

# Gesellschaft f. Sozialen Fortschritt Deutsches Zentrum f. Altersfragen

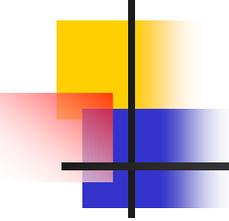
## Pflegereform 2008 Situation der Pflege

Berlin, 06. Mai 2009

Prof. Dr. Hermann Brandenburg  
Vallendar, Freiburg

Lehrstuhl für Gerontologische Pflege  
Pflegerwissenschaftliche Fakultät PTHV

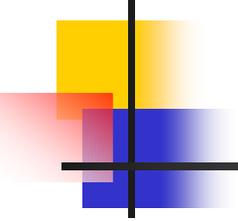




# Übersicht

---

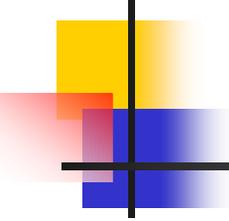
- I. Die guten und die schlechten Karten**
- II. Ein Blick auf das Pflegepersonal**
- III. Reform 2008**
- IV. Strategien zur Sicherung der Pflegequalität**
- V. Ausblick – gute Pflege?!**



# Die guten und die schlechten Karten

---

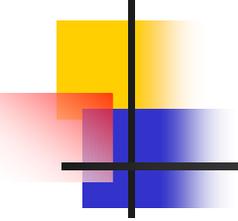
- Szenarienspiel des Heidelberger Gerontologen Hans-Werner Wahl
- Baltes /Mittelstraß 1992: Die Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung



---

- **Die guten Karten**

# Besserer Gesundheitszustand

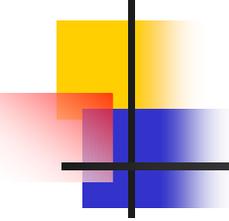


---

- Jüngere Kohorten haben einen besseren Gesundheitszustand
- Verlängerung der aktiven Lebenserwartung
- Trend zu stärkerem Körper- und Präventionsbewusstsein

# Erhöhung des Bildungsniveaus

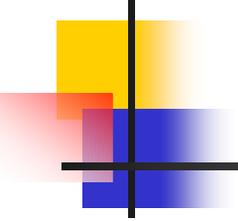
- Der Anteil von Kindern, die im Alter von 13 Jahren eine Hauptschule besuchen, ging von 1960 und 2000 von 70% auf 20% zurück
- Der Anteil der Gymnasiasten stieg von 15% auf 30%
- Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist inzwischen praktisch ausgeglichen



# Erfolgreiche Interventionen

---

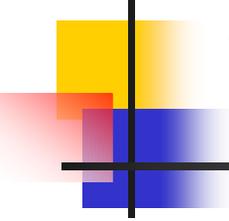
- **Interventionsgerontologie** (Lehr 1979)
- **Training der Selbständigkeit** (Oswald et al. 2003)
- **Psychotherapieforschung** (Pinquart 2004)
- **Kognitive Intervention** (Lindenberger 2004)



# Produktivität

---

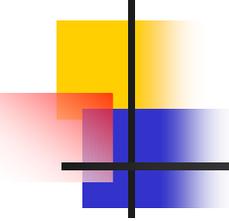
- Hohe Unterstützungs- und  
Betreuungsleistungen der Älteren (Kohli &  
Kühnemund 2000)
- Aktivitäten und bürgerschaftliches  
Engagement (Aner & Karl 2007)



# Anregende (Wohn)-Umwelt

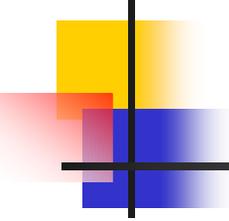
---

- Optimierung der Person-Umwelt-Passung, vor allem durch Technik im Haushalt (Mollenkopf et al. 1999)
- Neue Wohnoptionen für alte Menschen (z.B. ambulante betreute Wohngemeinschaften etc.)



---

- **Die schlechten Karten**



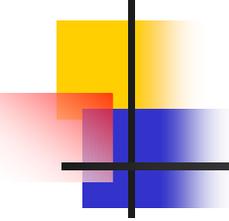
# Zunahme der Pflegebedürftigkeit

Im Jahre 2005: 1.428.471 Menschen

75-80	80-85	85-90	90+
9,6%	20,3%	36,3%	60,2%

Modellrechnungen prognostizieren einen  
Anstieg auf 3,26 Mio. (2040) bzw. 4,7 Mio. (2050)

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2008



# Anstieg der Gesundheitskosten

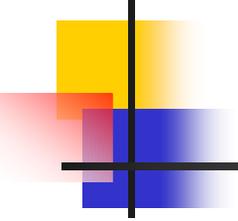
---

- Vor allem ein Anstieg in der letzten Lebensjahren, aber nicht nur korreliert mit dem Alter (Kruse et al 2003)
- Prävention spart nicht unbedingt Kosten (Krämer 1997)

# Heterogene demographische Trends

- Es gibt große *regionale Unterschiede* in Deutschland (z.B. Ost/West-Differenzierung; [www.wegweiserdemographie.de](http://www.wegweiserdemographie.de))
- Veränderungen in den Jahren 2003-2020
  - Frankfurt a. Main (80 + werden um 17,8% steigen)
  - Herne (80 + werden um 59,9% steigen)
  - Rhein-Sieg-Kreis (80 + werden um 100,0% steigen)
  - Potsdam (80 + werden um 134,8% steigen)

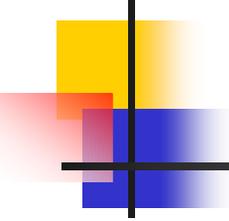
# Spezielle Herausforderung: Demenz



---

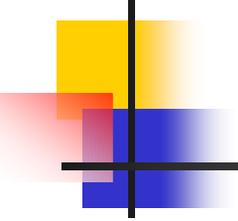
- Diagnostik der Demenz – ein Stiefkind!
- Hohe Belastung für die Pflegenden
- Eine Kernfrage: Welches Versorgungs- und Betreuungskonzept macht Sinn, ist umsetzbar?

