

Was ist uns die Pflege wert?

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler, Fakultät Gesundheitswesen,
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

Was ist uns
die Pflege
wert?



<https://www.menti.com/qgf88vqnmz>

Eine 10 Euro-Münze als Symbolpolitik



Corona- Prämie als Symbolpolitik

- <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/pflegepersonal-bonus-101.html>
- **Corona-Prämie Wo bleibt der Pflegebonus?**
- Stand: 21.02.2022 12:46 Uhr
- **Der Pflegebonus ist ein gutes Beispiel dafür, wie die Bundesregierung ihren eigenen Versprechen hinterherläuft. Nun ist ein erster Entwurf angekündigt. Doch die Sache ist kompliziert. Wer, wie viel, ab wann?**

Corona- Prämie als Symbolpolitik

- <https://www.tagesschau.de/inland/pflegebonus-corona-eckpunkte-101.html>
- **Geplante Corona-Prämie Bis zu 550 Euro Bonus für Altenpflegekräfte**
- Stand: 22.02.2022 08:32 Uhr
- Der Bonus soll gestaffelt ausgezahlt werden: Den höchsten Betrag von bis zu 550 Euro bekommen demnach Vollzeitbeschäftigte in der direkten Pflege und Betreuung. Bis zu 370 Euro soll es für Personal geben, das mindestens 25 Prozent der Arbeitszeit in der direkten Pflege und Betreuung mitarbeitet. Dies könnten etwa Beschäftigte aus der Verwaltung, der Haustechnik, der Küche, der Gebäudereinigung, des Empfangs- und des Sicherheitsdienstes, der Garten- und Geländepflege, der Wäscherei oder der Logistik sein.
- **Wie der Bonus in Kliniken ausgezahlt wird, ist noch unklar**

Was ist Wert? Wie kann man Wert definieren, begrifflich eingrenzen?

„Definition: Was ist "Wert"?

- Ausdruck der Wichtigkeit eines Gutes, die es für die Befriedigung der subjektiven Bedürfnisse besitzt, wie sie sich etwa in seinem Nutzen und in der betreffenden Präferenzordnung des Wirtschaftssubjektes widerspiegelt.
- Steht seine Bereitschaft im Vordergrund, im Zuge des Marktprozesses Ressourcen zur Erlangung bestimmter Güter hinzugeben, so wird im Gegensatz zum Gebrauchswert auch vom Tauschwert gesprochen. Wirtschaftlichen Wert können nur Güter besitzen, die dem Sachverhalt der Knappheit unterworfen sind. Der Wert von Kapitalgütern ist eine abgeleitete Größe aus dem Wert der mit ihrer Hilfe zu produzierenden Konsumgüter, die der direkten Bedürfnisbefriedigung zugeführt werden.“

(<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/wert-49005>, letzter Zugriff: 19.02.2022)



Ökonomisch u. gesundheitsökonomisch hat Fachpflege u. Pflege in diesem System keinen Wert

Was verstehen wir in diesem Land/System üblicherweise unter „Wert“?

- „Definition: Was ist "Wert"?
- Wert als Haltungen, Wertesysteme
- Werte u. Wertsysteme, individuell bedeutsam, leiten unsere Entscheidungen
- „Vom lat. *valere*, „wert sein, gelten“, seinerseits vom griech. *axios*, „was Wertschätzung verdient“. Eigenschaft einer Sache, die sie objektiv erstrebenswert macht.“
(<https://www.philomag.de/lexikon/wert>; letzter Zugriff: 19.02.2022)



- **D.h.:** Pflege hat individuell u. gesellschaftlich keinen relevanten Wert, weil Wert guter Pflege nicht bekannt ist u. Entscheidungsträger sich nicht im Wert guter Pflege leiten lassen, um diese zu ermöglichen

Was verstehen wir in diesem Land/System üblicherweise unter „Wert“?

- *„Unter Wert versteht man die bewussten oder unbewussten Orientierungsstandards u. Leitvorstellungen, von denen sich Individuen u. Gruppen bei ihrer Handlungswahl leiten lassen. Älter als die philosophisch Diskussion um den W.Begriff ist die W. debatte in der Ökonomie, wo man einen (objektiven) TauschW. Von einem (subjektiven) GebrauchtsW. unterscheidet. Der W. eines ökonomischen Gutes bemisst sich an den Faktoren Bedürfnis, Nützlichkeit u. relative Sicherheit.“ (Höffe 2002:290)*



- Es gibt Bedürfnis, Nützlichkeit u. Sicherheit sowie subjektiver Gebrauchswert vorhanden



- **Aber:** es gibt keinen objektiven Tauschwert, der Fachpflege zum Wert entwickeln lässt
- Eine Handlungswahl ist nicht gegeben (Pflegebedarfe oder Pflegebedürftigkeit treten auf, Wahl der Leistungen u. Angebote auf Grundlage Pflegebedarfe nicht gegeben)

Was verstehen wir in diesem Land/System üblicherweise unter „Wert“?

