandene Potenziale nicht für den Einsatz in der Gesundheitsversorgung zu gewinnen. Das Stuttgarter Modell Servicehelfer zeigt einen Weg auf, wie dies gelingt. Die mit dem Modell verbundenen Erwartungen haben sich erfüllt. Der Nutzen ist für die ausgebildeten Servicehelfer und für die Empfänger von Service und Assistenz, aber auch für die Einrichtungen des Gesundheitswesens und generell für die Gesellschaft eindeutig positiv.

Der Bedarf an Service und Assistenz wird weiter steigen, individuell, in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und auf kommunaler Ebene. In den Kommunen und Regionen wird es zunehmend ein Teil der Daseinsvorsorge werden, für die Gesundheit der Bewohner und für die soziale Teilhabe älterer Mitbürger zu sorgen. Gesundheitsregionen, Versorgungsansätze im Quartier, Care- und Case-Management sind Bereiche, in denen professionelle Service- und Assistenzkräfte dringend benötigt werden.

Spätestens mit der Corona-Pandemie ist klar geworden, dass viele Hände gebraucht werden, um die Herausforderungen und Folgen der demografischen, gesellschaftlichen und epidemiologischen Veränderungen in unserem Land bewältigen zu können. Neben zahlreichen bürgerschaftlich und ehrenamtlich engagierten Helfern werden qualifizierte Service- und Assistenzkräfte dringend benötigt. Es geht um die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, die Entlastung von Familien und von Fachkräften sowohl in stationären und ambulanten wie auch in kommunalen und häuslichen Settings sowie generell um die Sicherung und Verbesserung der Lebens- und Versorgungsqualität. Offensichtlich brauchte es Corona, um auch den Entscheidungsträgern eindrücklich vor Augen zu führen, welche „systemrelevante“ Bedeutung diese Kräfte für das Funktionieren unseres gesellschaftlichen Lebens, für die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung und für den würdigen Umgang mit kranken, pflegebedürftigen und alten Menschen haben. Was es der Gesellschaft



über das Beifallklatschen hinaus wert ist, wird sich allerdings erst langfristig zeigen müssen.

Aber auch bezogen auf den schon lange bestehenden und von allen Seiten regelmäßig beklagten Fachkräftemangel und den ebenfalls vehement geforderten Versorgungs- und Personalmix in der Gesundheitsversorgung sind die Servicehelfer eine wertvolle Ergänzung. Nicht weil durch sie eine kostengünstigere Pflege angeboten oder eine Deprofessionalisierung eingeleitet werden soll, sondern weil sie als qualifizierte Service- und Assistenzkräfte Gesundheitsfachkräfte von berufsfremden Aufgaben entlasten und ihnen den Freiraum schaffen, um ihre eigentlichen Aufgaben und ihr Fachwissen besser und effizienter einsetzen zu können. Der soeben veröffentlichte zweite Zwischenbericht zum Projekt „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“ (vgl. Rothgang et al., 2020) bestätigt, dass das Stuttgarter Modell der Servicehelfer an der richtigen Stelle ansetzt. Es macht deutlich, dass Qualität nicht allein durch das Festhalten an einer Fachkraftquote von Pflegefachpersonen garantiert werden kann, sondern dafür zusätzlich eingestelltes qualifiziertes Assistenzpersonal benötigt wird.

Es ist höchste Zeit, die „Gesundheitsberufe neu zu denken und neu zu regeln“, wie dies in der 2013 von der Robert Bosch Stiftung veröffentlichten Denkschrift begründet und gefordert wird. Die bestehenden Gesundheitsberufe sind aufgrund veränderter Anforderungen und Rahmenbedingungen in ihren Berufs- und Aufgabenprofilen, Zuständigkeiten, bezüglich ihrer Kompetenzen bei der Berufsausübung sowie ihrer beruflichen oder akademischen Ausbildung zu reformieren, neu zu justieren und ggf. um neue Gesundheitsberufe zu erweitern. Dies gilt ebenso für die im Versorgungssystem neu hinzugekommenen Service- und Assistenzkräfte. Auch für sie müssen die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz, ihre Kompetenzen, ihr Berufsbild, das Gehaltsniveau und die Mitwirkung im Team, die neu entstehenden Aufgaben für das Personalmanagement, die Anforderungen an Form, Inhalt und Qualität der Ausbildung u. a. m. geregelt und dafür die gesetzlichen Grundlagen in Bund und Ländern geschaffen sowie die Finanzierung sichergestellt werden.

Gleichzeitig muss der sich bereits abzeichnende unregelmäßige und kontraproduktiv wirkende Wildwuchs bei der Entstehung und Etablierung von Service- und Assistenzberufen unbedingt eingedämmt werden, um nicht ein ähnliches Wirrwarr hervorzubringen, wie wir das bei den Gesundheitsberufen mit 80 Berufsbezeichnungen

und 170 unterschiedlichen Berufsregelungen (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2013b) vorfinden. Wie groß das Durcheinander ist, zeigt eine bereits 2006 vorgelegte Untersuchung zu Service-, Assistenz- und Präsenzberufen in der Erziehung, Pflege und Betreuung (vgl. Klie/Guerra, 2006).

Der Verein Caro Ass wird in Kooperation mit dem Verein zur Förderung eines nationalen Gesundheitsberufes und dem von ihm getragenen Forum für die Gesundheitsberufe dafür sorgen, dass

- die Bedeutung von Assistenz- und Servicekräften in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung von Menschen erkannt,
- eine Einordnung in die Systematik der Gesundheitsberufe vorgenommen und
- die für ihre Ausbildung und ihren beruflichen Einsatz notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen geschaffen werden.

## Literatur

- BASS Univation (2011). *Evaluation des Modellprojekts „Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen“*. Kurzfassung des Abschlussberichts. Köln/Bern. [https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/42630/ssoar-2011-mader\\_et\\_al-Evaluation\\_des\\_Modellprojekts\\_Servicehelfer\\_im.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2011-mader\\_et\\_al-Evaluation\\_des\\_Modellprojekts\\_Servicehelfer\\_im.pdf](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/42630/ssoar-2011-mader_et_al-Evaluation_des_Modellprojekts_Servicehelfer_im.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2011-mader_et_al-Evaluation_des_Modellprojekts_Servicehelfer_im.pdf) (18.01.2021).
- Caro Ass e. V. (Hrsg.) (2021a). *Verein zur Förderung der Assistenzberufe im Sozial- und Gesundheitswesen. Willkommen im Bereich Servicehelfer*. <https://caroass.de/servicehelfer> (18.01.2021).
- Caro Ass e. V. (Hrsg.) (2021b). *Assistenz in der Gesundheitsversorgung*. Stuttgart: Thieme, in Entstehung.
- Caro Ass e. V. (Hrsg.) (2016). *Wie junge Servicehelfer den Alltag verändern. Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen – Ein Gewinn für alle*. Grafenau. [https://rieder-hintze.de/wp-content/uploads/2015/09/214\\_15-09-09\\_CAROASS\\_Servicehelfer\\_Lay\\_2.pdf](https://rieder-hintze.de/wp-content/uploads/2015/09/214_15-09-09_CAROASS_Servicehelfer_Lay_2.pdf) (18.01.2021).
- Hoberg, R./Klie, T./Künzel G. (2013). *Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe*. Freiburg: FEL-Verlag.
- Klie, T./Guerra, V. (2006). *Synopse zu Service-, Assistenz- und Präsenzberufen in der Erziehung, Pflege und Betreuung (Care)*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Rieder-Hintze, S. (2020). *Servicehelfer in der Klinik für Geriatrische Rehabilitation*. Die Rehabilitation, 59 (01), S. 8.
- Rieder-Hintze, S. (2019a). *Gut ausgebildet und hoch motiviert – Servicehelfer tragen zum Erfolg der Quartiersarbeit bei*. ProAlter, 51 (1), S. 40–42.
- Rieder-Hintze, S. (2019b). *Der (digitale) Servicehelfer*. PARITÄTinform, S. 38.
- Rieder-Hintze, S. (2019c). *Wir bekommen so viel zurück! Weitwinkel*, S. 14–15.

- Rieder-Hintze, S. (2018a). *Wenn wir das Essen bringen, zaubern wir den Patienten ein Lächeln aufs Gesicht*. KU Gesundheitsmanagement, (1), S. 66–68.
- Rieder-Hintze, S. (2018b). *Vom Servicehelfer zum Wohnbereichsleiter*. neue caritas, S. 24–26. <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2018/artikel/vom-servicehelfer-zum-wohnbereichsleiter> (18.01.2021).
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013a). *Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen. Vorbild für neue Assistenzberufe*. Stuttgart.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013b). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2012). *Service als Beruf. Modellprojekt Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Bilanz nach drei Durchgängen*. Stuttgart.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011). *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Stuttgart.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2010). *Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen. Arbeitsmaterialien, Band 2: Curriculum und Empfehlungen zur Umsetzung der Ausbildung*. Stuttgart.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2008). *Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen. Arbeitsmaterialien, Band 1: Einführung in das Curriculum und erste Ergebnisse des Modellversuchs*. Stuttgart.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2001). *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. 1. Nachdruck, Stuttgart.
- Rothgang, H./Becke, G./Brannath, W./Darmann-Finck, I. et al. (2020). *Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)*. Zweiter Zwischenbericht, Bremen: Sotium.
- Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (o. J.). *Bildungszentrum. Ausbildung zum Servicehelfer/ in im Sozial- und Gesundheitswesen*. <https://www.wohlfahrtswerk.de/bildungszentrum/ausbildungen/servicehelfer/> (18.01.2021).

# 17 Ein Forum für die Gesundheitsberufe

GERHARD IGL

Für die zukunftsgerechte Gestaltung der Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe bedarf es eines strukturierten institutionalisierten Dialoges zwischen dem Gesundheits- und dem Bildungswesen in einem Gesundheitsberuferat, der ein neutrales Forum für die Gesundheitsberufe bildet. Der Dialog auf diesem Forum sollte kontinuierlich, transparent und nachhaltig sein. Er sollte die wichtigsten Akteure im Gesundheits- und Bildungswesen sowie die Anbieter und Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen einbeziehen.

## 17.1 Staatliche Verantwortung für das Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen hat dem körperlichen, geistigen und seelischen Wohlbefinden der Menschen, dem Schutz ihres Lebens und der Verhinderung und Heilung von Krankheiten zu dienen.

In Deutschland ist das Gesundheitswesen in der Hauptsache durch staatliche Regulierung verfasst. Der Staat, d. h. der Bund und die Länder, haben eine verfassungsrechtliche Verpflichtung und damit einen Schutzauftrag, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu gestalten. Dieser Schutzauftrag wird Art. 2 Abs. 1 Satz 1 Grundgesetz (GG) (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) und dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) entnommen. Das heißt aber nicht, dass Deutschland ein staatliches Gesundheitswesen hat, wie es in Großbritannien mit dem National Health Service der Fall ist. Vielmehr kommt der Staat auf der Ebene des Bundes seiner Verpflichtung durch die Bereitstellung eines Kranken- und Pflegeversicherungssystems und auf der Ebene der Länder durch die Förderung der Versorgungsstruktur etwa bei Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen nach.

Zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes gehört auch, dass der Staat in der Verantwortung für die Ausbildung der Gesundheitsberufe steht (vgl. Igl, 2020c). Die entsprechenden Ausbildungsgesetze für die Heilberufe ergehen auf Bundesebene (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Die Länder sind für die Durchführung der Ausbildung und die Fort- und Weiterbildung zuständig.

## 17.2 Allgemeine Entwicklungen bei der Regulierung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen

Im Gesundheitswesen werden vor allem persönliche Dienstleistungen erbracht. Diese Dienstleistungen unterliegen ständigen Veränderungen, sei es durch neue wissenschaftlich oder berufsimmanent begründete Erkenntnisse, sei es durch geänderte Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung. Für die Erbringung solcher Gesundheitsdienstleistungen bedarf es hochqualifizierten Personals. Die Ausbildung dieses Personals ist in der Regel öffentlich-rechtlich reguliert, so bei den Heilberufen nach den Heilberufegesetzen, bei den Ausbildungsberufen nach dem Berufsbildungsgesetz und bei den Gesundheitshandwerksberufen nach der Handwerksordnung (vgl. Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“, 2013, S. 269 ff.; Igl, 2015).

Die Regulierung der Ausbildung dieser Berufe bleibt oft hinter den tatsächlichen Qualifikationserfordernissen zurück. Das lässt sich an der Gesetzgebung zu den Pflegeberufen in zweifacher Hinsicht ablesen. Bei den Pflegeberufen ist seit Langem die generalistische Primärqualifikation diskutiert worden. Mit dem Gesetz über die Pflegeberufe (PflBG) aus dem Jahr 2017, in Kraft getreten am 1. Januar 2020,<sup>1</sup> ist es dann zu einem Kompromiss gekommen: Es wurde eine generalistische primärqualifizierende Ausbildung eingerichtet (§§ 5 ff. PflBG). Beibehalten wurden aber die gesonderten Ausbildungen für die Altenpflege und für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (§§ 60, 61 PflBG). Diese Kompromisslösung wurde von vielen Pflegeberufsverbänden als halbherzige Lösung gewertet (vgl. Igl, 2017).

Ein weiteres Anliegen war die hochschulische Ausbildung (§§ 37 ff. PflBG). Obwohl bereits 1992 in der Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ der Robert Bosch Stiftung (vgl. Robert Bosch Stiftung, 1992, 2000) die hochschulische Qualifikation Leitender und Lehrender in der Pflege und die Etablierung akademischer Strukturen für eine Pflegeforschung als Voraussetzung für eine hochschulische Ausbildung der Pflegeberufe gefordert wurden, wurde erst 2012 nach einer mehr als zehn Jahre dauernden Diskussion vom Wissenschaftsrat (vgl. Wissenschaftsrat, 2012) eine Empfehlung für die hochschulische Qualifikation (oft ungenau als „Akademisierung“ bezeichnet) von bestimmten anderen als ärztlichen Berufen im Gesundheitswesen abgegeben. Diese Empfehlung ist auf viel Widerstand bei den ärztlichen Standesvertretern ge-

---

1 Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) vom 17. Juli 2017, BGBl. I S. 2581.

stoßen. Die Umsetzung hochschulischer Ausbildungen in der Pflege, Hebammenkunde, Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie wurde zunächst in Modellvorhaben erprobt (vgl. Deutscher Bundestag, 2016). Zu entsprechenden gesetzlichen Regulierungen ist es dann im Gesetz über die Pflegeberufe mit einer Option für eine hochschulische Ausbildung (§§ 37 ff. PfIBG) und im novellierten Hebammengesetz (HebG) von 2019, in Kraft seit 1. Januar 2020,<sup>2</sup> mit einem verpflichtenden Hebammenstudium gekommen (vgl. Igl, 2020a). Auch diese Lösungen sind halbherzig. Bei den Pflegeberufen wird die Einrichtung hochschulischer Studiengänge aus Gründen der Finanzierung erschwert. Bei den Hebammen ist das Studium als duales Studium (§ 11 Abs. 2 HebG) angelegt.