# Vulnerabilität der häuslichen Pflege



---

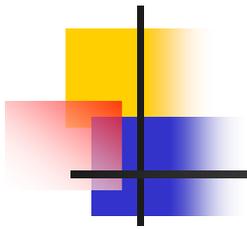
- Überwiegend private Pflege (nur 36% mit professioneller Pflege)
- Privat erbrachte Pflege ist Privatangelegenheit. Es fehlt die Einbindung an verfügbare (Alten-) Hilfestrukturen
- 60% der pflegenden Angehörigen sind 55 oder älter
- Aber: Hohe Flexibilität: (etwas) stärkere Beteiligung von Männern, Nachbarn und Bekannten



# Zusammenfassung

---

1. Einerseits immer mehr Anforderungen an Fachlichkeit, Interdisziplinarität, konzeptionelles Denken und Arbeiten
2. Andererseits Erfolge durch Interventionen, Veränderung von Gesundheit/ Bildung
3. **Neue Chancen für die Pflege!** Das ist die erste Kernaussage

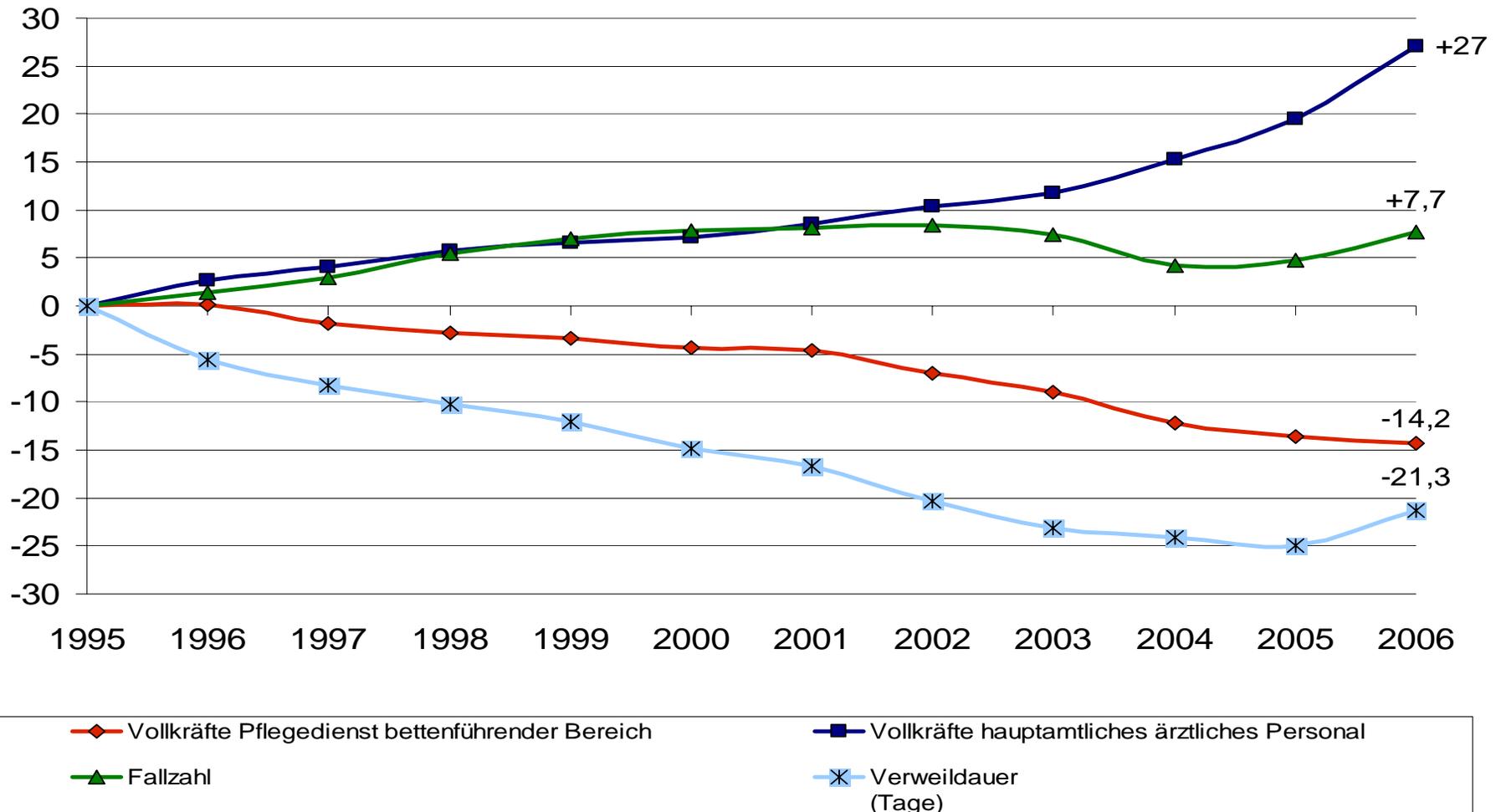


**II.**

# **Ein Blick auf die Pflegenden**

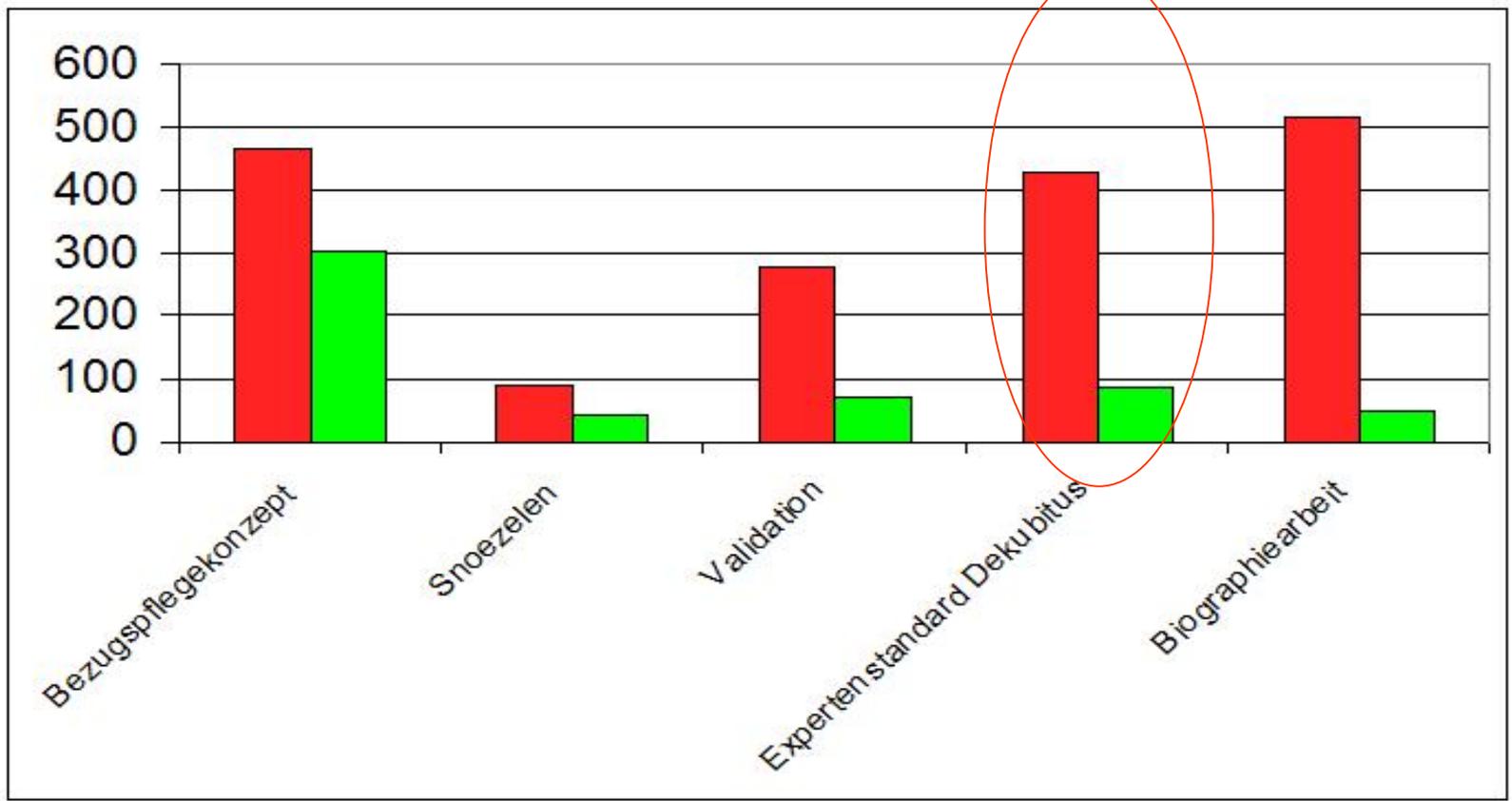
# Personalabbau/ Personalzuwachs

(Zentrale Kennzahlen in % 1995-2006)