Werte

- „**Werte** sind tief-verwurzelte, bedeutsame und durchdringliche Überzeugungen, Haltungen (Einstellungen), Ideale und Bedürfnisse, welche gewöhnlich von den Mitgliedern einer Gesellschaft auf unbestimmte Zeit individuell geteilt werden und zumeist das unvermeidlich Gute oder Schlechte betreffen. Sie tragen im Wesentlichen zum Charakter, der Identität und Kultur des Menschen bei. Wir verstehen die Welt um uns herum durch Werte und orientieren uns an ihnen. Auch in den unvermeidlichen Fragen und Herausforderungen, mit denen wir als Menschen in unserem Leben konfrontiert werden, wie: Was möchten wir für uns und was möchten wir für andere, was ist zu tun und wie sollten wir uns verhalten?

(<https://ethik-unterrichten.de/lexikon/werte/>; letzter Zugriff: 19.02.2022)



Was verstehen wir in diesem Land/System üblicherweise unter „Wert“?

Dieses Zitat: ethische Festlegung von Wert – gibt es hier einen pflegerischen Wert, der gesellschaftlich geteilt wird: nein!

Getragen von moralischen Erwartungen, aber nicht welcher Wert Pflege hat u. wie der Wunsch, nach menschenwürdiger Pflege erreicht werden soll

- **Die Fragen:** Was möchten wir für uns und was möchten wir für andere, was ist zu tun und wie sollten wir uns verhalten? im Kontext Pflege werden diese nicht gesamtgesellschaftlich beantwortet
- Die Strukturen dieses Systems bauen noch auf ein Verständnis von Pflege des letzten u. vorletzten Jahrhunderts auf, getragen von einem Care-Begriff des Dienens durch Personen (Frauen), die sich zur Verfügung stellen
- Wertvolle Pflege soll auf eigenartige Weise außerhalb eines kommerzialisierten, ökonomisierten u. sektorierten Gesundheitssystems entstehen

Was verstehen wir in diesem Land/System üblicherweise unter „Wert“?

- Das Problem, wenn pflegerische Leistungen **nicht** Teil des **kommerzialisierten** und **ökonomisierten Systems** sind und **leistungsrechtlich keine Bedeutung** haben,



- Werden **ihre Leistungen entwertet** mit **Auswirkungen auf das berufliche Selbstverständnis**



- *„Eine Aussage einer Pflegefachperson aus der Studie von Fletcher (2001) verdeutlicht die Konsequenzen für die Pflegenden eindrücklich: „I am feeling very devalued in my job. I have become a pair of hands, here ... for the sake of profits.““ (Huber 2019, S. 143)*
- *„Die Kombination von einem Beruf im Dienste der Patientinnen und Patienten und hoher Arbeitsbelastung, psychischer/physischer Belastung und viel Stress verfügt über Charakteristika, die ein langfristiges Verbleiben im Beruf infrage stellen.“ (Huber, S. 146)*

Was verstehen wir in diesem Land/System üblicherweise unter „Wert“?

- Wenn man diesen **philosophischen und ethischen Definitionen** von „Wert“ und „Wert haben“ folgt, so kann zunächst konstatiert werden, dass Fachpflege, qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung, menschenwürdige Pflege, eine autonomie-, teilhabe- und ressourcenorientierte Pflege **keine Rolle spielen**.
- Diese **Art von Pflege wird leistungsrechtlich nicht abgebildet**. Sie wird nicht durch die Gestaltung der Strukturen unseres Systems gehört und gefördert.
- Sie wird moralisch gewünscht. Sie ist vermutlich als erstrebenswertes metaphysisches Ziel auch vorhanden, aber nicht als real zu erreichendes Ziel
- **Bedingungen u. Voraussetzungen werden nicht geschaffen**.
 - **Qualitativ hochwertige u. menschenwürdige Pflege ist im System nicht verortet.**

Konkretisierung:

Deswegen möchte ich den Titel des Vortrages konkretisieren:

- Was ist uns pflegfachliche und qualitativ hochwertige Pflege wert?
- Was ist uns eine bedarfsangemessene pflegfachliche und qualitativ hochwertige Pflege in allen Sektoren und Settings wert?
- Was ist uns eine präventive und gesundheitsförderliche wie zugehende Pflege wert?
- Was ist uns die Laienpflege nach SGB XI wert?
- Was ist eine qualitativ hochwertige palliative Fachpflege wert?
- Was ist uns eine qualitativ hochwertige Langzeitpflege (ambulant/stationär) wert?