Mittlerweile haben sich auch die Berufsverbände der Therapieberufe auf eine hochschulische Ausbildung verständigt. Dabei war für einige Zeit nicht klar, ob eine hochschulische Ausbildung neben der berufsfachschulischen Ausbildung angeboten werden sollte oder ob es künftig nur noch eine hochschulische Ausbildung geben sollte. Mittlerweile gehen die Überlegungen dahin, dass künftig – mit Übergangszeiträumen – nur noch eine hochschulische Ausbildung möglich sein soll (vgl. Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG); Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (VAST), 2018). Bei den Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten (gesetzlich zusammengefasst im Logopädengesetz<sup>3</sup>) bestand sehr schnell Einigkeit über die möglichst baldige Einrichtung einer hochschulischen Ausbildung und sie sind dazu auch schon mit einem Gesetzesvorschlag an die Öffentlichkeit getreten (vgl. Arbeitskreis Berufsgesetz, 2018). Eine vom Bund und den Ländern eingerichtete Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ nimmt diese Bestrebungen auf, will jedoch die Möglichkeiten einer Akademisierung für jeden Beruf gesondert prüfen (vgl. Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“, 2020, S. 6 f.). In einer Stellungnahme zu diesem Eckpunktepapier wird eindringlich darauf hingewiesen, dass die Vollakademisierung der Ausbildung bei den Therapieberufen ausbildungs-, berufs- und versorgungspolitisch die einzige zukunftsweisende Lösung sei (vgl. HVG; VAST, 2020).

Immerhin kann bei den staatlich regulierten Heilberufen mittlerweile eine Dynamik der Novellierung festgestellt werden. Im Jahr 2019 wurden mit dem Anäs-

---

2 Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen vom 22. November 2019, BGBl. I S. 1759.

3 Gesetz über den Beruf des Logopäden vom 7. Mai 1980, BGBl. I S. 529.

thesietechnische und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz (ATA-OTA-G)<sup>4</sup> zwei neue Heilberufe geschaffen. Die Ausbildung war bislang von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft geprägt (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2013). Novelliert wurde auch das Ausbildungsrecht der psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen im Psychotherapeutengesetz<sup>5</sup> und der pharmazeutisch-technischen Assistenten und Assistentinnen<sup>6</sup>. Ende Juli 2020 wurde ein Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reform-Gesetz) vorgelegt, dessen Art. 1 das Gesetz über die Berufe in der medizinischen Technologie (MT-Berufe-Gesetz – MTBG) enthält. Mittlerweile ist der Gesetzentwurf im Bundestag eingebracht worden.<sup>7</sup>

Jenseits der staatlich regulierten Berufe sind gegenwärtig zwei Strömungen zu verzeichnen: Auf der einen Seite ist eine zunehmende und verwirrende Vielfalt von Bachelor- und Masterabschlüssen für gesundheitsbezogene Beschäftigungen neben den Heilberufen zu verzeichnen. Auf der anderen Seite schaffen sich Leistungserbringer ihre eigenen Berufe („Privatberufe“) auf der Grundlage von Verbandsempfehlungen (vgl. Dielmann, 2013, S. 170). Eher als Verwirrung erzeugend sind die Möglichkeiten zu bezeichnen, sich über eine beschränkte Heilpraktikererlaubnis Zugang zu einer selbstständigen Durchführung von bestimmten heilkundlichen Maßnahmen auf den Gebieten der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie zu verschaffen. Dies wird auch in der juristischen Literatur zunehmend als problematisch angesehen (vgl. Kenntner, 2020).

---

4 Gesetz über den Beruf der Anästhesietechnischen Assistentin und des Anästhesietechnischen Assistenten und über den Beruf der Operationstechnischen Assistentin und des Operationstechnischen Assistenten (Anästhesietechnische und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz - ATA-OTA-G) vom 14. Dezember 2019, BGBl. I S. 2768. Das Gesetz tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

5 Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz) vom 15. November 2019, BGBl. I S. 1604. Das Gesetz tritt am 1. September 2020 in Kraft.

6 Gesetz über den Beruf der pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und pharmazeutisch-technischen Assistenten (PTA-Berufsgesetz – PTAG) vom 13. Januar 2020, BGBl. I S. 66. Das Gesetz tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.

7 Deutscher Bundestag, Drucksache 19/24447. Das Gesetz über die Berufe in der medizinischen Technologie (MT-Berufe-Gesetz – MTBG) stellt darin Artikel 1 des Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reform-Gesetz) dar.

### 17.3 Besondere Entwicklungen bei den Pflegefachberufen

Wenn in Deutschland von „der Pflege“ gesprochen wird, kann man nicht davon ausgehen, dass mit dieser Begrifflichkeit ein gemeinsames Verständnis davon gegeben ist, wer personell mit „der Pflege“ gemeint ist. So wird beim Diskurs über „die Pflege“ nicht klar, ob hier nur die Pflegefachpersonen, also die Personen mit einer Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz bzw. nach dem Altenpflegegesetz oder dem Krankenpflegegesetz gemeint sind, oder ob auch die landesrechtlich geregelten Pflegeassistenten- und -helferberufe mit einbezogen sind. Oft wird unter „der Pflege“ nur die Altenpflege verstanden, hier wiederum auch im Kontext der gesamten pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen älteren Menschen. Die Krankenpflege hingegen wird eher dem Bereich der medizinischen Versorgung speziell im Krankenhaus zugeordnet. Im Folgenden soll von den Pflegefachpersonen die Rede sein.

Bei den Pflegefachberufen haben sich in jüngerer Zeit drei Entwicklungen ergeben, die selbst in gesundheitspolitischen Milieus noch nicht in ihrer vollen Tragweite gesehen werden. In der allgemeinpolitischen Aufmerksamkeit spielen diese Entwicklungen kaum eine Rolle.

Noch am ehesten werden die Bemühungen um die Stärkung der berufspolitischen Repräsentation in Pflegekammern wahrgenommen. Auch wenn schon in drei Bundesländern (Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Niedersachsen; wobei die Pflegekammer Niedersachsen 2021 aufgelöst wird) Pflegekammern bestehen, weitere Gründungen in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen bevorstehen, und 2019 schon eine Gründungskonferenz für eine Bundespflegekammer stattgefunden hat (vgl. Pflegekammerkonferenz, 2019), werden von den Gegnern einer Pflegekammer nach wie vor dieselben Argumente angeführt wie zu Beginn der Verkammerungsdiskussion. Von der Selbstverständlichkeit, dass sich der zahlenmäßig größte und in der gesundheitlichen Versorgung eine herausragende Stellung einnehmende Heilberuf auch berufspolitisch selbst verwalten sollte, ist bei den Gegnern einer Pflegekammer nicht die Rede. Von der berufspolitisch wie verfassungsrechtlich etwas eigenartig konfigurierten Lösung in Bayern – Vereinigung der Pflegenden in Bayern<sup>8</sup> – soll hier nicht die Rede sein, da sie mit den gängigen Gestaltungsprinzipien einer beruflichen Selbstverwaltung kaum etwas zu tun hat. Dass Pflegekammern eine wichtige Rolle

---

8 Gesetz zur Errichtung einer Vereinigung der Pflegenden in Bayern (Pflegendenvereinigungsgesetz – PflVG) vom 24. April 2017, GVBl. S. 78.



beim Erstellen von Berufs- und Weiterbildungsordnungen spielen, ist anerkannt. Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz hat bereits eine solche Weiterbildungsordnung verabschiedet.<sup>9</sup> Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe, eine privatrechtliche Organisation der Pflegeberufe, hat jüngst einen Rahmen für die Weiterbildungsordnungen vorgelegt (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2020).

Kaum oder nicht wahrgenommen werden die durch das Pflegeberufegesetz bedingten und schon vorher im Krankenpflegegesetz angelegten Verstärkungen der berufsrechtlichen Position mit Blick auf die selbstständige Ausübung pflegerischer und damit auch heilkundlicher Aufgaben (vgl. Igl, 2017). Im Pflegeberufegesetz wird jetzt explizit von selbstständig auszuführenden Aufgaben gesprochen (§ 5 Abs. 3 Nr. 1 PflBG). Davon unterschieden wird die eigenständige Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen (§ 5 Abs. 3 Nr. 2 PflBG). Auch wenn sich diese Vorschriften auf die Ausbildung, nicht auf die Tätigkeiten selbst beziehen, müssen diese Vorschriften als berufsrechtliche Ermächtigung zur Ausübung solcher Tätigkeiten verstanden werden (vgl. Igl, 2019, S. 102 ff.). Darüber hinaus enthält das Pflegeberufegesetz eine Vorschrift über nur den Pflegefachberufen vorbehaltene Tätigkeiten insbesondere bei der Pflegeprozessgestaltung (§ 4 PflBG). Auch Ärzte sind von den in der Vorschrift aufgeführten Tätigkeiten ausgeschlossen. Eine solche Vorbehaltsvorschrift existiert bisher für die anderen nichtärztlichen Heilberufe nicht. Insgesamt tragen diese neuen Vorschriften des Pflegeberufegesetzes erheblich zu einer Stärkung der Pflegefachberufe in Ausbildung und beruflicher Tätigkeit bei. Sie reflektieren die zentrale Stellung der Pflegefachberufe in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Bei anderen Entwicklungen geht es weniger um die Stärkung der Pflegefachberufe in ihren jeweiligen beruflichen Tätigkeitsbereichen als vielmehr um die Sicherung der medizinischen Versorgung im Sinne der Entlastung von Ärzten. Das jüngste Beispiel hierfür ist die pandemiebedingte Regelung in § 5a Infektionsschutzgesetz (IfSG), wonach Pflegefachkräfte bei einer Pandemie unter engen Voraussetzungen heilkundliche Tätigkeiten selbstständig ausüben können, die sonst den Ärzten (und Heilpraktikern) vorbehalten sind (vgl. Igl, 2020b).

Diskutiert – nicht realisiert – wird die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten zur selbstständigen Durchführung von Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit einer Umorientierung des Gesundheitswesens im Bereich der ärztlichen Primärversor-

---

9 Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz vom 17. Januar 2018.

gung. Community Health Nursing ist der international gebräuchliche Begriff hierfür (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, 2018; Völkel et al., 2020). Diese Ansätze sind primär versorgungsorientiert. Es geht hier vornehmlich um die Entlastung von Ärzten in medizinisch unterversorgten Gebieten. Diese Diskussion hat ihren Anfang schon in der Zeit nach 1990 gefunden. Zahlreiche modellhafte Konzepte, bei denen es sich im Kern um Delegationsmodelle, zum Teil gepaart mit dem Einsatz von Teletechnologien, handelt, sind hier – in der Regel unter der Bezeichnung von Frauennamen – wie AGNES und VERA – ins Werk gesetzt worden (vgl. Achterfeld, 2014, S. 221 ff.). Die ärztlichen Berufsverbände und insbesondere die Ärztekammern sind daran interessiert, die Delegationsmöglichkeiten auszuweiten. Mittlerweile haben diese Delegationsmöglichkeiten Eingang in die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) gefunden (§ 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V). In dem Bundesmantelvertrag-Ärzte<sup>10</sup> finden sich in den Anlagen 8 und 24 die entsprechenden Regelungen hierzu. Von besonderem Interesse ist, dass es bei diesen Delegationskonzepten weniger um die Delegation ärztlicher Leistungen an Pflegefachpersonen als vielmehr an medizinische Fachangestellte geht, obwohl die Pflegefachpersonen kraft ihrer Ausbildung tendenziell geeigneter für die Übernahme solcher (arznahen) Tätigkeiten wären.

## 17.4 Unkoordinierte und zögerliche Novellierungen der gesundheitsberuflichen Ausbildung

Die Entwicklungen in den Ausbildungsregelungen für die verschiedenen Gesundheitsberufe verlaufen insgesamt zum Teil verzögert, widersprüchlich und auch kontraproduktiv. Erst langsam orientiert sich die Gesetzgebung daran, Fachpersonen fachlich und in ihren persönlichen Kompetenzen adäquat auf die Anforderungen der vom demografischen, epidemiologischen und strukturellen Wandel betroffenen künftigen Gesundheitsversorgung vorzubereiten. Gleiches gilt für die rechtlichen Voraussetzungen für eine selbstständige und kooperative Leistungserbringung (vgl. Igl et al., 2015).

---

<sup>10</sup> Bundesmantelvertrag-Ärzte vom 21.08.2013, in der Fassung vom 17.04.2020, <https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>. Zugriff: 20.05.2020.

## **17.5 Mangelnder Dialog zwischen den verantwortlichen Akteuren für die Gesundheitsberufe, des Bildungssystems und der Gesundheitswirtschaft**

Es drängt sich der Eindruck auf, dass die verantwortlichen Akteure des Gesundheitswesens nicht oder nicht hinreichend über die Gesundheitsberufe sprechen und dass der Zusammenhang zwischen der Qualifikation der Gesundheitsberufe und der Qualität der Leistungserbringung nicht immer ausreichend gesehen wird. Der aktuelle Diskurs in der gesundheitlichen Versorgung konzentriert sich seit einiger Zeit auf andere Punkte. So wird vielfach über neue und regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen, über die Einführung IT-gestützter Behandlungsmöglichkeiten, die Integration von Versorgung sowie über Qualitätssicherung debattiert. In diesem Diskurs wird nicht immer hinreichend berücksichtigt, dass hierfür entsprechendes gesundheitsdienstleistendes Personal mit adäquater Qualifikation und differenzierten Bildungs- und Berufsabschlüssen benötigt wird.

Auf der Ebene der Hochschulen haben sich mittlerweile verschiedene Gremien und Verbände herausgebildet, die den Anliegen der hochschulischen Qualifikation von Gesundheitsberufen Rechnung tragen wollen. Die Agenda dieser Gremien und Verbände ist aber primär an den hochschulischen Belangen ausgerichtet. Die Frage, wie sich angesichts der Vielzahl der angebotenen Bachelor- und Masterabschlüsse die Verwendbarkeit der Absolventinnen und Absolventen auf dem Arbeitsmarkt darstellt, bleibt eher nachrangig.

## **17.6 Zielsetzungen einer Beteiligung der Gesundheitsberufe an der Gestaltung des Gesundheitswesens**

Die künftige Gesundheitsversorgung muss so gestaltet sein, dass die vorhandenen fachlichen Ressourcen der Gesundheitsberufe optimal zum Nutzen und zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Versorgung ausgeschöpft werden. Wenn bisher eine solche Debatte stattgefunden hat, dann nur bezogen auf einzelne Berufe. Notwendig wäre aber eine solche Debatte über alle Gesundheitsberufe hinweg, um die erforderlichen Verschränkungen in der interdisziplinären und interprofessionellen Kooperation bewältigen zu können.