# Erhöhte klinische Anforderungen

## Beispiel: Stationäre Altenhilfe



Konzepte in der Entwicklung und Umsetzung

Quelle: Pflergethermometer 2003

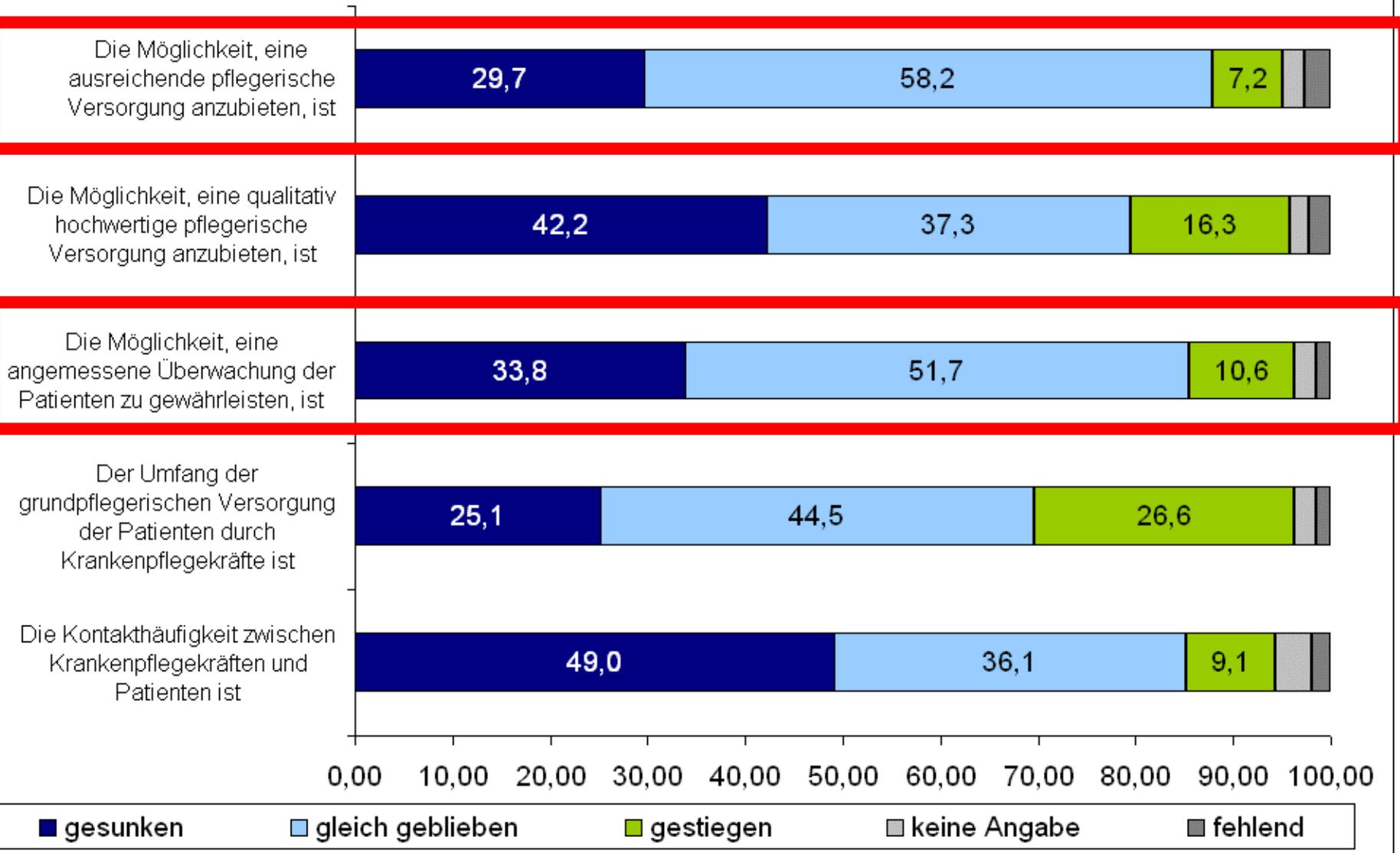
# Core Competencies for Health Care Professionals

(Institute of Medicine 2003)

---

- Provide patient-centered care
- Work in interdisciplinary teams
- Employ evidence based practice
- Apply quality improvement
- Utilize informatics

# Versorgungsqualität (2005-2007)



# Pflege-Thermometer 2007: Unerwünschte Vorkommnisse

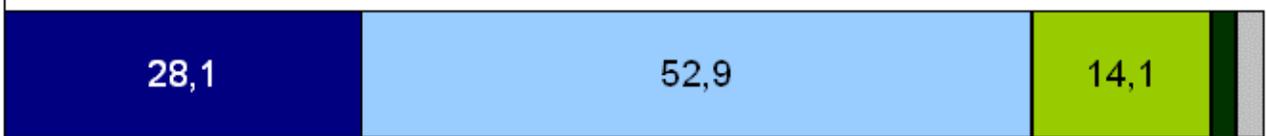
Mobilisationen nicht in der...  
notwendigen Anzahl durchgeführt  
...werden können



eine regelmäßige Umlagerung...  
eines Patienten unterbleibt



die Übernahme bei Teil- oder...  
Ganzkörperwaschungen eines  
Patienten nicht täglich  
gewährleistet werden kann



0,00 10,00 20,00 30,00 40,00 50,00 60,00 70,00 80,00 90,00 100,00

■ nie ■ selten ■ häufiger ■ oft ■ kein Angabe

# Pflege-Thermometer 2007:

## Unerwünschte Vorkommnisse

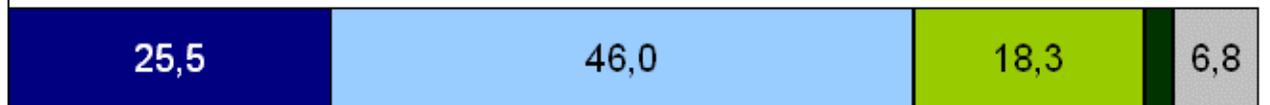
auf eine "Patientenklingsel" nicht...  
entsprechend schnell reagiert  
werden kann



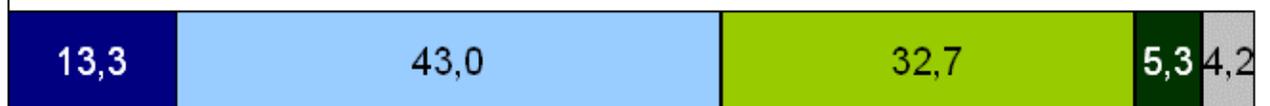
ein Patient länger als 15...  
Minuten auf die als notwendig  
erachtete Verabreichung von  
Schmerzmitteln warten muss



eine engmaschige Kontrolle...  
eines Patienten nicht  
gewährleistet werden kann



die Unterstützung eines...  
Patienten bei der  
Nahrungsaufnahme nicht im  
Esstempo des Patienten erfolgt