Usw., usw.

Professionelle Pflege/Fach- pflege hat keinen Wert

- Professionelle Pflege hat in diesem Land keinen Wert
- In diesem System: nicht viel – weil **wir keine Rahmenbedingungen, Strukturen, Finanzierungen, Konzepte, Programme etc. haben, um diese Fragen positiv beantworten zu können!**
- Es gibt **kein Leistungsrecht für die Finanzierung professioneller Pflege**
- Das deutsche Gesundheitssystem hat keinen Platz für Fachpflege, nur moralische Erwartungen, dass diese geleistet und erfüllt wird.
- **Moralische Erwartungen beziehen sich auf das magische Viereck – nicht erfüllbarer u. widersprechender Erwartungen an berufliche Pflege:**

Magische Viereck sich wider- sprechender Erwartungen an berufliche Pflege

Wenig qualifiziert/
Bildung/nett
lächelnd/Händchen
halten, billig im
Unterhalt, devot

Viel Wissen zu Medizin,
Wirkungen, Gesundheit,
Prävention,
Evidenzbasierung,
Gesundheitsversorgung

Hohe Qualität mit
guten Outcomes,
interdisziplinär,
professioneller
Habitus

Geringe Pflegefachper-
sonal-Pat.-Schlüssel,
viele Helfer u.
Assistenten*innen

Magische Viereck sich widerspreche nder Erwartungen an berufliche Pflege

- „Wenn beispielsweise einige Patientinnen und Patienten weniger Pflege erhalten als andere, dann entsteht ein Gerechtigkeitsproblem. Und wenn Pflegefachpersonen nicht in der Lage sind, diese Verantwortung wahrzunehmen, vergrößert sich die Lücke zwischen moralischen Bedenken auf einem unparteiischen Level von Richtlinien und individueller Sorge (Nortvedt et al., 2011). An dieser Stelle wird der Zusammenhang von Fürsorge und Gerechtigkeit deutlich. Genau dieses Spannungsfeld von Fürsorge und Gerechtigkeit ist Diskussionsgegenstand in der care-ethischen Debatte.“ (Huber 2019)



Magische Viereck sich wider- sprechender Erwartungen an berufliche Pflege

D.h.:

- Es werden keine Bedingungen politischer u. staatlicherseits gesetzt, dass **bedarfsangemessene Pflege in allen Sektoren ermöglicht werden kann (wertlose Pflege)**, diese wird nicht finanziert u. ist nicht Ziel des Systems
- Es entsteht aber **ein Gerechtigkeitsproblem, bedarfsangemessene Pflege anzubieten**
- Ungerechtigkeit u. Verunmöglichung, bedarfsangemessene Pflege anzubieten, wird **aber auf Pflegeberufe delegiert**,
- die ihrerseits staatlicherseits gar nicht strukturell u. verantwortungsmäßig gar nicht in Lage versetzt sind, gerechte u. bedarfsangemessene Pflege anzubieten.



- Damit erhöht sich auch noch *das moralische Stressempfinden*
- Es entsteht moralische Dilemmasituation, die durch Erhöhung moralischer Erwartung an Pflegeberufe erhöht wird, sie werden **alleine gelassen u. Pflexit lockt**

Was meinen wir mit Pflege? Was meinen wir mit „wert“?

- Das **Wort „Pflege“** ist in Deutschland verbrannt
- Durch **Pflegeversicherung** wird **berufliche Pflege** mit **Teilleistungsrecht** u. mit **Laienpflege** gleichgesetzt
- **Pflege** wird nicht mit **Fachlichkeit, Mehrwert** u. **Relevanz** in Verbindung gesetzt
- Fachpflege ist in keinem Sozialgesetzbuch abgebildet u. spielt aus diesem Grunde keine Rolle
- Fachpflege hat in Deutschland keinen Wert
- Was ist Fachpflege? Wird z.B. im Pflegeberufegesetz, im Code des ICN dargestellt

Pflegeberufes- gesetz

§ 4 Pflegeberufegesetz

- (1) Pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 dürfen beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 durchgeführt werden. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, dürfen pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 nicht durchgeführt werden.
- (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.
- (3) Wer als Arbeitgeber Personen ohne eine Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 oder Personen, deren Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1 ruht, in der Pflege beschäftigt, darf diesen Personen Aufgaben nach Absatz 2 weder übertragen noch die Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 durch diese Personen dulden.