### **17.6.1 Den Gesundheitsberufen eine Stimme verleihen**

Wenn schon erste Lehren aus der Bewältigung der jüngsten Pandemie gezogen werden können, dann ist festzustellen, dass die daran beteiligten Angehörigen der Gesundheitsberufe zwar ganz wesentliche Beiträge zur Bewältigung der Pandemie geleistet haben. Es war aber weder öffentlich noch in Fachkreisen wahrnehmbar, ob oder wie sie in die gesetzliche Regulierung der Pandemiebewältigung einbezogen worden sind. Genauso wenig ist feststellbar, wie diese Beteiligten, insbesondere die Pflegefachpersonen, in die Bewältigung der Zukunftsfragen der gesundheitlichen Versorgung einbezogen werden. Breitere und öffentlichkeitswirksame Plattformen z. B. für eine Umgestaltung der Primärversorgung existieren nicht. Dabei geht es nicht nur um eine in einer Demokratie unerlässliche Mitbeteiligung an den jeweiligen politischen Diskursen, sondern auch um die aus den Erfahrungen der Gesundheitsberufe gespeiste qualitative Bereicherung dieser Diskurse.

### **17.6.2 Plattform für die Stimme der Gesundheitsberufe**

Deshalb ist – jenseits der Fachgesellschaften – für die Gesundheitsberufe eine für Gesellschaft und Politik sichtbare Plattform zur Artikulation ihrer Stimmen zu schaffen. Dabei geht es nicht um eine berufliche Interessenvertretung, sondern es geht um die Nutzbarmachung des Wissens und der Erfahrungen der Gesundheitsberufe für die Gestaltung der heutigen und künftigen gesundheitlichen Versorgung.

### **17.6.3 Den Dialog mit der Gesundheitswirtschaft fördern**

Auf einer solchen Plattform könnten die Gesundheitsberufe in den Dialog treten mit der Gesundheitswirtschaft, worunter die gesundheitsdienstleistenden Institutionen, wie Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, und die Sozialleistungsträger zu verstehen sind. Ein solcher Dialog existiert auf nationaler Ebene nicht. Der Dialog zwischen den Gesundheitsberufen und den Sozialversicherungsträgern findet in der Regel nur bei der Zulassung zu bestimmten Leistungen und deren Vergütungen statt. Da die Sozialversicherungsträger kraft gesetzlicher Verpflichtung in der Versorgungsverantwortung stehen, sollte eine Möglichkeit geschaffen werden, auf breiter Ebene einen Dialog mit den Gesundheitsberufen über die Ausfüllung dieser Versorgungsverantwortung zu führen. Ohne die Berufsgruppen, die die Gesundheitsver-

sorgung realisieren, ist ein Diskurs über die Gestaltung der Gesundheitsversorgung nicht möglich.

#### 17.6.4 Den Dialog mit den Ausbildungsinstitutionen fördern

Die Aus- und Weiterbildung bei den Gesundheitsberufen ist extrem unübersichtlich. Das gilt für die regulatorischen Grundlagen auf Bundes- und Landesebene ebenso wie für die Ausbildungsinstitutionen und die Finanzierung der Ausbildung. Ob und wie die Gesundheitsberufe auf die jeweiligen Gestaltungen mit ihren Erfahrungen Einfluss nehmen (können), bleibt überwiegend verborgen. Eine solche Situation ist im gewerblichen oder industriellen Bereich unvorstellbar. Hier nehmen die Wirtschaftsakteure, aber auch die Berufsverbände selbst, an der Gestaltung der Ausbildung teil. Auch im Gesundheitswesen kann auf die Expertise der Berufsangehörigen bei der Gestaltung der Ausbildung nicht verzichtet werden. Schon deshalb sollte eine Plattform für den Dialog mit den Akteuren des Bildungswesens geschaffen werden. Ein Dialog auf nationaler Ebene ist auch für die auf der Ebene der Länder regulierte Weiterbildung geboten.

#### 17.6.5 Forum für die Gesundheitsberufe im Rahmen eines nationalen Gesundheitsberuferates

Zusammenfassend: Für die zukunftsgerechte Gestaltung der Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe bedarf es eines strukturierten institutionalisierten Dialoges zwischen dem Gesundheits- und dem Bildungswesen in einem **Gesundheitsberuferat**. Dieser Dialog sollte kontinuierlich, transparent und nachhaltig sein. Er sollte die wichtigsten Akteure im Gesundheits- und Bildungswesen und die Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen einbeziehen. Er hat beratende Funktion und stellt keinen Sachverständigenrat – analog zum Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – dar.

Beteiligte des Dialogs sollten sein:

- Verbände der Gesundheitsberufe/Gesundheitsinstitutionen
- Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen
- Nutzerverbände
- Träger von Gesundheitssozialleistungen (insbesondere Kranken- und Pflegekassen)

- Bildungsinstitutionen
- Fachgesellschaften
- Wissenschaftsrat
- Konferenzen der Gesundheitsminister, Kultusminister, Arbeits- und Sozialminister sowie Hochschulrektorenkonferenz
- Gewerkschaften/Arbeitgeberverbände
- Bundesagentur für Arbeit
- Verbände mit zivilgesellschaftlicher Rückbindung

Mögliche Formen des Dialogs können sein:

- ständiges Forum für die Gesundheitsberufe: nationaler Gesundheitsberuferat
- regelmäßig tagendes Forum für die Gesundheitsberufe: nationale Gesundheitsberufekonferenz

Die nationale Dimension bildet nur einen ersten Schritt ab. Weitere Schritte können sein:

- Austausch und Kooperation in den deutschsprachigen Ländern und in den Ländern mit vergleichbaren gesundheitsberuferechtlichen Strukturen
- Schaffung einer gesundheitsberuferechtlichen europäischen Plattform (EU-Ebene/WHO-Regionalebene)

Adressaten für die Umsetzung/Normierung von Vorschlägen des Forums für Gesundheitsberufe sind vor allem:

- Bundes- und Landesgesetzgeber
- mit Gesundheit befassende Verwaltungen auf dem Gebiet des Bildungs- und Gesundheitswesens
- Sozialleistungsträger auf dem Gebiet der gesundheitlichen Versorgung
- Berufskammern
- mit Ausbildungsförderung befassende Institutionen, z. B. Bundesagentur für Arbeit

### 17.6.6 Verein zur Förderung eines nationalen Gesundheitsberuferates

Zur Realisierung der vorstehend aufgeführten Zwecke ist im Januar 2014 der gemeinnützige Verein zur Förderung eines nationalen Gesundheitsberuferates e.V. gegründet worden (vgl. Igl et al., 2015; Rosentreter, 2020). Dieser Verein stellt nicht den nationalen Gesundheitsberuferat dar, sondern will die Errichtung eines natio-

nationalen Gesundheitsberufes mit dem Forum für Gesundheitsberufe fördern und begleiten. Mit verschiedenen Veranstaltungen und Stellungnahmen ist für das Anliegen und für die Notwendigkeit eines nationalen Gesundheitsberufes in der Fachöffentlichkeit geworben worden. Es ist geplant, die maßgeblichen Akteure für die Installierung eines nationalen Gesundheitsberufes und damit eines Forums für Gesundheitsberufe zu gewinnen, auch um dann in der Folge eine verlässliche Finanzierung zu sichern. Schließlich soll später die Vernetzung auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene angestrebt werden.<sup>11</sup>

Der Verein lässt sich von den folgenden Grundsätzen leiten, die gleichzeitig auch eine Empfehlung für die künftige Tätigkeit eines nationalen Gesundheitsberufes darstellen sollen (vgl. Igl et al., 2015, S. 56).

- Mit dem angestrebten Dialog soll ein Beitrag zur Wahrnehmung gesellschaftlicher Verantwortung für die Sicherstellung einer auch in Zukunft qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung geleistet werden.
- Der angestrebte Dialog soll multidisziplinär, transparent, kontinuierlich und auf Nachhaltigkeit gerichtet sein und zur Vernetzung der Akteure beitragen.
- Dabei werden stets die Gestaltung und frühzeitige Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe sowie deren Kooperation untereinander in den Blick genommen. Im Vordergrund stehen dabei Berufe, die personenbezogene Gesundheitsdienstleistungen erbringen.
- Es werden keine eigenen wirtschaftlichen Interessen verfolgt.
- Der Verein versteht sich nicht als Sprachrohr für berufsspezifische Interessen einzelner Berufsverbände.

## 17.7 Ausblick

In keinem gesellschaftlichen oder wirtschaftlichen Bereich haben die den Bereich prägenden Berufsangehörigen so wenig Einfluss auf die Gestaltung, wie es im Gesundheitswesen der Fall ist. Zwar gilt diese Feststellung nur für einen Teil der gesundheitsdienstleistenden Berufsangehörigen. So sind die Ärzte im Gesundheitswe-

---

<sup>11</sup> In einem Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Deutscher Bundestag, Drucksache 19/21881, S. 4, 8) wird die Einrichtung eines Gesundheitsberufes gefordert.

sen mit Stimme und Gestaltungsmacht ausgestattet. Für den ganz überwiegenden, auch zahlenmäßig überwiegenden Teil der Gesundheitsberufe gilt dies aber nicht. Dabei geht es nicht primär um die Wahrnehmung der Interessen der jeweiligen Berufsgruppen. Vielmehr ist eine zukunftsgerechte Gestaltung des Gesundheitswesens unter Einbezug aller hier tätigen gesundheitsdienstleistenden Berufe notwendig. Zu diesem Zweck bedarf es eines Forums für die Gesundheitsberufe.

## Literatur

- Achterfeld, C. (2014). *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*. Kölner Schriften zum Medizinrecht, (15). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH (Hrsg.) (2018). *Community Health Nursing in Deutschland – Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum*. Berlin: Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung.
- Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“ (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Arbeitskreis Berufsgesetz (2018). *Berufsgesetz für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie*. Vorlage des Arbeitskreises Berufsgesetz. Frechen: Arbeitskreis Berufsgesetz.
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ (2020). *Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“*. 04.03.2020.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2013). *DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten*. 17.09.2013.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2020). *Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe (MWBO Pfb)*. *Strategien für die pflegeberufliche Weiterbildung*. Berlin: Deutscher Bildungsrat für Pflegberufe.
- Deutscher Bundestag (2020). *Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung*. (Drucksache 19/21881).
- Deutscher Bundestag (2016). *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten*. Drucksache 18/9400.
- Dielmann, G. (2013). *Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht*. In: Arbeitsgruppe Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, S. 149–176.
- HVG – Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.; VAST – Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (2020). *Stellungnahme zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ vom 5. März 2020*. Berlin: HVG/VAST.



- HVG – Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.; VAST – Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (2018). *Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie). Strategiepapier*. Berlin: HVG/VAST.
- Igl, G. (2020a). *Das Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung: Ein weiterer Schritt in Richtung auf die Modernisierung der Heilberufausbildung*. *Medizinrecht (MedR)*, S. 342–348.
- Igl, G. (2020b). *Zeitlich begrenzte heilberuferechtliche Ausnahmegesetze bei einer epidemischen Lage mit nationaler Tragweite: Pflegefachberufe dürfen den Ärzten vorbehaltenen heilkundlichen Tätigkeiten ausüben*. *Pflegewissenschaft. Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie*, S. 100–102.
- Igl, G. (2020c). *Das Recht und seine Funktionen für die Gesundheitsberufe*. In: Katzenmeier, Chr. (Hrsg.): *Festschrift für Dieter Hart. Medizin – Recht – Wissenschaft*. Berlin: Springer, S. 247–265.
- Igl, G. (2019). *Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV), Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV)*. 2. Auflage, Heidelberg: medhochzwei.
- Igl, G. (2017). *Das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe – gelungene oder nur fast gelungene Reform der Pflegeberufe?* *Medizinrecht (MedR)*, S. 859–863.
- Igl, G. (2015). *Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe*. In: Pundt, J./Kälble, K. (Hrsg.): *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte*. Bremen: APOLLON University Press, S. 107–137.
- Igl, G./Satrapa-Schill, A. (2015). *Die Gesundheitsberufe gestalten und fortentwickeln*. *Pro Alter*, März/April 2015, S. 54–57.
- Kenntner, M. (2020). *Vergabe von sektoralen Heilpraktikererlaubnissen nach Verwaltungsermessen?* *Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht (NVwZ)*, S. 438–442.
- Pflegekammerkonferenz (2019). *Gemeinsam stark für gute Pflege: Bundespflegekammer*. 14. Juni 2019.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000). *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart/New York: Schattauer.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1992). *Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege*. Gerlingen: Bleicher, mittlerweile 6. Aufl. 2000.
- Völkel, M.; Weidner, F. (2020). *Community Health Nursing – Meilenstein in der Primärversorgung und der kommunalen Daseinsvorsorge*. *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*, (10497), S. 318–329, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Drucksache 2411-12. Berlin: Wissenschaftsrat.

## Aus der Krise lernen – Versuch eines Ausblicks

MICHAEL ROSENTRER

Das 11. APOLLON Symposium am 11. Oktober 2019 trug den Titel „Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet“. Die unvollendete Aussage war gezielt provokant gehalten. In der abschließenden Diskussionsrunde wurden die Diskutanten gebeten, den Satz mit einem Satzzeichen zu vervollständigen: Punkt? Ausrufezeichen? Fragezeichen? Es gab sehr unterschiedliche Antworten, die an gewisse Vorbedingungen geknüpft waren, z. B. wenn mehr Pflegende aktiv für ihre Belange einträten, mit welchen Reformschritten die Politik dann reagieren würde und ob es gelänge, die Bevölkerung für die Relevanz der Pflege in der Gesundheitsversorgung zu sensibilisieren. Konsens bestand hingegen in der Auffassung, dass Pflege und berufliche Pflege zu wichtig sind, um sie den Politiker/-innen zu überlassen.<sup>1</sup> Vielmehr müsse die berufliche Pflege als zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung zu einem gesamtgesellschaftlichen Anliegen werden.

Die in diesem Band versammelten Beiträge präsentieren eine Auswahl an Themen zur beruflichen Pflege und pflegerischen Versorgung. Sie greifen aktuelle Entwicklungen und Tendenzen im berufspolitischen Diskurs auf, beleuchten Rahmenbedingungen und Ansätze in der pflegerischen Versorgung sowie Perspektiven einer gerechten und integrierten Versorgung und geben somit ein Bild der Situation vor der durch das SARS-CoV-2-Virus verursachten Pandemie. Etliche der Themen (z. B. Pflegeethik, Bildung und Fachkräftemangel) weisen eine geradezu historische Kontinuität auf; einige der Lösungsansätze (z. B. Personal-Pool, Buurtzorg und Assistenzkräfte) sind andernorts längst bewährt und erscheinen nur im deutschen Gesundheitssystem innovativ. Die im Band vorgestellten Perspektiven (z. B. Finanzreform der Pflegeversicherung oder ein Gesundheitsberufe-Forum) verweisen über die aktuelle Situation hinaus auf Optionen in der Zeit nach Bewältigung der Corona-Krise.