0,00 10,00 20,00 30,00 40,00 50,00 60,00 70,00 80,00 90,00 100,00

■ nie

■ selten

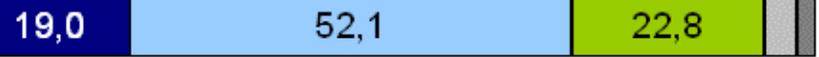
■ häufiger

■ oft

■ kein Angabe

# Aussagen zur Pflegequalität

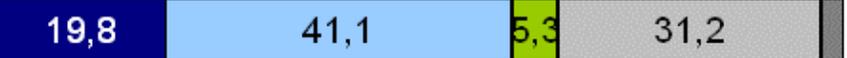
Die Anzahl der Beschwerden von Patienten oder Angehörigen über die pflegerische Versorgung



Die Anzahl der juristischen Verfahren wegen Behandlungsfehlern gegen das Krankenhaus oder Mitarbeiter



Die Zahl von kritischen Zwischenfällen, welche durch frühzeitig eingeleitete Maßnahmen hätten verhindert werden können



Die Anzahl von nosokomialen Infektionen



Die Zahl der Sturzereignisse in der Einrichtung



Die Zahl der in der Einrichtung entstandenen Dekubitalulzerationen



0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

■ gesunken

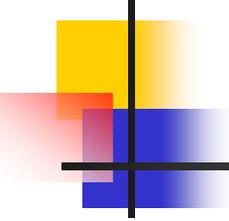
■ gleich geblieben

■ gestiegen

■ keine Angabe

■ fehlend

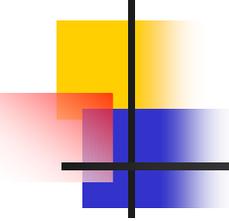
# Insgesamt also ...



---

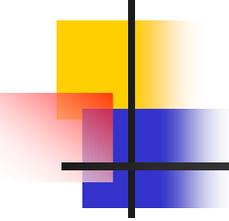
- Erhöhte Anforderungen – bei gleichzeitigem
- Personalabbau (quantitativ) in den fortgeschrittenen Industrienationen weltweit (u.a. USA, Kanada, Europa, Japan, Singapore ...)
- Aber auch in Deutschland: seit 1995 wurden 48.000 Stellen v. Pflegekräften aus dem Krankenhaus abgebaut (Pflegethermometer 2007 (dip))

# Und ...



---

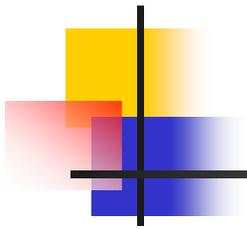
- Prognostiziert wird ein Defizit von 20% bei qualifiziertem Pflegefachpersonal im Jahre 2020 (Buerhaus et al. 2000)
- Hohe Fluktuationen: In den USA wechseln alle Berufsanfänger in der Pflege in den ersten beiden Jahren nach Ausbildungsabschluss mindestens einmal den Arbeitgeber, 25% schon nach 6-8 Monaten



## Zweite Kernaussage

---

- Die direkte Pflege in der Langzeitpflege wird in Zukunft - stärker als bisher - durch Pflegehelfer übernommen (in den USA bereits 60% der direkten Pflege im Heim durch nurse assistants [max. 75 Stunden Schulung])
- Die Frage nach der Pflegequalität bzw. der guten Pflege rückt ins Zentrum
- Intelligente Formen des Pflegemixes sind die Zukunft!



# **III.**

# **Pflegereform 2008**

# Ambulante Sachleistungen (Pflegehilfe)

Pflegestufe	Bisher	1.07.08	1.01.10	1.01.12
<b>I</b>	<b>384 €</b>	<b>420 €</b>	<b>440 €</b>	<b>450 €</b>
<b>II</b>	<b>921 €</b>	<b>980 €</b>	<b>1040 €</b>	<b>1100 €</b>
<b>III</b>	<b>1432 €</b>	<b>1470 €</b>	<b>1510 €</b>	<b>1550 €</b>

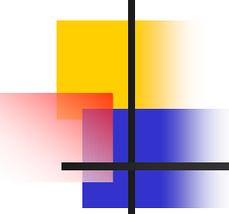
# Pflegegeld

<b>Pflegestufe</b>	<b>Bisher</b>	<b>1.07.08</b>	<b>1.01.10</b>	<b>1.01.12</b>
<b>I</b>	<b>205 €</b>	<b>215 €</b>	<b>225 €</b>	<b>230 €</b>
<b>II</b>	<b>410 €</b>	<b>420 €</b>	<b>430 €</b>	<b>440 €</b>
<b>III</b>	<b>665 €</b>	<b>675 €</b>	<b>685 €</b>	<b>700 €</b>

# Vollstationäre Versorgung

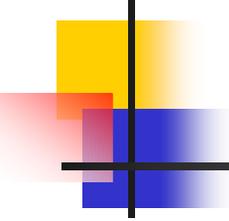
<b>Pflegestufe</b>	<b>Bisher</b>	<b>1.07.08</b>	<b>1.01.10</b>	<b>1.01.12</b>
<b>III</b>	<b>1432 €</b>	<b>1470 €</b>	<b>1510 €</b>	<b>1550 €</b>