Pflegeberufes- gesetz

§ 5 Pflegeberufegesetz

- Die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen:
- a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege,
- b) Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
- c) Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen,
- f) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen,
- g) Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten,
- h) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und Durchführung von Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
- i) Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen,

Was meinen wir mit Pflege? Was meinen wir mit „wert“?

§ 37 Ausbildungsziele für hochschulische Pflegeausbildung

- (3) hochschulische Ausbildung umfasst die in § 5 Abs. 3 aufgeführten Ziele und darüber hinaus
 1. Zur Sicherung u. Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf Grundlage wissenschaftsbasierter o. wissenschaftsorientierter Entscheidungen
 2. Vertieftes Wissen über Grundlage d. Pflegewissenschaft, d. gesellschaftlich-institutionellen Rahmens d. pflegerischen Handelns sowie d. normativ-institutionellen Systems d. Versorgung anzuwenden u. Weiterentwicklung d. gesundheitlichen u. pflegerischen Versorgung mitzugestalten
 3. Forschungsgebiete d. professionellen Pflege aus dem neuesten Stand d. gesicherten Erkenntnisse erschließen u. forschungsgestützte Problemlösungen wie auch Technologien in das berufliche Handeln integrieren
 4. Kritisch-reflexiv u. analytisch mit theoretischen als auch praktischem Wissen auseinandersetzen u. wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung entwickeln
 5. Entwicklung Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien, Expertenstandards mitwirken

**Grundsätzlich
falsch,
Pflegeberufe
mit § 14 SGB
XI gleichzu-
setzen**

Pflegeberufegesetz	§ 14 SGB XI
Pflegeprozessverantwortung - wird nicht finanziert, ist nicht Teil des Verständnisses Pflegebedürftigkeit	Nur Module für Mobilitätseinschränkung, Einschränkungen kommunikative u. kognitive Bereich, psychische Problemlagen u. Verhaltensweisen, Selbstversorgung
§ 5, § 4, § 37 gehen weit darüber hinaus - Wird nicht abgebildet wird nicht finanziert, ist nicht Teil eines Pflegebedürftigkeitsbegriffes	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (nur in definierten Bereichen)
Sieht Pflegeausbildung nicht vor	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sich beschäftigen, ornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Problematische Gleichsetzung von SGB XI mit Fachpflege

- In Deutschland hat das **SGB XI einen großen Anteil an der Entwertung von Fachpflege**
- Teilleistungsrecht, das im Grunde nur Pflegegrade zuordnen soll, wird mit Fachpflege verwechselt
- **§ 1 SGB XI**: es geht um Absicherung Pflegebedürftigkeit – nicht um Finanzierung Leistungen von Pflegebedarfen
- Im **SGB XI werden nicht Pflegebedarfe** erhoben, sondern **Pflegebedürftigkeit** nach einem Verständnis, um Leistungen der Pflegeversicherung der 3 Leistungsarten zuordnen zu können
- **§ 3 SGB XI** betont Vorrang Pflege durch Angehörige oder soziales Umfeld
- Im **SGB XI keine Hinweise** zu Pflegeprozess, Pflegebedarfen, bedarfsangemessene pflegerische Versorgung oder Anspruch auf Kompetenzen pflegerischer Versorgung

Problematische Gleichsetzung von SGB XI mit Fachpflege

- Pflegeversicherung ermöglicht, dass man in einem **der 5 Pflegegrade** eingeordnet werden kann u. damit **begrenzten Leistungsanspruch definierter Leistungsarten** hat
- Diese spiegeln aber **nicht bedarfsangemessene u. berufliche Pflege** nach pflegfachlicher Einschätzung wider.
- **Pflegeversicherung** funktioniert nur mit einer hohen Eigenleistung, die zum großen Teil durch pflegende Angehörige oder durch eigene Übernahme von Kosten ermöglicht wird.
- **SGB XI finanziert nicht** bedarfsangemessene pflegfachliche Versorgung nach Prinzip des Pflegeprozesses, keine präventive oder gesundheitsförderliche Pflege, keine interdisziplinäre und wohnortnahe Pflege.