Andere ungelöste Probleme wie z. B. die altersgerechte Beschäftigung älterer Pflegekräfte, die Anwendung des E-Learnings in der praktischen Ausbildung, der berufliche Einsatz akademisierten Pflegepersonals oder die Qualifikation für pflegerische

---

1 In Abwandlung eines Zitats des englischen Staatsmannes Winston Churchill (1874–1965), demnach der Krieg zu wichtig sei, um ihn den Generälen zu überlassen.

Vorbehaltsaufgaben kommen aus der Praxis der Studierenden als wissenschaftliche Qualifikationsarbeiten auf die Schreibtische ihrer Professorinnen und Professoren. Wenn die für die Bildung geforderte doppelte Theorie-Praxis-Verknüpfung gelingt, stehen für die Zukunft viele genuin pflegewissenschaftliche Forschungen an.

### **Pandemie und Krise kündigen sich an**

Zu der Zeit und während des Symposiums war COVID-19 zumindest mental noch in weiter Ferne, obwohl es in Ostsibirien und im chinesischen Grenzgebiet bereits erste Todesfälle infolge einer mysteriös verlaufenden Grippeinfektion gab (vgl. Proll, 2020a; 2020b; Charisius, 2019). Dass es sich dabei um die Anfänge einer weltweit um sich greifenden Pandemie handelte, konnten die Bundesbürger/-innen spätestens am 28.01.2020 ahnen, als der amtierende Gesundheitsminister trotz der medialen Bilder aus der zentralchinesischen Stadt Wuhan verlauten ließ, „die Gefahr für die Gesundheit der Menschen in Deutschland durch diese neue Atemwegserkrankung aus China bleibt (...) weiterhin gering“ (vgl. BMG, 2020a). In der Politik neigt man offensichtlich dazu, abzuwarten und erst bei Bedarf zu reagieren, denn bereits seit dem Januar 2013 lag eine Risikoanalyse des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe für ein ähnliches Pandemiegeschehen vor (vgl. Deutscher Bundestag, 2013, S. 55 f.). Mit der am 22. März 2020 verkündeten generellen Ausgangssperre (erster sogenannter „Lockdown“) sollte dem Anstieg der Infektionszahlen entgegengewirkt werden.

Da zeigte sich in den Kliniken bereits ein eklatanter Mangel an Schutzbekleidung für das medizinische und pflegerische Personal bei der Behandlung der hochinfektiösen COVID-19-Patienten. Noch bevor es zu Lieferengpässen durch unterbrochene Lieferketten kam, wurden lebenswichtige Gesichtsmasken, Einmalkittel und -handschuhe knapp, weil sie weder im Inland produziert noch aus ökonomischen Gründen der Lagerhaltungskosten ausreichend bevorratet wurden. Ab April 2020 zeigte sich dann auch, dass das vorhandene Pflegepersonal in den Kliniken nicht ausreichen würde, um die äußerst komplexe Behandlung einer steigenden Anzahl von an COVID-19 erkrankten Patienten zu gewährleisten.

Deshalb startete das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) am 7. April 2020 mit einer Internetplattform Maßnahmen zur Rekrutierung freiwilliger Helfer/-innen und zur Reaktivierung von Berufsaussteigern aus

der Pflege, um das Pflegepersonal an Patientenbett und Beatmungsgerät zu entlasten (vgl. Imöhl, 2021). Auf der Länderebene warben Kommunen und Kliniken um weitergebildete Fachpflegekräfte zur intensivmedizinischen Versorgung von COVID-19-Patienten und um reaktivierte ehemalige Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen zu deren Unterstützung.

### Die Krise verschärft bestehende Probleme

Die durch die COVID-19-Pandemie ausgelöste Krise verschärft zunächst einmal jene Funktionsstörung im Gesundheitssystem, die sich infolge der ungelösten Probleme bis dato nur abgezeichnet hat oder bedingt kompensiert werden konnte. Der Wendepunkt des Krisenverlaufs – hin zur Verschlimmerung oder zu einer Verbesserung der Verhältnisse – ist mit grundlegenden Entscheidungen verbunden (vgl. Schmidt, 2010, S. 443 f.). Die Chance, die ursächlichen Probleme zu erkennen, und das Risiko, diese aufgrund falscher Entscheidungen zu verschärfen, sind die wesentlichen Charakteristika von Krisen. Das Entscheidungsmoment ist das namengebende Kriterium des griechischen Begriffs „κρίσις“, *krisis* in der Bedeutung von „auswählen, beurteilen, entscheiden“. In der politischen Literatur herrscht der Standpunkt vor, dass die Bewertung des Entscheidungsmoments erst aus der historischen Distanz mit Blick auf den Ausgang einer Krise möglich sei (vgl. Koselleck, 2004, S. 617 f.). Die Folgerichtigkeit von Entscheidungen ergibt sich aber nicht erst im Nachhinein, sondern durchaus als logische Schlussfolgerung aus den Verläufen ähnlicher Situationen und der Vorgeschichte der jeweiligen Krise.

Das Jahr 2020 war in der Tat das Jahr der Pflege – und dies in mehrfacher Hinsicht. Auf nationaler Ebene war das im Juni 2017 verkündete Pflegeberufegesetz umzusetzen. Seitdem befinden sich die Lehrenden an den deutschen Berufsfachschulen im Dauereinsatz. Damit die sogenannte generalistische Pflegefachausbildung rechtzeitig mit Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2020 beginnen konnte, waren relativ kurzfristig zuerst die Rahmenlehrpläne für die Bundesländer und sodann schulinterne Curricula zu erstellen und schließlich die Kooperationsabkommen mit den Praxislernorten zu vereinbaren. Ohne Gelegenheit zur Organisation der neuen Klassen und ohne Implementierungsphase versuchen die Lehrenden nun seit Februar 2020, Ausfälle in der Präsenzlehre durch bislang ungenutzte Formate der Fernlehre und des E-Learnings zu kompensieren.

Als bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf fünf Monate zuvor – am 24. Mai 2019 – der Entschluss gefasst wurde, das Jahr 2020 zum „Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen“ auszurufen, hätte sich niemand vorstellen können, wie bald sich die Begründung der WHO als zutreffend erweisen würde. Der Zweck dieser Ehrung anlässlich des 200. Jahrestages der Pflegepionierin Florence Nightingale war es, „die enormen Entbehrungen und Leistungen von Pflegefachpersonen und Hebammen hervorzuheben, (...) [da] diese beiden Gesundheitsberufe (...) unschätzbar wertvoll für die Gesundheit der Bevölkerung [sind]“ (DBfK, 2019). Weltweit bereiteten sich daraufhin Berufsverbände, Initiativen und junge Pflegenden auf Aktionen vor, um im Jubiläumsjahr auf die Situation der Pflegeberufe und ihre gesellschaftliche Bedeutung hinzuweisen. Obwohl die Veranstaltungen wegen der Seuchenschutzmaßnahmen in der geplanten Weise nicht stattfinden konnten oder ausfielen, wurde 2020 ein aktionsreiches Jahr für die Pflege und vielleicht die stärkste Demonstration für ihre Unabkömmlichkeit und ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. In diesem Zusammenhang erfuhr der in der Bankenkrise 2007 geprägte Begriff der „Systemrelevanz“ eine Ausweitung seines Bedeutungsspektrums.

Die sinkenden Infektionszahlen als Ergebnis einer erfolgreichen Krisenstrategie im März und April 2020 (erster Lockdown) bedingten eine verhältnismäßig moderate Auslastung der Kliniken mit COVID-19-Patienten. Dies führte zu einer fatalen Risiko- fehleinschätzung in Teilen der Bevölkerung bezüglich der Virulenz des SARS-CoV-2-Virus und der einzuhaltenden Präventionen (vgl. Grimm, 2020). De facto stehen Pflegenden weltweit seit gut einem Jahr mehr oder weniger unter Dauerbelastung. Unterschiede ergeben sich lediglich aus den zeitlich versetzten Verläufen der Infektionswellen und den regionalen Inzidenzzahlen.

Während das Personal auf den Intensivstationen im intensiven Kampf um das Überleben der mit COVID-19 infizierten und schwer erkrankten Patienten ringt, versuchen die Pflegenden auf den Stationen die Routineversorgung aufrechtzuerhalten, soweit sie nicht zur Entlastung des Intensivpersonals herangezogen werden. Dazu ordnete der amtierende Gesundheitsminister am 14. März 2020 die Aussetzung der bestehenden Personaluntergrenzen an, mit denen eine Mindeststellenbesetzung für pflegeintensive Versorgungsbereiche geregelt war (vgl. Millich, 2020a). Aufgrund der zum Teil heftig vorgetragenen Bedenken des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), der Pflegekammer Niedersachsen und anderer Verbände hinsichtlich der Gefährdungen für Patienten und Pflegepersonal (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2020)

wurden die Grenzwerte zumindest für die Intensivmedizin und die Geriatrie ab dem 1. August 2020 wieder in Kraft gesetzt (vgl. Barmer, 2020). Und auch die Kolleginnen und Kollegen des Pflegemanagements befinden sich in einem andauernden Modus des Krisenmanagements, in dem sie unter den Bedingungen des Infektionsschutzes die regulären Versorgungsabläufe aufrechterhalten, veränderte Prozesse koordinieren und letztlich auch den Fachkräftemangel kompensieren, der durch Ausfälle des Personals infolge von Überlastung und COVID-19-Infektionen verschärft wird.

Unter den langandauernden Bedingungen knapper werdender Ressourcen bei der Bewältigung einer als Katastrophenlage zu bezeichnenden Herausforderung an die Gesundheitsversorgung können Einschränkungen in der Patientensicherheit und Engpässe in der Regelversorgung nicht ausbleiben. Die Erhebung der Quote „sekundäre Corona-Opfer“ infolge aufgeschobener Arztbesuche und Behandlungen oder von Behandlungsfehlern durch Überlastung wird zukünftige Aufgabe der Forschungen zur wissenschaftlichen Aufarbeitung der COVID-19-Pandemie sein. Allerdings muss man bei aller Kritik einräumen, dass angesichts des Ausmaßes der Pandemie selbst das bestaufgestellte Gesundheitssystem an seine Kapazitätsgrenzen kommen würde.

### **Lösungen suchen, Kritik annehmen**

Will man aus der unsicheren Warte des gegenwärtigen Pandemiegeschehens einen Ausblick auf die Entwicklung des Pflegeberufs und der pflegerischen Versorgung „nach Corona“ versuchen, so ist der Blick zunächst auf die Wahrnehmung der Pflegenden zu richten. Wie empfinden sie die Zumutungen der Verantwortung, die sie mit ihrer Berufswahl auf sich genommen haben, grundsätzlich und in der Bewältigung der pflegerisch-medizinischen Versorgungskrise im Besonderen? Es liegt auf der Hand, dass eine separate Betrachtung der Berufsgruppe ohne Bezugnahme auf die Entscheidungen der politisch Verantwortlichen und die Reaktionen der Bevölkerung zu keiner vernünftigen Einschätzung führen kann. Trotz der Heterogenität der Infektionsschutzmaßnahmen auf bundes- und landespolitischer Ebene sowie des Krisenmanagements der jeweiligen Versorgungseinrichtungen – der Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste – lässt sich mit einer gewissen provokativen Intention die Behauptung aufstellen, bei den Pflegenden handele es sich derzeit um eine „beklatschte systemrelevante Verfügungsmasse“.

Der abendliche Applaus von bundesdeutschen Balkonen, wie er in den medialen Bildern aus dem pandemischen Epizentrum Wuhan in der chinesischen Provinz Hubei vorgemacht wurde, ist abgeebbt. Die nett gemeinte Geste nahmen die Pflegenden als solche wahr. Was eine übermüdete „Krankenschwester“, die dadurch in ihrer kurzen Ruhepause unterbrochen wurde, davon hält, hat die Kabarettistin Susanne Pätzold in der Junisendung der „Mitternachtsspitzen“ treffend auf den Punkt gebracht: „Wir sind keine Helden, sondern ganz normale Leute am Limit.“ (WDR Comedy & Satire, 2020; siehe Empfehlungen) Noch deutlicher reagierte die Krankenpflegerin Nina Böhmer mit ihrem Facebook-Post und dem Titel ihres Buches: „Euren Applaus könnte ihr euch sonst wohin stecken“ (vgl. Böhmer, 2020).

Der Anlass ihrer Entrüstung ist die Diskrepanz zwischen der allgemeinen, langjährigen Ignoranz der pflegerischen Arbeitsbelastungen und der Beliebigkeit einer momentanen Stimmung. Der Grund, diese Empörung in einem Buch ausführlich darzulegen, sind die mit einer professionellen pflegerischen Haltung nicht zu vereinbarenden Arbeitsbedingungen und Versorgungsdefizite, die sich unter der Pandemie bis an die Grenzen der Belastbarkeit verschärft haben. Bemerkenswert ist, dass 2019 und 2020 mindesten vier weitere Publikationen von Pflegekräften erschienen und alle diese jungen Autorinnen und Autoren eigene Social-Media-Kanäle unterhalten, denen mehrere zehntausend Follower regelmäßig folgen.

Der Unmut der Pflegenden in der COVID-19-Pandemie macht sich an den vielen Organisationsfehlern fest, die eine professionelle Pflege grundsätzlich und unter den Pandemiebedingungen im Besonderen erschweren: Anfangs fehlende Schutzartikel wie Kittel, Einmalhandschuhe und Mundschutz wurden rationiert und mussten mehrfach verwendet werden – die Kontradiktion aller hygienischer Vorkehrungen.

Zur Vermeidung der Kontakte von Pflegenden außerhalb der Kliniken wurden vielerorts Zwölf-Stundenschichten und „Kasernierung“ angeordnet, d. h., Pflegende arbeiteten mehrere Tage am Stück mehrere Schichten in den besonders belastenden Schaukel- und Wechseldiensten und hatten ihre Ruhezeiten innerhalb der Kliniken zu nehmen. Wer einmal eine gewöhnliche Schicht unter Isolationsbedingungen in kompletter Schutzmontur geleistet hat, weiß, wie unzumutbar – und unzureichend vergütet – solche Arbeitsbedingungen sind.

Gar keine Worte findet man für die Praxis vieler Arbeitgeber, in Kliniken und Pflegeheimen nachweislich mit COVID-19 infizierte Pflegekräfte trotz der Risiken für Mitarbeitende und Patienten nicht in die Quarantäne zu entlassen.