# Weitere Maßnahmen



---

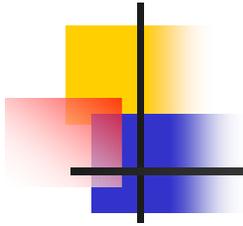
- die engere Kooperation zwischen Pflegeheimen und Ärzten (Heimärzte)
- Entlassungsmanagement bei den Krankenhäusern
- Zusammenfassung von Leistungsansprüchen durch neue Wohnformen (Senioren WG) – Poolen v. Leistungen
- Einzelvertragsregelung der Pflegekassen mit selbständigen Pflegekräften
- Anspruch auf Pflegezeit bzw. kurzfristige Freistellung für Arbeitnehmer
- Stärkung von Prävention und Rehabilitation



# Entscheidende Neuerungen

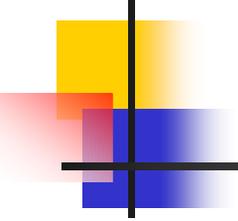
---

- Mehr Unterstützung f. demenziell Erkrankte (von bisher 460 € bis zu 2,400 €)
- Pflegeberater und Pflegestützpunkte (60 Mio. €)
- Qualität durch Kontrolle und Transparenz
- Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote (auf 25 Mio. €)
- Anreize durch Bonuszahlungen (1,536 Euro bei niedrigerer Pflegestufe)
- Ab dem 01. Januar 2009: Rechtsanspruch auf Pflegeberatung und Fallmanagement



---

# **IV. Strategien**

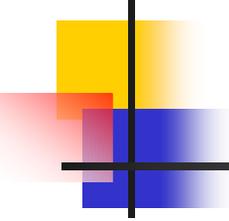


# Regulierung

## (Mehr Kontrolle!)

---

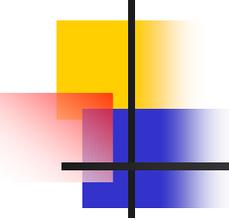
- Umfangreiche Qualitätsvorgaben (MDK)
- Sicherstellung der bundesweiten Qualitätsstandards (Expertenstandards) durch **Pflegeselbstverwaltung** (Pflegekassen, Träger der Sozialhilfe, kommunale Spitzenverbände, Träger der Pflegeeinrichtungen)
- Jährliche und unangemeldete Qualitätsprüfungen in Heimen



# Kritische Einschätzung

---

- Wird das gemessen, was für die Beurteilung der Pflegequalität relevant ist? (Görres-Gutachten von 2008 zum MDK)
- Erfüllung der Vorgaben (Minimum) oder Exzellenz?
- Der Transfer ist entscheidend! (Beispiel: Pflegedokumentation)
- „Vergifte“ Kommunikation zwischen Diensten und Prüfinstitutionen (MDK, Heimaufsicht, Gesundheitsamt etc.)

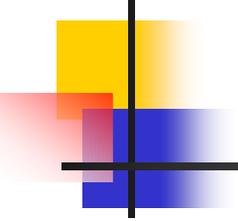


# Information

(Mehr Transparenz!)

---

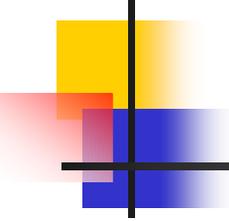
- Veröffentlichung der Prüfberichte
- Einführung eines Bewertungssystems der Heime nach Ampelschema
- Heimvergleiche



# Kritische Einschätzung

---

- Grundsätzlich ja, aber ...
- Kriterien und Vergleichsmaßstäbe
- Relevanz, Verständlichkeit, Praktikabilität für die Nutzer
- USA: Nursing Home Compare mit 100,000 Besuchen im Monat ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))



# Personelle Ausstattung

(Mehr bzw. qualifiziertes Personal!)

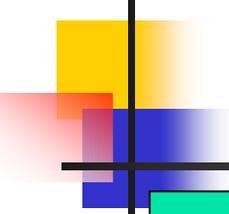
---

- **Pflegereform 2008:** Pflegeeinrichtungen müssen den Pflegekräften ortsübliche Gehälter zahlen
- Quantität
- Qualifikation
- Training

# Bildungslevel von Pflegenden und Ergebnisqualität

Estimated Rates of Mortality and Failure to Rescue per 1000 patients, by Levels of Nurse, Education and Staffing (Aiken 2003)

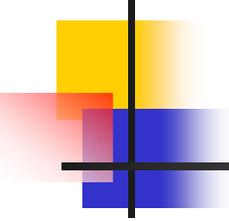
Staffing (Patients per Nurse)				
Education in % with BSN	8	6	4	Overall
	<b>Mortality</b>			
<b>20</b>	23,8	21,6	19,7	21,1
<b>40</b>	21,7	19,8	18,0	19,2
<b>60</b>	19,8	18,0	16,4	17,5
<b>Overall</b>	22,0	20,0	18,2	19,5
	<b>Failure to rescue</b>			
<b>20</b>	100,2	92,6	85,4	90,4
<b>40</b>	92,2	85,0	78,4	83,1
<b>60</b>	84,7	78,0	71,8	76,2
<b>Overall</b>	93,4	86,2	79,5	84,3



# Bildung, Qualifikation und Situation der Betroffenen

Forschungsbefunde zeigen die Verbesserung der Pflege alter Menschen durch evidence based care interventions

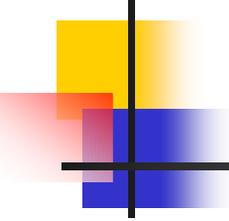
- **Die Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen**  
(Evans et al. 2002, Bourbonniere et al. 2003, Klie et al. 2005)
- **Assessment und Management von Dekubitalulcera**  
(Schoonhoven et al. 2002, DNQP 2001)
- **Ernährung in Langzeitpflegeeinrichtungen**  
(Crogan et al. 2001, BUKO 2006)
- **Verhinderung von Stürzen**  
(Schwendimann et al., J Geron Nurs, in press, Becker et al. 2003  
[activinjedemalter.de], DNQP 2002)



# Kritische Einschätzung

---

- Die Anzahl der Mitarbeiter ist eine notwendige Voraussetzung, aber keine hinreichende Bedingung für Qualität!
- Case-Mix ist entscheidend – wo liegt die Grenze? 50%-Fachkraftquote ist willkürlich!
- Welche Levels sind adäquat?
- Besseres Personal = höhere Fluktuation?