Das Empfinden von Unverständnis und Ungerechtigkeit lösten die Regelungen und die Praxis rund um den sogenannten „Corona-Bonus“ aus. Als „zynisch“ empfanden die Pflegenden in den Kliniken (vgl. Millich, 2020b), dass die „Anerkennungsprämie für Pflegende“ zunächst nur dem Pflegepersonal in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen zukommen sollte (vgl. Millich, 2020c; BMG, 2020b). Die Kriterien der später ausgehandelten Sonderzahlung für das klinische Pflegepersonal sind wiederum derart bürokratisch ausgestaltet, dass Verteilungsungerechtigkeiten zumindest subjektiv empfunden werden (vgl. DKG, 2020). Und als skandalös ist der Umstand zu bezeichnen, dass bisher nur 32 % der Mitarbeitenden in der Altenpflege ihr Bonus von den Arbeitgebern ausgezahlt wurde, obwohl die Pflegekassen die Gelder längst angewiesen haben (vgl. Gaede, 2021).

Angesichts dieser beruflichen Erfahrungen wirkte die Werbekampagne des Bundesfamilienministeriums „Ehrenpflegas“ im Oktober 2020 (vgl. BMFSFJ, 2020) – in der Art einer schlechten Sitcom – wie Spott und wurde in weiten Kreisen der Pflegenden auch so aufgefasst.

Für Verärgerung unter dem Pflegepersonal sorgte auch das Verhalten von Bevölkerung und Politik. Absichtsvolle Verstöße gegen die Schutzregeln und der „Pandemieschlendrian“ einzelner Bürger/-innen und ganzer Bevölkerungsgruppen führten die aufopferungsvollen Bemühungen der Pflegenden ad absurdum, wie sich mit dem stetigen Anstieg der Infektionszahlen in der Folge des ersten Lockdowns und deren Einmünden in die zweite Pandemiewelle zeigte. Dem Ernst der Lage ebenso wenig angemessen ist die Instrumentalisierung der Krisensituation für den politischen Wahlkampf, z. B. dem pauschalen Vorwurf der Impfverweigerung und dem Vorschlag einer kategorischen Impfpflicht für Pflegende. Dabei ist eine Generalisierung ohne solide Datenbasis ebenso fragwürdig, wie es obsolet ist, die Angehörigen einer bestimmten Bevölkerungs- oder Berufsgruppe zu stigmatisieren. Da derzeit keine entsprechenden Forschungsbefunde vorliegen, lassen sich valide Aussagen weder über die Verteilung der Impfbereitschaft unter den beruflich Pflegenden noch über Unterschiede zur bundesdeutschen Gesamtbevölkerung treffen (vgl. MDR, 2021).

### **Pflege ergreift Initiative**

Doch es gibt auch Mut machende Entwicklungen für die Pflege, die erst am Anfang stehen. Der „Walk of Care“, der traditionell am Geburtstag Florence Nightingales am



12. Mai durch einige deutsche Großstädte zieht, fand erstmals virtuell statt, begleitet von einzelnen Aktionen unter Beachtung der geltenden Abstands- und Sicherheitsregeln. Was als Notlösung gedacht war, erzeugte durch die mediale Berichterstattung bundesweite Aufmerksamkeit. Erneut zeigt sich die Bedeutung der Sozialen Medien im Bemühen der Pflegenden, die Bevölkerung für ihre beruflichen und gesundheitspolitischen Anliegen zu gewinnen.

Die Probleme der beruflichen Pflege und ihr Anliegen einer guten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung werden offensichtlich als „systemrelevant“ wahrgenommen. So haben der Bund und die Länder 2020 neue Sektoren definiert, die zur kritischen Infrastruktur gehören (vgl. BBK, 2020; Deutscher Bundestag, 2020). Und die Illustrierte Stern startete mit der Ausgabe vom 14.01.2021 eine „Aktion Pflege-Petition“, in der neben besseren beruflichen Bedingungen für die Pflege nicht weniger als eine „Abkehr von Profitdenken (...) durch eine Gesundheitsreform“ (Albrecht, 2021) gefordert wird.

Welche Entwicklung die berufliche Pflege nehmen wird, wenn die COVID-19-Pandemie überstanden ist, hängt von mehreren Faktoren ab: der Aktivierung der Pflegenden, für ihre Belange verstärkt einzutreten, der Bereitschaft der politisch Verantwortlichen, aus der Krise zu lernen, und der Wahrnehmung der Bevölkerung, dass eine gute pflegerische Versorgung in ihrem ureigenen Interesse liegt. Es ist aber auch eine Frage, wie die Pflegenden die Krise überstehen werden. Die Krise zeigt, dass die Pflege ein anspruchsvoller, herausfordernder und sicherer Beruf ist. Allerdings liegen bislang keine gesicherten Zahlen darüber vor, wie viele Pflegende während der Pandemie den Beruf verlassen haben, mit COVID-19 infiziert wurden oder gestorben sind. Jede dritte Pflegekraft erwägt laut Umfrage zumindest den beruflichen Ausstieg aus Gründen der Überlastung, aufgrund von Mängeln bei der Schutzausstattung oder wegen unzureichender Corona-Tests (vgl. Millich, 2021a). Mit Sicherheit lässt sich jedoch sagen, dass die gegenwärtigen außerordentlichen Belastungen traumatische Belastungsstörungen bei jenen Pflegenden und Ärzten/Ärztinnen hinterlassen werden, die unmittelbar mit der Versorgung lebensbedrohlich erkrankter COVID-19-Patienten betraut waren.

Es ist bemerkenswert, wie unterschiedlich die Forderungen für eine gute pflegerische Versorgung von den verschiedenen Akteuren definiert und formuliert werden. Die Politik hat in der 2017 initiierten „Konzertierten Aktion Pflege“ fünf Aufgabebereiche festgelegt, in denen Problemlösungen erarbeitet werden sollen, die sich sa-

lopp gesprochen auf die knappe Formel bringen lassen: mehr Personal, mehr Geld, mehr Ausbildung, mehr Verantwortung, mehr Digitalisierung. Nimmt man die von der Zeitschrift Stern angestoßene „Petition Pflege“ als Indikator für die Anliegen der Bevölkerung, so bedarf es besserer Arbeitsbedingungen, einer Aufwertung des Berufsbilds und einer umfassenden Finanzierungsreform im Gesundheitswesen (vgl. Albrecht, 2021; Millich, 2021b; Deutscher Bundestag, 2021).

Die Berliner Initiative junger Pflegender „Walk of Care. Pflege macht sich stark“ hat erneut und höchst professionell die Möglichkeiten digitaler Medien genutzt, um die Belange der Pflege und damit der Bevölkerung in die Öffentlichkeit zu tragen. Unterstützt von prominenten Filmschauspielerinnen und -schauspielern drehten die Pflegeaktivisten unter dem Titel „#gibuns5“ mehrere Solidaritätsvideos, in denen sie ihre Forderungen vortragen: gesetzliche Personalbemessung, eine gute Ausbildung, eine Fort- und Weiterbildungsordnung, eine gerechte Finanzierung und mehr politische Mitbestimmung für alle Gesundheitsberufe sowie Patienten und Patientinnen (PflegeKultur Ankurbeln e. V., o. J.).

Die Unterschiedlichkeit der vorgestellten Bündel an Forderungen repräsentiert trotz Schnittmengen und Komplementarität den unter den jeweiligen Perspektiven empfundenen Handlungsbedarf. An diesem Punkt stellt sich die Frage nach der Reichweite der gesteckten Ziele. In der berufspolitischen Diskussion, ebenso wie in der beruflichen Ausbildung, ist die „Professionalisierung der Pflege“ ein zentrales Thema.

Dem attributionstheoretischen Modell zufolge sind bestimmte Merkmale kennzeichnend für eine Profession (vgl. Siegrist, 2012, S. 1100). Zwar füllt die berufliche Pflege einen Tätigkeitsbereich aus, der gemeinnützig und von grundlegender Bedeutung für die Gesellschaft ist, aber etliche der anderen Kriterien scheinen derzeit nur bedingt oder nicht erfüllt zu sein. Zweifelsfrei vertritt die Pflege ein eigenes, nicht profitorientiertes Berufsethos und verfügt mit zunehmendem wissenschaftlichen Einfluss auf die Praxis über ein fundiertes Spezialwissen. Der Erwerb dieser Kompetenzen in akademischen Bildungsgängen verläuft in Deutschland im Rahmen von Modellvorhaben und hochschulischen Initiativen. Mit der dreijährigen berufsfachlichen Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann nimmt die Bundesrepublik international ohnehin eine Sonderstellung ein. Selbstverständlich kann man der Meinung sein, dies reiche zur Vorbereitung auf pflegerische Tätigkeiten aus. Wer indes eine solche Meinung vertritt, legt seine Unkenntnis über das breite Spektrum

pflegerischer Diagnostik und Therapie, seine Ignoranz gegenüber Wissenschaft und Forschung sowie ein mangelndes Verantwortungsbewusstsein für eine qualitative Gesundheitsversorgung an den Tag.

Aus guten Gründen haben sich international längst abgestufte Ausbildungs-niveaus unterhalb des primärqualifizierenden Studiengangs – verbunden mit der Möglichkeit vertikaler Mobilität – etabliert. Wenn die berufliche Pflege in Deutschland nicht den Anschluss an die internationalen Entwicklungen in Forschung und Lehre verlieren soll, sondern von ihr erwartet wird, ihren Beitrag zur Gesunderhaltung der Bevölkerung im Konzert mit den anderen Gesundheitsberufen zu leisten, dann muss ihr der erforderliche Raum gegeben werden, um sich professionell weiterzuentwickeln. Damit kommen zwei weitere Professionskriterien zum Tragen, nämlich die berufliche Autonomie in der Berufsausübung und in der beruflichen Selbstverwaltung. Gegenwärtig finden sich diese beiden Aspekte beispielsweise im Diskurs um Vorbehaltsaufgaben und pflegerisches Verschreibungsrecht sowie um die Pflegekammern.

Die Unterschiede in der Sichtweise auf die Probleme der beruflichen Pflege und deren Abweichung von den Merkmalen einer Profession verweisen auf das Fehlen langfristiger Ziele. Diese sind aber letztlich von den Pflegenden selbst anzustreben und einzufordern.

Betrachtet man aktuelle Werbekampagnen für den Pflegeberuf, so scheint es gesellschaftlich noch nicht präsent zu sein, dass es sich dabei um ein modernes Berufsbild handelt. Herzlichkeit, Fürsorglichkeit und Verständnisfähigkeit mögen hinreichende Bedingungen sein. Naturwissenschaftlich-technische Kenntnisse, analytische Fähigkeiten und Reflexionsfähigkeit gepaart mit der Bereitschaft, ständig hinzuzulernen, sind notwendig für die Eignung zur Pflegefachkraft. Der Fächerkanon der Auszubildenden und Studierenden in der Pflege umfasst neben den medizinischen Fächern wie Anatomie, Physiologie und Pathologie, den gesellschaftswissenschaftlichen Disziplinen wie Soziologie, Psychologie und Recht insbesondere die Vermittlung wissenschaftlich fundierten, praktisch anwendbaren Pflegewissens und sozialpädagogischer Kenntnisse. Diese Vielfalt und dieser Umfang des Lehrplans tragen dem breiten Aufgabengebiet der beruflichen Pflege Rechnung.

Was also rechtfertigt die Benachteiligung der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen mit der größten Kontaktdichte und -intensität an den Patienten? Diese wirkt anachronistisch angesichts der Komplexität moderner Therapieverfahren, Krankheitsbilder und der Versorgungslandschaft. Die Wärterinnen der neuzeitlichen

Spitäler und die ärztlichen Assistentinnen des bürgerlichen 19. und 20. Jahrhunderts sind Geschichte. Das Berufsbild der Pflege stellt das Pendant zu dem des ärztlichen Berufs und der anderen Gesundheitsberufe dar. Pflegende sichern mit ihrer Arbeit den Behandlungserfolg, unterstützen pflegetherapeutisch den Genesungsprozess, schützen vor Komplikationen im Heilungsverlauf, überwachen, beobachten und dokumentieren Vitalzeichen und Therapieverlauf, unterstützen aufwendige medizinisch-technische Prozedere, geben sozialpsychologische Unterstützung und Beratung und vieles mehr. Und es bedarf kaum Fantasie, um zukünftige Anforderungen an die Pflege im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung, dem medizinisch-technischen Progress oder etwa der Digitalisierung abzusehen.

Mit ihrem Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung sind Pflegende sogar in einem positiven Sinne kostenrelevant. Diese gesellschaftlich wertvollen Funktionen können sie jedoch nicht erfüllen, wenn sie zur kostenreduzierenden Verfügungsmasse des Personalabbaus degradiert werden.

Spätestens angesichts der schmerzhaften Erfahrung der COVID-19-Pandemie sollte jedem, mindestens aber den Verantwortlichen in der Politik und den Berufsverbänden, deutlich geworden sein, dass die Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung ohne die Gleichberechtigung aller Gesundheitsberufe nicht gelingen kann. Die Zunahme der Alters-, Multi- und Komorbidität im Zusammenhang mit chronisch-degenerativen Beschwerdebildern, demenziellen Erkrankungen, onkologischen Krankheitsbildern und einem erhöhten Pflegebedarf erfordern interdisziplinäre und multiprofessionelle Herangehensweisen. Tradierte Hierarchien und berufsständische Vorbehalte, Einkommensungerechtigkeiten und Fremdbestimmung sowie die Absprache einer eigenen beruflichen Identität bilden hier nur Hürden der Irrationalität. Das Ziel einer Gesundheitsreform muss über die Behebung ökonomischer Fehlansätze durch eine gerechtere Finanzierung vor allem auf die Autonomie, Integration und Mitsprache aller Gesundheitsberufe ausgerichtet werden. Die Kompetenzen und Zuständigkeitsbereiche der verschiedenen Gesundheitsberufe sind partnerschaftlich und lückenlos – wenn auch durchaus überschneidend – um den Versorgungsbedarf der Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie „Klienten“ in der häuslichen Betreuung anzulegen. Nur mit diesem Anspruch werden sich die zukünftigen He-

rausforderungen einschließlich der Nutzung der künstlichen Intelligenz in der gesundheitlichen Versorgung human gestalten lassen.

Michael Rosentreter

Bremen, im Januar 2021

## Literatur

- Albrecht, B. (2021). *Rettet die Pflege*. Stern, 3, S. 48–56 und Beilage „Aktion Pflege-Petition“.
- Barmer (2020). *Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen ab 2021*. <https://www.barmer.de/politik/themenpool/pflegepersonaluntergrenzen-ab-2021-264318> (31.01.2021).
- BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2020). *COVID-19: Übersicht Kritischer Dienstleistungen. Sektorspezifische Hinweise und Informationen mit KRITIS-Relevanz*. [https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Sonstiges/Covid\\_19\\_Uebersicht\\_Kritischer\\_Dienstleistungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Sonstiges/Covid_19_Uebersicht_Kritischer_Dienstleistungen.pdf?__blob=publicationFile) (01.02.2021).
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020). „*Ehrenpflegas*“ – die Serie zur neuen Pflegeausbildung. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/serie-ehrenpflegas-gestartet-1797950> (02.02.2021).
- Böhmer, N. (2020). „*Euren Applaus könnt ihr euch sonst wohin stecken*“. *Pflegenotstand, Materialmangel, Zeitnot – was alles in unserem Gesundheitssystem schief läuft*. Hamburg: HarperCollins.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020a). *Spahn und Wieler zum Coronavirus (28.1.)*. [https://www.youtube.com/watch?v=8\\_KVXpxoEXY](https://www.youtube.com/watch?v=8_KVXpxoEXY) (30.01.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020b). *Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/covid-19-bevoelkerungsschutz-2.html> (01.02.2021).
- Charisius, H. (2019). *Explosion in russischem Hochsicherheitslabor*. *Süddeutsche Zeitung*, 17.09.2019. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/viren-pocken-russland-1.4604212> (31.01.2021).
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019). *WHO ruft 2020 als „Internationales Jahr der Pflegenden und Hebammen“ aus*. Pressemitteilung vom 27.05.2019. <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2019/who-internationales-jahr.php> (31.01.2021).
- Deutscher Bundestag (2021). *Petition 117906. Gesundheitsreform für eine bessere Pflege zum Schutz der Pflegebedürftigen vom 11.11.2020*. [https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/\\_2020/\\_11/\\_11/Petition\\_117906.nc.html](https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2020/_11/_11/Petition_117906.nc.html) (02.02.2021).
- Deutscher Bundestag (2020). *Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite*. *Bundesgesetzblatt*, Teil 1, 23, 22.05.2020.
- Deutscher Bundestag (2013). *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012*. Drucksache 17/12051. [https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Krisenmanagement/BT-Bericht\\_Risikoanalyse\\_im\\_BevSch\\_2012.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Krisenmanagement/BT-Bericht_Risikoanalyse_im_BevSch_2012.pdf?__blob=publicationFile) (30.01.2021).
- Deutsches Ärzteblatt (2020). *Debatte um Wiedereinsetzen der Personaluntergrenzen*. Artikel vom 22.07.2020. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114914/Debatte-um-Wiedereinsetzen-der-Personaluntergrenzen> (31.01.2021).

- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2020). *Corona-Prämie für Pflegekräfte im Krankenhaus kommt*. Gemeinsame Pressemitteilung mit dem GKV-Spitzenverband vom 03.03.2020. <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/corona-praemie-fuer-pflegekraefte-im-krankenhaus-kommt/> (01.02.2021).
- Grimm, I. (2020). *Niedrige Corona-Zahlen und eine trügerische Frage: War der Lockdown übertrieben?* Redaktionsnetzwerk Deutschland, 28.05.2020. <https://www.rnd.de/politik/niedrige-corona-zahlen-fuehren-zu-einer-truegerische-frage-war-der-lockdown-uebertrieben-3XLTYTYZ3RDYBARFHHWGNCL3W4.html> (01.02.2021).
- ICN – International Council of Nurses (2012). *ICN-Ethikkodex für Pflegendende*. [https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege\\_Charta/Schulungsmaterial/Modul\\_5/Weiterfu%CC%88hrende\\_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf](https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege_Charta/Schulungsmaterial/Modul_5/Weiterfu%CC%88hrende_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf) (02.02.2021).
- Imöhl, S. (2021). *Coronavirus: So hat sich die Lungenkrankheit in Deutschland entwickelt*. Handelsblatt, 29.01.2021. <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/covid-19-in-deutschland-coronavirus-so-hat-sich-die-lungenkrankheit-in-deutschland-entwickelt/25584942.html?ticket=ST-10555568-LSrc1kmP6fxTZPpfxP3-ap6> (30.01.2021).
- Koselleck, R. (2004). *Krise*. In: Brunner, O./Conze, W./Koselleck, R. (Hrsg.): *Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexikon zur politischen Sprache in Deutschland*. Band 3. Studienausgabe, Stuttgart: Klett-Cotta, S. 617–650.
- MDR (2021). *Angeblich geringe Impfbereitschaft von Pflegepersonal – Daten fehlen*. Artikel vom 10.01.2021. <https://www.mdr.de/nachrichten/politik/gesellschaft/corona-impfung-pflegeheim-krankenhaus-bereitschaft-100.html> (01.02.2021).
- Millich, N. (2021a). *Pflexit „gewinnt“ an Fahrt*. *BibliomedPflege*, 12.02.2021. <https://www.bibliomed-pflege.de/news/pfexit-gewinnt-an-fahrt> (16.02.2021).
- Millich, N. (2021b). *Stern startet Aktion für eine Pflege in Würde*. *BibliomedPflege*, 14.01.2021. <https://www.bibliomed-pflege.de/news/stern-startet-aktion-fuer-eine-pflege-in-wuerde> (02.02.2021).
- Millich, N. (2020a). *Spahn setzt Personaluntergrenzen in der Pflege aus*. *BibliomedPflege*, 05.03.2020. <https://www.bibliomed-pflege.de/news/40027-spahn-setzt-personaluntergrenzen-in-der-pflege-aus> (31.01.2021).
- Millich, N. (2020b). *Finanzierung der Prämienzahlungen für Pflegendende. BVAP schlägt Kostenteilung vor*. *BibliomedPflege*, 24.04.2020. <https://www.bibliomed-pflege.de/news/bvap-schlaegt-kostenteilung-vor> (01.02.2021).
- Millich, N. (2020c). *Zweites Pandemie-Gesetz beschlossen. Corona-Prämie „nur“ für Altenpflege*. *BibliomedPflege*, 15.05.2020. <https://www.bibliomed-pflege.de/news/corona-praemie-nur-fuer-altenpflege> (01.02.2021).
- Gaede, K. (2021). *Noch keinen Coronabonus erhalten? Was Anwälte raten*. [https://www.pflegen-online.de/noch-keinen-coronabonus-erhalten-was-anwaelte-raten?utm\\_source=pflegebrief\\_newsletter&utm\\_medium=newsletter&utm\\_content=Noch%20keinen%20Coronabonus%20erhalten%3F%20Was%20Anw%E4lte%20raten&utm\\_campaign=nl\\_pfb\\_21\\_01\\_27](https://www.pflegen-online.de/noch-keinen-coronabonus-erhalten-was-anwaelte-raten?utm_source=pflegebrief_newsletter&utm_medium=newsletter&utm_content=Noch%20keinen%20Coronabonus%20erhalten%3F%20Was%20Anw%E4lte%20raten&utm_campaign=nl_pfb_21_01_27) (01.02.2021).
- PflegeKultur Ankurbeln e. V. (o. J.). *Walk of Care. Pflege macht sich stark. Unsere Forderungen*. <https://digitalwalkofcare.org/walk-of-care-startseite/unsere-forderungen> (02.02.2021).
- Proll, U. (2020a). *Keine Panik – aber dennoch Fragen*. *Behörden-Spiegel* vom 12.03.2020. <https://www.behoerden-spiegel.de/2020/03/12/keine-panik-aber-dennoch-fragen/> (31.01.2021).

- Proll, U. (2020b). *COVID-19: Labor als Quelle nicht ausgeschlossen*. Behörden-Spiegel, 20.04.2020. <https://www.behörden-spiegel.de/2020/04/20/covid-19-labor-als-quelle-nicht-ausgeschlossen/> (31.01.2021).
- Schmidt, M. G. (2010). *Krise*. In: Schmidt, M. G. (Hrsg.): Wörterbuch zur Politik. 3. überarb. und aktual. Auflage, Stuttgart: Alfred Kröner, S. 443 f.
- Siegrist, J. (2012). *Die ärztliche Rolle im Wandel*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 55 (9), S. 1100–1105.

## Empfehlungen

### Internet-Links

- Berliner Pflegestammtisch/Walk for Care (2018). *Kurzfilm: Fiktion oder Realität? Pflege 2030*. <https://www.youtube.com/watch?v=94C-6FsFcfc> (09.02.2021).
- Junge Pflege; DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. <https://www.junge-pflege.de/> (16.02.2021).
- WDR Comedy & Satire (2020). *Helden im Gesundheitswesen – Susanne Pätzold und Jürgen Becker*. [https://www.youtube.com/watch?v=Hyke0w\\_JS-Y](https://www.youtube.com/watch?v=Hyke0w_JS-Y) (09.02.2021).
- Walk of Care. Pflege macht sich stark. <https://digitalwalkofcare.org/> (09.02.2021).
- „Walk of Care“ auf YouTube: [https://www.youtube.com/channel/UCthCr51SwJgHE9X\\_9c\\_rjyw](https://www.youtube.com/channel/UCthCr51SwJgHE9X_9c_rjyw) (09.02.2021).

### Publikationen junger Pflegender

- Böhler, F./Kubsova, J. (2020). *I'am a Nurse. Warum ich meinen Beruf als Krankenschwester liebe – trotz alledem*. München: Heyne.
- Böhmer, N. (2020). „Euren Applaus könnt ihr euch sonst wohin stecken“. *Pflegenotstand, Materialmangel, Zeitnot – was alles in unserem Gesundheitssystem schief läuft*. Hamburg: HarperCollins.
- Jorde, A. (2019). *Kranke Pflege. Gemeinsam aus dem Notstand*. München: Tropen.
- Pé, S. (2020). *Wir dürfen alte Menschen nicht allein lassen! Wie wir den Pflegenotstand beenden*. Hamburg: Rowohlt.
- Steidl, M./Marcher, F. (2020). *Weil es ohne uns nicht geht. Akutes aus der Notaufnahme. Ein Krankpfleger erzählt*. Hamburg: Eden Books.

## Autorinnen und Autoren

### **Andrea Albrecht**

Ausbildung zur Kinderkrankenpflegerin (bis 1985) am Universitätsklinikum Essen, seit 1995 in leitender Position als Stations- und Abteilungsleitung in den Kliniken Essen-Süd; Studium Pflegemanagement an der Katholischen Fachhochschule Köln (1994–1997); Pflegedienstleitung in den Kliniken Essen-Süd (1997–2008); Pflegedirektorin in Karlsbad-Langensteinbach/Baden-Württemberg (2009–12/2020); seit 2011 Pflegedirektorin, Städtische Kliniken – Lukaskrankenhaus Neuss GmbH. Funktionen: im Bundesverband Pflegemanagement Vorstandsmitglied der Landesgruppe Nordrhein-Westfalen; im Pflegerat NRW Vorsitzende der Fachgesellschaft Profession Pflege; langjährige Vorstandstätigkeit für den Deutschen OTA-Schulträgerverband, Pflegemanagerin 2019.

### **Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik**

Krankenschwester (Heidelberg), Diplom-Soziologin (Mannheim), Dr. rer. pol. (Berlin-West), Habilitation Pflegewissenschaft (Witten); berufliche Erfahrung als Krankenschwester, als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bundesgesundheitsamt Berlin (heute Robert Koch-Institut), mit DAAD-Forschungsstipendien in den USA, als Professorin für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Frankfurt am Main (1993–2001), 2001 bis 2018 als Lehrstuhlinhaberin im Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke in Witten (seit 2013 nur noch Teilzeit), 2009 bis 2012 Gründungssprecherin des Standorts Witten im Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in der Helmholtz-Gemeinschaft. Mitglied u. a. im Lenkungsausschuss des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (1999–2009), Mitglied in verschiedenen Sachverständigenräten, u. a.: 4. Altenbericht der Bundesregierung; Enquêtekommission zur Zukunft der Pflege in NRW; Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im BMG; seit 2013 Vorsitzende der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, seit 2004 Vorsitzende des Vorstands der Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft (Träger IPW Bielefeld). Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung der Pflegewissenschaft, Pflegediagnostik/Assessmentinstrumente, Mangelernährung und Pflege, Demenz.

### **Dr. Ronja Behrend**

hat zum Thema „Interprofessionelle Ausbildung der Gesundheitsberufe“ promoviert und zuvor Physiotherapie (B. A.) und Management im Gesundheitswesen (M. Sc.) studiert. Seit 2014 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Dieter Scheffner Fachzentrum für medizinische Hochschullehre und evidenzbasierte Ausbildungsforschung.



**Prof. Dr. rer. med. Adina Dreier-Wolfgramm**

Dipl.-Pflegerin (FH); Bachelor of Arts (Pädagogik für Gesundheitsfachberufe; Master of Science (Public Health and Administration); 2006 bis 2017 Tätigkeit am Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald sowie am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Rostock/Greifswald; Forschungsschwerpunkte: Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung; Leitung des Forschungsbereichs „Künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen/Qualifikation“ sowie Leitung der AG „Care Management and Qualification“; Promotion 2012 über das Thema Dementia Care Manager für Patienten mit Demenz; 2017 bis 2019 Referentin für Gesundheitsfachberufe in der Abt. Gesundheit des Wirtschaftsministeriums Mecklenburg-Vorpommern; seit 2019 Professorin (W2) für Pflegewissenschaft.

**Prof. Dr. Nina Fleischmann**

Pflegefachperson, Pflegewissenschaftlerin, Professorin für Pflegewissenschaft an der Hochschule Hannover. Arbeitsschwerpunkte: Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege; Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege; Professionalisierung.

**Silke Freihoff, M. Sc.**

Ergotherapeutin, Ausbildung am Annastift e. V. in Hannover; Bachelor-Studium an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) in Hildesheim und berufsbegleitendes Master-Studium parallel zur Tätigkeit in der Klinik für Rehabilitationsmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), 2018 bis 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin in der AG Palliativversorgung der MHH im Projekt „ProPall – Proaktive Palliativversorgung älterer Patienten in der letzten Lebensphase“ und 2020 zugleich im Projekt „NOVELLE – Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase“, seit September 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik für Rehabilitationsmedizin an der MHH, Projektkoordination „KomBi-EMR – Kontextfaktoren der ICF in der sozialmedizinischen Begutachtung im Rahmen der Erwerbsminderungsrente bei muskuloskeletalen Erkrankungen“.