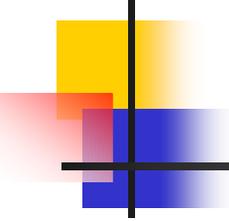


# Bürgergesellschaft

## (Mehr Ombudsmänner!)

---

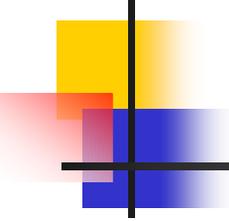
- In den USA: Long Term Care Ombudsman Program
- Qualitätssicherung durch engagierte und kritische Bürger (im Heim, z.B. durch die Öffnung des Heimbeirats, aber auch relevant für die Kommune)
- Demokratisierung und Entbürokratisierung



# Kritische Einschätzung

---

- Meetings, Konferenzen, Besprechungen etc. – aber B.E. ist nicht die Hauptbeschäftigung
- Technische Expertise (Moderation, Kommunikation etc. – EFI-Programm)
- Betroffene und die Angst Kritik gegenüber Verantwortliche zu äußern, wenn die eigene Mutter Betroffene ist ...

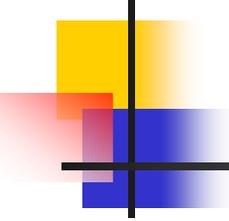


# Organisationsentwicklung

(Nicht mehr, sondern anders!)

---

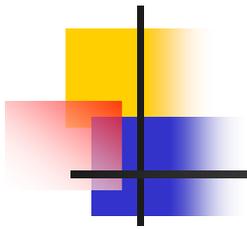
- Defensive Routinen in Organisationen  
(Agyris & Schön 2002)
- De-Institutionalisierung beginnt in den Köpfen
- Öffnung der (stationären) Altenhilfe steht auf dem Programm



# Kritische Einschätzung

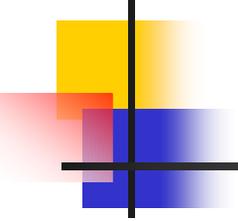
---

- Radikales Beispiel: Heimstopp in Dänemark
- Andere Finanzierungsmodelle der Länder  
(Öffnung ins Wohnquartier!)
- Innovation, Veränderung, Lernende  
Organisation – charismatische Persönlichkeit



**V.**

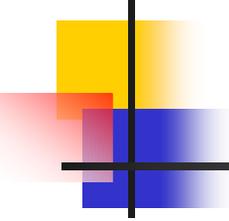
**Gute Pflege?**



# Gute Pflege

---

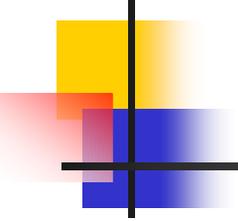
- Aristoteles: Nikomachische Ethik
- Mesotêslehre: Es geht um das Finden der „richtigen Mitte“
- Abwägen (Dialog) zwischen
  - Fachlichkeit
  - Wünschen des / der Betroffenen
  - Ethische Vorgaben der Profession



# Pflegebedürftigkeit

---

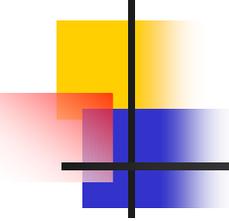
- Der vorgeschlagene Pflegebegriff von Wingenfeld, Büscher & Schaeffer (2008) betont die Förderung der Selbständigkeit!
- z.B. über eine Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im Anschluss an die Pflegereform 2008 – unter Beachtung des neuen Begutachtungssystems (Wingenfeld et al. 2008)



# Neue Definition

---

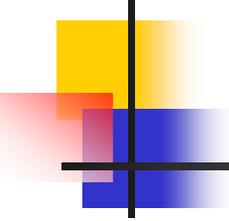
- Pflegebedürftigkeit kann verstanden werden als gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbständigkeit eines Menschen bei der Durchführung von Aktivitäten und bei der Gestaltung von Lebensbereichen, die personelle Hilfe erfordert (Wingenfeld 2008)



# Wichtig ist:

---

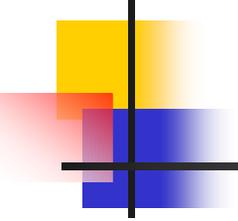
- Fachliche Debatte nimmt verstärkt nichtsomatisch bedingte Einschränkungen in den Blick (Kontextfaktoren, Teilhabe, Lebenslage)
- Einsicht in die Notwendigkeit eines breiten und wissenschaftlich fundierten Pflegebegriffs, der die pflegerisch-therapeutischen Möglichkeiten der Pflege nutzt!



# Qualitätssicherung in der Pflege

---

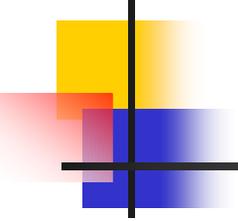
- Pflegewissenschaft und Pflegepraxis müssen die Beurteilungskriterien mitbestimmen!
- z.B. über ihre Beteiligung in den relevanten Gremien (Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss und des Spitzenverbands der Krankenkassen)
- Einsicht in die Bedeutung der Autonomie und Eigenverantwortung der Praxis - statt immer mehr externe Regulierung und Kontrolle!