**Dr. phil. Jörg (Alexander) Hallensleben**

(geb. 1959, geb. Meyer) ist Professor für Pflegemanagement, insbesondere Pflegeberatung an der APOLLON Hochschule. Nebenberuflich arbeitet er als freier Berater für Pflegeeinrichtungen. Jörg Hallensleben wurde durch seinen im Krankenhaus abgeleisteten Zivildienst dazu motiviert, eine Ausbildung zum Krankenpfleger zu machen. Im Anschluss daran arbeitete er fünf Jahre in der ambulanten Pflege, die letzten beiden Jahre als Geschäftsführer des Pflegedienstes. Parallel dazu absolvierte er in Marburg

ein Politikstudium, das er zunächst mit einem Diplom abschloss. Es schlossen sich zehn Jahre primär wissenschaftlicher Tätigkeit an. Jörg Hallensleben promovierte in Marburg zum Thema „Einführung der Pflegeversicherung“ und betrieb danach im Auftrag des Bundes Begleit- und Aktionsforschung zur Verbesserung der Pflege in Münster. Anschließend bekleidete er eine Vertretungsprofessur für Theorie und Praxis der Pflege an der FH Jena sowie eine weitere für das Fach Pflegemanagement an der Hamburger Fernhochschule (HFH). Jörg Hallensleben hat nach seiner Promotion u. a. das Fernstudium Management von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen (Master of Arts) an der Universität Kaiserslautern sowie eine Ausbildung zum QM-Manager bei der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) erfolgreich abgeschlossen, ferner eine Ausbildung zum Wundexperten der Initiative Chronische Wunden (ICW).

**Universitätsprofessor a. D., Dr. iur. Gerhard Igl**

Bis Oktober 2014 Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Sozialrecht sowie geschäftsführender Vorstand des Instituts für Sozialrecht und Gesundheitsrecht der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Die wissenschaftliche Befassung in jüngerer Zeit bezieht sich schwerpunktmäßig auf das Gesundheitsrecht (hier insbesondere das Pflegerecht, das Recht der Gesundheitsberufe und das Recht der Qualitätserstellung). Die jüngeren Veröffentlichungen betreffen das Recht der Pflegeberufe (Kommentierung zum Pflegeberufegesetz) und das Recht der Hebammen (Kommentierung zum Hebammengesetz). Seit 2015 Vorstandsmitglied des Vereins zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberufes. Weitere Informationen unter [https://de.wikipedia.org/wiki/Gerhard\\_Igl](https://de.wikipedia.org/wiki/Gerhard_Igl).

**Prof. Dr. Thomas Klie**

ist Rechtswissenschaftler und Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaft an der Evangelischen Hochschule Freiburg und Privatdozent an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt/Wien. Er leitet die Institute AGP Sozialforschung und Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (zze) und ist nebenberuflich als Rechtsanwalt in Freiburg und Berlin tätig.

**Mareen Machner**

ist ausgebildete Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin sowie Notfallpflege. Sie studierte berufsbegleitend Wirtschaftspädagogik. Seit 2014 ist sie Mitarbeiterin an der Charité und am Berliner Bildungscampus. Derzeit promoviert sie zum Thema „Entwicklung und Implementierung der Fachweiterbildung Notfallpflege im Kontext von multiprofessionellen Teams“.

**Dr. phil. Barbara Mayerhofer, MBA**

war nach einer langjährigen Tätigkeit als Schulleitung einer Krankenpflegeschule viele Jahre bei einem Wohlfahrtsträger als Geschäftsleitung für die Altenhilfe zuständig. Nach dem Studium zum Master of Business Administration (MBA) promovierte sie am Institut für Gerontologie der Universität Vechta zum Thema Führungskompetenzen in der stationären Altenhilfe. Barbara Mayerhofer ist seit 2013 als Studiengangsleiterin für den Studiengang Pflegemanagement an der APOLLON Hochschule sowie als Lehrbeauftragte an der Hochschule Osnabrück tätig.

**Ricarda Möller**

2013 bis 2016 Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin, 2014 bis 2018 Bachelor-Studium der Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Expertise an der Universität Bremen, seit 2019 Master-Studium der Community and Family Health Nursing an der Universität Bremen; 2016 bis 2019 Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin im Klinikum Bremen Ost der Gesundheit Nord GmbH auf der neurologischen Frührehabilitation; Pflegewissenschaftlerin und Koordinatorin bei Ambulante Versorgungsbrücken e. V. (10/2019–12/2019); seit 2020 geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Ambulanten Versorgungsbrücken e. V. sowie seit 2018 Referentin für Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e. V.

**Dr. PH Gabriele Müller-Mundt, M. A.**

Krankenpflegeausbildung und Magister-Studium der Soziologie (Hauptfach), Neueren Geschichte und Wissenschafts- und Technikgeschichte an der TU-Berlin, mehrjährige klinische Tätigkeit und langjährige Forschungstätigkeit, seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG Palliativversorgung des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), u. a. im Projekt „ProPall – Proaktive Palliativversorgung älterer Patienten in der letzten Lebensphase“, und Leitung des Projekts „ImPAct – Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie Niedersachsen“.

**Prof. Dr. Harm Peters, MHPE**

ist Professor für Curriculumsentwicklung, Professionalisierung der Lehrenden und Ausbildungsforschung an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Hier leitet er das Dieter Scheffner Fachzentrum für medizinische Hochschullehre und evidenzbasierte Ausbildungsforschung. Er ist Master of Health Profession Education (MHPE Maastricht) und praktizierender Arzt für Innere Medizin und Nephrologie.

**Prof. Dr. Johanne Pundt, MPH**

Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, wissenschaftliche Tätigkeiten an der TU Berlin und der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, seit 2009 Dekanin an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen und seit 2017 Präsidentin der APOLLON Hochschule; Arbeitsschwerpunkte: Berufs-, Professions- und Bildungssoziologie bezogen auf das Gesundheitswesen, Human-Resource-Management und Themen zu Bedarfen im Bildungsbereich der Gesundheitswirtschaft sowie zu Qualifizierungspotenzialen und Arbeitsgestaltungen.

**Stephanie Rieder-Hintze, M. A.**

Studium (Politikwissenschaft, Geschichte, Anglistik/Amerikanistik, Journalismus) in Stuttgart und Washington, D.C. Langjährige Leiterin der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Robert Bosch Stiftung. Heute freie Journalistin und Autorin in Bonn. Schwerpunkte: Gesundheit, Bildung, Esskultur.

**Prof. Dr. rer. pol. Michael Rosentreter**

Medizinsoziologe und Medizinhistoriker, Studium an den Universitäten Köln und Utrecht, wissenschaftliche Mitarbeit am Institut der Ärzte Deutschlands in Bonn (WIAD) und am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen; Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin und Lehrtätigkeit an der WBS Berufsfachschule für Altenpflege in Oldenburg, seit 2017 Professor für Pflegemanagement und Berufspädagogik im Fachbereich 3 an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft. Themen: Patientensicherheit, Interdisziplinäre gesundheitsberufliche Ausbildung, Gesundheitskompetenz, Professionalisierung der Pflege, Ethik, Sterben und Tod.

**Dr. Almut Satrapa-Schill**

Beraterin, langjährige Bereichsleiterin bei der Robert Bosch Stiftung. Kuratorin und Stiftungsrätin u. a. der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, dem Zentrum für Qualität in der Pflege, der Careum Stiftung Zürich. Kuratorin im Kuratorium Deutsche Altershilfe. Vorsitzende des Vereins Caro Ass und des Vereins zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberufes.

**Prof. Dr. rer. medic. Björn Sellemann**

ist Pflegewissenschaftler, Medizin- und Pflegeinformatiker. Nach seiner Ausbildung zum Krankenpfleger studierte er Pflegewissenschaft an der HS Osnabrück. 2010 erfolgte die berufsbegleitende Promotion zum Dr. rer. medic. am Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Universität Duisburg-Essen zum Thema Data-Mining-Verfahren in der Wissensdomäne Pflege. Vor seinem Ruf im Jahr 2017 als Professor für Nutzerorientierte Gesundheitstelematik und assistive Technologien an den Fachbereich Gesundheit der FH Münster war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Forschungsgruppe

Informatik im Gesundheitswesen an der HS Osnabrück und als AG-Leiter am Institut für Medizinische Informatik an der Universitätsmedizin Göttingen beschäftigt. Seit Jahren engagiert er sich in verschiedenen wissenschaftlichen Gremien und ist gegenwärtig u. a. Leiter der GMDS-AG „Informationsverarbeitung in der Pflege“ und seit 2014 Mitglied im DMEA-Kongressbeirat.

### **Gertrud Stöcker**

ist Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie Lehrerin für Gesundheits- und Pflegeberufe. Von 1974 bis 1994 war sie, u. a. leitend, in der Ausbildung für die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege tätig. Für drei Jahre war sie Fachgebietsleiterin Pflege beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS). Seit 1997 ist sie freie Mitarbeiterin an pflegerischen Weiterbildungsinstituten und Lehrbeauftragte an Universitäten und Fachhochschulen. In diesen Kontexten: Mitwirkung in zahlreichen Beiräten und Projekten, so z. B. im Beirat „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“ (GesinE) an der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, im Beirat „Schaffung und Steuerung eines Pilotnetzes von Krankenpflege-Ausbildungs- und Regulierungsstellen“, Contec Berlin und im MinGEPA-Beirat „Evaluierung der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen“, im BMG-Beirat „2. Pflegegipfel“ zur Neuordnung der Aufgaben im Krankenhaus, Mustercurriculum für interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Kontext des nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs für die ärztliche Ausbildung (NKLM), Mainz, Konzentrierte Aktion Pflege – Ausbildungs-offensive, Berlin.

### **Prof. Dr. med. Stefan Teipel**

Studium der Humanmedizin von 1991 bis 1998; Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Laboratory of Neurosciences, National Institute on Aging, National Institutes of Health, Bethesda, USA (1996) sowie von 1998 bis 2003 am Alzheimer Memorial Center, Abteilung Neuroimaging und Demenzforschung, Klinik für Psychiatrie, Universitätsklinik München; 2000 Promotion zum Thema „Quantifizierung regionaler Corpus-callosum-Atrophie bei Patienten mit Demenz vom Alzheimer Typ im Vergleich zu gesunden älteren Kontrollpersonen: ein In-vivo-Modell zur Erfassung neokortikalen Neuronenverlustes“; Forschungsgruppenleiter am Alzheimer Memorial Center in der Abteilung Neuroimaging und Demenzforschung (2003–2008), Facharzt für Psychiatrie (2007); 2007 Habilitation zum Thema „Neokortikale und subkortikale Neurodegeneration bei der Demenz vom Alzheimer Typ in vivo: Untersuchungen mit In-vivo- und Post-mortem-MRT“; 2008 bis 2013 Professor (W2) für klinisch-experimentelle Psychiatrie an der Universitätsmedizin Rostock, seit 2015 Professor (W3) für klinische Demenzforschung an der Universitätsmedizin Rostock sowie seit 2009 (stellvertretender) Standortsprecher des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) am Standort Rostock/Greifswald.

**Aleksandr Vogelsang, MPH**

Aleksandr Vogelsang studierte von 2006 bis 2009 Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Mittelständische Wirtschaft, absolvierte von 2011 bis 2013 das Master-Studium Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und promoviert seit 2015 berufsbegleitend zu einem Thema der Versorgungsforschung in der ambulanten Pflege an der MHH. Beruflich ist er seit 2004 in der Medizin Mobil Gruppe und seit 2009 geschäftsführender Gesellschafter. Er leitet das mittelständische Familienunternehmen in zweiter Generation. Seit Januar 2021 ist er nebenberuflich Dozent an der Leibniz Fachhochschule Hannover für das Fach „Unternehmensführung in Unternehmen des Gesundheitswesens“.

**Wenke Walther, M. Sc.**

Logopädin, Bachelor- und Master-Studium an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) in Hildesheim; seit 2009 Lehrbeauftragte an der HAWK; seit 2011 Lehrlogopädin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH); seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin in der AG Palliativversorgung der MHH im Projekt „ImPAct – Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie Niedersachsen“.

**Nora Wehrstedt von Nessen-Lapp, M. S. M.**

Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin (2011–2014); Weiterbildung zur Pain Nurse und Qualitätsmanagementbeauftragten; Bachelor- und Master-Studium an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften – Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel mit den Abschlüssen Angewandte Pflegewissenschaften (B. Sc.) sowie Sozialmanagement (M. S. M.); seit 2017 Pflegefachleitung in der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie im Städtischen Klinikum Braunschweig; seit 2018 stellvertretende Präsidentin der Pflegekammer Niedersachsen.

**Anja Wiedermann**

Krankenschwester und Diplompflegepädagogin (FH), szenische Spielleiterin/Supervision; 1997 bis 2000 Ausbildung zur Krankenschwester in Berlin, 2000 bis 2009 Tätigkeit als Krankenschwester auf einer neurochirurgischen Allgemeinstation, 2009 bis 2017 Diplom-Pflegepädagogin an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule. Anja Wiedermann war bis September 2017 ehrenamtliches (berufenes) Mitglied im Errichtungsausschuss der Pflegekammer Niedersachsen; anschließend Wechsel in das Hauptamt als Leitung des Geschäftsbereichs „Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation“, 2018 bis 2020 Leitung des Referats Bildung/wissenschaftliche Referentin, seit August 2019 Referentin für Niedersachsen in der Bundespflegekammer, seit Juni 2020 Leitung des Geschäftsbereichs „Pflegeberufentwicklung“ (unterstellte Referate sind Pflege- und Gesundheitspolitik, Qualität, Bildung und Mitgliederberatung); ne-

berufliche Tätigkeit als Honorarprofessorin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege, u. a. mit Lehrauftrag an der Hochschule Hannover; gewähltes Mitglied der Bundesarbeitsgruppe Pflegebildung des DBfK.

**Prof. Dr. Klaus Wingenfeld**

Studium der Soziologie an der Universität Münster, Promotion 2004 an der Bielefelder Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Seit 1995 Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), jetzt wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts und Honorarprofessor an der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkte: Qualitätsentwicklung und Qualitätsbeurteilung in der Langzeitpflege, Methoden der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit, Entlassungsmanagement im Krankenhaus, innovative Versorgungskonzepte in der ambulanten Pflege.

**Prof. Dr. rer. nat. Ina Zwingmann**

Dipl.-Psychologin (FH); 2006 bis 2012 Studium der Psychologie an der Technischen Universität Dresden, 2012 bis 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Center for Disability and Integration, Universität St. Gallen (Schweiz), 2013 bis 2016 Promotion an der Technischen Universität Dresden im Fachbereich Mathematik und Naturwissenschaften; freiberufliche Hochschuldozentin (2016–2018), Post-Doktorandin am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Rostock/Greifswald (2016–2019), seit 2018 psychologische Psychotherapeutin sowie seit 2019 Professorin (W2) für Kommunikationspsychologie an der Europäischen Fachhochschule Rhein/Erft GmbH am Standort Rostock und seit 2020 Dekanin des Fachbereichs Angewandte Gesundheitswissenschaften der EU-FH Rostock.

## Abbildungsverzeichnis

|            |   |     |
|------------|---|-----|
| Abb. 3.1:  | Ablauf eines interprofessionellen Simulationstrainings  | 77  |
| Abb. 4.1:  | Übersicht Selbstverwaltungsorganisationen und/oder staatliche Organe Pflegender in Europa                     | 89  |
| Abb. 4.2:  | Übersicht Pflegekammern in Deutschland  | 92  |
| Abb. 4.3:  | Übersicht I zur Lage der Pflegefachberufe   | 98  |
| Abb. 4.4:  | Übersicht II zur Lage der Pflegefachberufe  | 99  |
| Abb. 6.1:  | Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Strukturmerkmalen  | 140 |
| Abb. 6.2:  | Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Strukturmerkmalen  | 142 |
| Abb. 7.1:  | Altersverteilung der ausländischen Fachkräfte beim Eintritt in das Fachkräfteprogramm in % (n = 142)          | 159 |
| Abb. 7.2:  | Anzahl rekrutierter ausländischer Pflegefachkräfte pro Jahr   | 160 |
| Abb. 7.3:  | Anzahl der im Unternehmen verbliebenen Monate von Anerkennung bis Austritt der ausländischen Pflegefachkräfte | 163 |
| Abb. 8.1:  | Motivation und positive Aspekte der Pflegeübernahme   | 172 |
| Abb. 8.2:  | Belastungsfaktoren und Belastungserleben pflegender Angehöriger   | 175 |
| Abb. 8.3:  | Überblick Entlastungs- und Unterstützungsangebote   | 178 |
| Abb. 8.4:  | Übersicht der multimodalen Unterstützungsangebote des GeriCoaches der DAzG LV M-V                             | 184 |
| Abb. 10.1: | Projekte zu den Handlungsfeldern  | 233 |
| Abb. 13.1: | Vier Phasen der künstlichen Intelligenz   | 294 |
| Abb. 13.2: | Schemata einer Assoziationsregel  | 302 |
| Abb. 15.1: | Aufteilung der AGs „Junge Pflege“ im DBfK   | 339 |



## Tabellenverzeichnis

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| Tab. 7.1:  | Übersicht der Pflegefachkräfte je Einstellungsjahr, die noch bei der Medizin Mobil (MM) tätig oder aber nach der Anerkennung ausgetreten sind (inklusive Jahresangabe des Austritts; zwei Fälle ohne Angabe) | 162 |
| Tab. 9.1:  | Institutionen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung  | 203 |
| Tab. 9.2:  | Ressourcen der spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland (2018/2019)  | 211 |
| Tab. 11.1: | Nutzung und Bewertung von Beratungs- und Begleitungsangeboten  | 256 |
| Tab. 12.1: | Buurtzorg®: Ziele und Strukturen   | 270 |

## Sachwortverzeichnis

### A

|  |          |
|--|----------|
| Akademisierung   | 67, 380  |
| Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)                         | 34       |
| Aktivitäten und existentielle<br>Erfahrungen des Lebens (AEDL) | 34       |
| allgemeine ambulante<br>Palliativversorgung (AAPV)             | 204      |
| Alltagskompetenz   | 224      |
| Altenpflegeeinrichtung   | 224, 233 |
| Altenpflege, stationäre  | 222      |
| – Bewohner/-innen  | 229, 231 |
| – Gesundheitsförderung   | 223      |
| – Prävention   | 225, 232 |
| – Ziel   | 237      |
| Approbationsordnung  | 68, 69   |
| Arbeitsschutzgesetz  | 136      |
| Arbeitsunfähigkeit   | 138      |
| Arbeitszeit  | 136      |
| Arbeitszeitmodelle   | 142      |
| Assisted Intelligence  | 295      |
| Assistenz- und Serviceberufe                                   | 359      |
| Assoziationsanalyse  | 303, 305 |
| Augmented Intelligence   | 296      |
| Ausbildungsreform  | 58       |
| Ausbildungsstationen, interprofessionelle                      | 72       |
| Autonomous Intelligence  | 296      |

### B

|  |          |
|--|----------|
| Begutachtungsinstrumente, neue                   | 329      |
| Beraterteam                                      | 278      |
| Berliner Bildungscampus für<br>Gesundheitsberufe | 72, 75   |
| Berufsabschluss                                  | 58       |
| Berufsgesetz                                     | 67       |
| Berufsgruppen                                    | 65, 69   |
| Berufsordnung                                    | 95, 104  |
| Bewegungsförderung                               | 229      |
| Big Data   | 298, 308 |
| Bundespflegekammer                               | 92       |
| Bürgerschaftliches Engagement                    | 201      |

|               |          |
|---------------|----------|
| Buurtzorg®    | 265, 269 |
| – Deutschland | 271      |
| – Web         | 279      |
| – Ziele       | 270      |

### C

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| Caring-Community            | 325                |
| Caro Ass                    | 358, 365, 377      |
| Change Award                | 147                |
| Charité                     | 70, 75             |
| Community Health Nursing    | 385                |
| COVID-19                    | 131, 317, 322, 331 |
| Crisis Ressource Management | 76                 |

### D

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| Data Mining                    | 300, 305 |
| Defizitorientierung            | 236      |
| Demenz                         | 181      |
| Diagnosis Related Groups (DRG) | 45       |
| Dienstplanänderung             | 142      |
| Digitale-Versorgung-Gesetz     | 290      |
| Digitalisierung                | 288      |
| DQR                            | 60       |

### E

|   |     |
|---|-----|
| Einarbeitungszeit   | 274 |
| Einsatzplanung  | 267 |
| Empfehlungen zur Qualitätssicherung der<br>Beratungsbesuche | 254 |
| Entbürokratisierung   | 282 |
| EQR   | 59  |
| Ethikkommission, pflegeberufliche                           | 96  |
| Europäische Union   | 62  |
| European Federation of Nurses                               | 59  |
| European Nursing Student Association                        | 340 |

## F

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| Fachkräfteakquise, internationale | 152, 153 |
| Fachkräftemangel                  | 138, 152 |
| Fachwissen                        | 276      |
| Flexpool                          | 143, 147 |
| Fortbildung                       | 239      |
| Forum für Gesundheitsberufe       | 390      |

## G

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| GAS-Modell                          | 76       |
| Generationenwechsel                 | 136, 147 |
| GeriCoach                           | 183      |
| Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe | 381      |
| Gesundheit im Alter                 | 231      |
| Gesundheitsberufe                   | 65, 79   |
| – Ausbildung                        | 66       |
| – Interprofessionalität             | 70       |
| – Studium                           | 68       |
| Gesundheitsberuferrat, nationaler   | 388      |
| Gesundheitsförderung                | 223, 228 |
| – Pflegekräfte                      | 225      |
| Gewaltprävention                    | 230      |
| GKV-Leitfaden Prävention            | 227, 237 |

## H

|                                   |        |
|-----------------------------------|--------|
| Handeln, pflegerisches            | 43, 49 |
| Heilberuf                         | 62     |
| Heilberufsausweis, elektronischer | 290    |
| Heilkunde                         | 41     |
| Heimträger                        |        |
| – gemeinnützige                   | 321    |
| – private                         | 320    |
| hidden curriculum                 | 80     |
| Hierarchie                        | 274    |
| Hospizbewegung                    | 193    |
| Hospiz- und Palliativgesetz       | 205    |
| human factors                     | 74     |

## I

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Indikatorenmodell | 329 |
| Infektionsschutz  | 317 |
| Influencer        | 345 |

|   |     |
|---|-----|
| Informations- und Kommunikations-<br>technologien | 287 |
| InProSim®   | 75  |
| Interdisziplinarität                              | 66  |
| INTER-M-E-P-P                                     | 70  |
| International Council of Nurses                   | 59  |
| Internationalisierung                             | 58  |
| Interprofessionalität                             | 66  |
| – Ausbildung                                      | 69  |
| – Fort- und Weiterbildung                         | 73  |
| – Herausforderungen                               | 78  |
| InterTUT  | 71  |
| IT-Report Gesundheitswesen                        | 291 |

## K

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| KI-Entwicklung                   | 294      |
| Knowledge Discovery in Databases | 300      |
| Kommunikationstraining           | 69       |
| Kompetenzen, kommunikative       | 69, 74   |
| Kompetenzprofil                  | 57, 59   |
| Künstliche Intelligenz           | 287, 293 |
| – Formen                         | 295      |
| – Funktionen                     | 296      |
| Kurzzeitpflege                   | 128      |

## L

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| Langzeitpflege                | 32, 238, 317 |
| – institutionelle             | 323          |
| – stationäre                  | 119, 322     |
| Lebensqualität                | 198          |
| Leistungsfähigkeit, kognitive | 230          |
| Leistungsrecht                | 331          |
| LEP® Nursing 2                | 301          |

## M

|                     |     |
|---------------------|-----|
| Magnetkrankenhaus   | 46  |
| Medizin-Studiengang | 68  |
| Mobilisierung       | 70  |
| Mobilität           | 120 |
| Motivation          | 146 |

|                                   |                                  |                                 |                                     |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <b>N</b>                          |                                  | Pflegeberufereformgesetz        | 42                                  |
| Nachbarschaftshilfe               | 269, 272                         | Pflegebürgerversicherung        | 327                                 |
| Nachtpflegeeinrichtungen          | 129                              | Pflegedienst, ambulanter        | 125, 244,<br>268, 270, 280, 320     |
| Nahrungsaufnahme                  | 230                              | Pflegedokumentation             | 113, 118                            |
| NANDA-I-Pflegediagnosen           | 290                              | Pflegefachberufe                | 93                                  |
| Netzwerk                          |                                  | Pflegefachberuferegister        | 97                                  |
| – formelles                       | 273, 277                         | Pflegefachsprache               | 290                                 |
| – informelles                     | 272, 277                         | Pflegegeld                      | 248                                 |
| Nursing Minimum Data Set          | 307                              | Pflegegrad                      | 225, 249                            |
| <b>O</b>                          |                                  | Pflegeheime                     | 320                                 |
| Oevermann, Ulrich                 | 48                               | Pflegeidentität                 | 349, 351                            |
| Omaha-Klassifikationssystem       | 278                              | Pflegekammer                    | 94, 102, 352, 383                   |
| <b>P</b>                          |                                  | – Aufgaben                      | 104                                 |
| Palliative-Care-Konzept           | 196                              | – Finanzierung                  | 102                                 |
| Palliativforschung                | 207                              | – Pflichtmitgliedschaft         | 103                                 |
| Palliativmedizin                  | 195                              | PflegeKG                        | 105                                 |
| Palliativversorgung               | 189, 192, 197                    | Pflegekurse                     | 246                                 |
| – allgemeine                      | 202                              | Pflegemarkt                     | 319                                 |
| – spezialisierte                  | 202, 203                         | Pflegenoten                     | 114                                 |
| Partizipation                     | 228                              | Pflegenotstand                  | 47                                  |
| Patientendaten-Schutz-Gesetz      | 293                              | Pflegepersonal-Stärkungsgesetz  | 258                                 |
| Patientenübergabe                 | 69                               | Pflegeprozess                   | 42, 384                             |
| Peer Teaching                     | 72                               | Pflegequalität                  | 279                                 |
| Personalmanagement, strategisches | 152                              | Pflegestärkungsgesetz           | 178                                 |
| Personalmix                       | 362                              | Pflegestärkungsgesetz II        | 115, 323                            |
| Pflegdokumentation, elektronische | 289                              | Pflegeteam                      | 267, 273, 275                       |
| Pflege                            | 37                               | Pflegetheorie                   | 34, 35, 38, 47                      |
| – aktivierende                    | 234, 239                         | Pflegeversicherung              | 38, 243, 319,<br>322, 326, 328, 333 |
| – Beruf                           | 32                               | – Finanzierung                  | 323, 328                            |
| – häusliche                       | 243                              | – Strukturreform                | 329                                 |
| Pflegearbeit                      | 50                               | Pflegeverständnis               | 34                                  |
| Pflegeausbildung                  | 153, 342, 348                    | Pflegevollversicherung          | 327                                 |
| – Ausbildungsinhalte              | 61                               | Pflege-Weiterentwicklungsgesetz | 114                                 |
| – Ausbildungsrahmenplan           | 58                               | Pflegewissenschaft              | 33                                  |
| – Bildungsreform                  | 58                               | Präventionsbericht              | 232                                 |
| – generalistische                 | 61, 380                          | Präventionsgesetz               | 222, 225, 239                       |
| Pflegebedürftigkeit               | 38, 50, 117, 224, 320            | Primary Nursing                 | 48                                  |
| Pflegeberatung                    | 243, 245, 254                    | Professionalisierung            | 33, 99, 362                         |
| Pflegeberufegesetz                | 58, 61, 67, 95,<br>222, 348, 384 | – innere                        | 34                                  |

## Q

|                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| Qualifikationsniveau | 60                 |
| Qualifikationsrahmen |                    |
| – deutscher          | 60                 |
| – europäischer       | 59                 |
| Qualitätsbeurteilung | 116, 118, 119, 124 |
| – Grundsätze         | 116                |
| – Indikatorenansatz  | 119                |
| – Qualitätsaspekte   | 122, 126           |
| – vergleichende      | 120                |
| Qualitätsdarstellung | 129                |
| Qualitätsdefizit     | 116, 123           |
| Qualitätsmanagement  | 117                |
| Qualitätssicherung   | 113                |
| – subjektorientierte | 329                |
| Quartiersarbeit      | 370                |

## R

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| Robert Bosch Stiftung | 70, 358 |
| Rollenspiel           | 71      |

## S

|  |               |
|--|---------------|
| Saunders, Cicely   | 193, 197      |
| Schmerztherapie  | 194           |
| Selbstbestimmung   | 199, 231      |
| Selbstorganisation                                       | 269, 274      |
| Selbst-Pflege-Ressourcen                                 | 272           |
| self-efficacy  | 277           |
| Servicehelfer  | 357           |
| – Ausbildung   | 360, 371      |
| – Curriculum   | 363, 372      |
| – Einsatzfelder  | 368           |
| – Zielgruppe   | 359, 366      |
| shared-decision making                                   | 287           |
| Simulationstraining                                      | 77            |
| SNOMED CT  | 293, 298      |
| Sockel-Spitze-Tausch                                     | 323, 325, 326 |
| Sozialcharta, europäische                                | 58            |
| spezialisierte ambulante Palliativ-<br>versorgung (SAPV) | 204           |

## T

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| Tagespflege                | 128 |
| Teams, interprofessionelle | 76  |
| Teilzeitquote              | 139 |
| Telematikinfrastruktur     | 290 |
| Therapie                   | 40  |
| – supportive               | 195 |
| Therapiebegriff            | 40  |
| Therapieberufe             | 67  |
| Therapieplanung            | 71  |
| Trajectory Work Model      | 49  |
| Transaktionsdatenbank      | 302 |
| Tumorschmerzinitiative     | 194 |

## U

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Überbeanspruchung | 267 |
|-------------------|-----|

## V

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| Versorgung, ambulante | 266, 324 |
| Versorgungsgestaltung | 200      |
| Versorgungsqualität   | 66       |

## W

|                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| Walk of Care                         | 343      |
| Weiterbildung                        | 105      |
| Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg | 360, 372 |
| Work-Life-Balance                    | 279      |