# Wichtig ist:

---

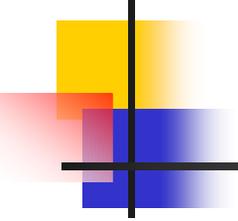
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung wissenschaftlich begleiten (Pflegestützpunkte, Beratung, Indikatorendebatte)
- Die Auswirkungen von QM sind weitgehend unerforscht!
- BUKO-QS: Deutsches Institut f. Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung



# Ausbildung in der Pflege

---

- Eine Integration der Pflegeausbildungen mit generalistischer Ausrichtung wird die Zukunft sein!
  - z.B. durch drei Jahre Ausbildungsdauer
  - z.B. durch vollständige theoretische Integration
  - z.B. durch Differenzierung in der praktischen Ausbildung
- Einsicht in die Notwendigkeit einer Pflegeausbildung, die den Weg noch oben offen hält! (horizontale und vertikale Durchlässigkeiten)

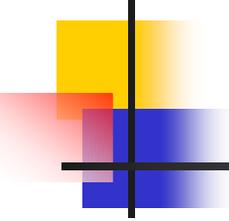


# Akademisierung der Pflege

---

- Pflege zu studieren ist – wie auch im Ausland – sollte auch in Deutschland eine Selbstverständlichkeit sein!
- z.B. durch neue Bachelor- und Masterstudiengänge an Hochschulen
- z.B. durch innovative Schwerpunktsetzungen (ANP)
- z.B. durch interdisziplinäre Angebote (in Kooperation mit der Medizin, der Psychologie etc.)
- Einsicht in die Dringlichkeit der Akademisierung - angesichts von 0,1% der Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen mit akademischem Hintergrund!

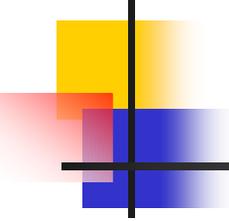
# Der öffentliche Diskurs über Pflege



---

- Eine differenzierte Diskussion und öffentliche Auseinandersetzung über Fragen der Pflege findet real nicht statt, kann aber unterstützt werden!
- z.B. über die Beteiligung von Mitgliedern an medialen Diskursen (Fernsehen, Rundfunk, Presse)
- Einsicht in die Vor- und Nachteile der Pflegearbeit - statt Skandalisierung oder Inszenierung von Betroffenheiten

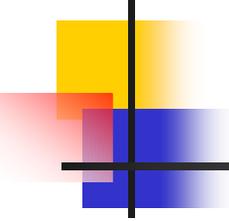
# Professionalisierung



---

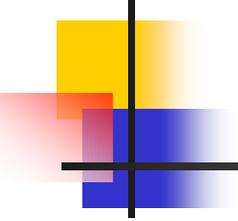
- Advanced Nursing Practice ist noch marginal in Deutschland (Nurse Practitioner, Higher Level Practitioner, Critical Care Nurse, Public Health Nurse), kann aber getestet werden!
  - z.B. durch die erfolgreiche Realisierung von Modellvorhaben nach §63 SGB V
  - Einsicht darin, dass Pflege eine Spezialisierung (auf bestimmte Patientengruppen oder bestimmte Krankheitsbilder) **und eine Erweiterung** (der bisherigen Kompetenzen und des Handlungsbedarfs) dringend braucht um gute Arbeit zu leisten

# Neue Pflegekultur



---

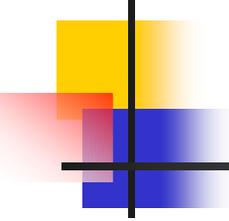
- Die Bedeutung der Pflege als innovative Kraft muss in der Gesellschaft anerkannt werden – Pflege als zivilgesellschaftliche Herausforderung!
- z.B. durch einen Mix von Professionellen, bürgerschaftlich Engagierten und pflegenden Angehörigen
- Einsicht darin, dass Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und nicht nur Sache von Profis ist und sein darf!



# Ein neuer Begriff von Evidenzbasierung

---

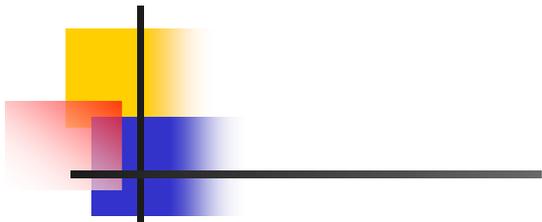
- Es geht nicht um die bloße Nachahmung medizinischer Wirksamkeitsforschung, sondern um den spezifischen Charakter pflegerischen Handelns
- Nicht zu vergessen ist: Evidenzbasierung ist ein neues Konzept in der deutschen Pflegedebatte, deren Fokus bislang nicht auf klinischen Fragen lag



# Nach der Reform ist vor der Reform

---

- Finanzielle Verbesserungen in Teilbereichen und Ausbau der Beratung
- Aber: Pflegedürftigkeitsbegriff offen, Qualitätssicherung (Fokus: Ergebnisqualität) in Auswirkungen unklar, Pflegemix noch nicht bestimmt



PTHV gGmbH  
Philosophisch-Theologische  
Hochschule Vallendar  
Pflegerwissenschaftliche  
Fakultät



Universität  
zu Köln

Expertise

# Pflege und Betreuung im Wohnquartier

für das  
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,  
Familie und Frauen  
Rheinland-Pfalz