Professionelle Pflege/Fach- pflege hat keinen Wert

- Der **Pflegeprozess wird nicht finanziert**, obwohl er als Vorbehaltsaufgabe im Pflegeberufegesetz formuliert ist.
- Im Grunde wird **nichts finanziert, wofür Pflegeberufe qualifiziert werden, weder im SGB V noch im SGB XI**
- Im SGB XI - Bereich ist es noch krasser, da hier ein Pflegebedürftigkeitsinstrument mit pflegerischer Versorgung und Pflegeprozessen verwechselt wird.

Pflegende Angehörige / Hauptpflegepersonen

- Pflegende Angehörigen arbeiten durchschnittlich 43 Stunden pro Woche für pflegerischen Leistungen (Röker et al. 2020)
- **Übernahme Pflege eines Angehörigen hat Auswirkungen auf Möglichkeiten, beruflich tätig zu sein:** zeitlicher Hauptanteil liegt dabei auf Durchführung Körperpflege, Ernährung und Mobilität und im Weiteren dann auf Betreuung und Beschäftigung im Alltag (Röker et al. 2020)
- **Pflegende Angehörige** neigen dazu, Arbeitszeit zu reduzieren oder ihren Arbeitsplatz zu verlassen, wenn die **Pflegezeit mehr als 1 Stunde pro Tag beträgt** (Suhr und Naumann 2016)
- Mit anderen Worten, **zeitintensive Pflege wirkt sich negativ auf die Erwerbsquoten aus** (Abbau oder Rückzug aus dem Erwerbsleben) (Suhr und Naumann 2016)

Pflegende Angehörige / Hauptpflege- personen

- Jahr für Jahr erfahren wir von Überlastungen pflegender Angehöriger
- Nach § 2 SGB XI basiert die Pflegeversicherung darauf, dass pflegende Angehörige ihre Selbstbestimmung aufgeben, um eine pflegebedürftige Person zu versorgen
- Geschieht häufig unter Aufgabe der Berufstätigkeit u. eigener Selbstbestimmung
- Die **Pflege pflegender Angehöriger hat einen hohen volkswirtschaftlichen Wert**, der in keine Berechnung eingeht, aber auf Kosten der pflegenden Angehörigen und deren Familien geht
- Die **Kosten physischer u. psychischer Überlastungen, der Stundenereduktionen** bei Erwerbsarbeit oder deren Aufgabe, werden vom System kalkuliert u. in Kauf genommen
- § 3 SGB XI § 3 **Vorrang der häuslichen Pflege** Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig **die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen**, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

Pflegende Angehörige / Hauptpflege- personen

- **Vor Augen haltend:** Demografische Alterung, mehr Menschen müssen und sollen länger arbeiten, kann auf Ressource pflegende Angehörige nicht voraussetzungslos aufgebaut werden
- Idee des **SGB XI baut auf Bild Hausfrauenehe** u. Vorhandensein vieler Kinder auf



- **Voraussetzungen nicht mehr gegeben**



- **SGB XI** hat mit diesen Voraussetzungen keine Zukunft mehr u. bedarf grundsätzlicher Formen, die aber nicht im Koalitionsvertrag ansatzweise aufgenommen sind
- **Die grundsätzlichen Fragen bleiben:** welche Langzeitpflege wollen wir? Wie viel darf sie kosten? Wie gut oder schlecht soll die Qualität der Pflege sein?
- Ohne **Förderung fachlicher Pflege** wird **SGB XI nicht zu halten sein bzw. nur in Ansätzen**

Pflegende Angehörige

- Wie viel es kostet, wenn pflegende Angehörige, Beruf aufgeben, Stunden reduzieren, ihr eigenes Leben aufgeben oder physische und psychische Belastungen erleiden



Wird nicht kalkuliert

- Der **volkswirtschaftliche Nutzen der Leistungen** der pflegenden Angehörige, wird **nicht kalkuliert**



- Das SGB XI baut ganz selbstverständlich auf diese Leistungen als Eigenleistungen auf, die gleichzeitig einen hohen volkswirtschaftlichen Wert haben
- Das **SGB XI funktioniert nur** mit Leistungen der pflegenden Angehörigen.

Pflegende Angehörige & Pflegebe- dürftige

- Wenn ich höre, dass aus Niedersachsen von Pflegestützpunkten berichtet wird, dass immer häufiger keine ambulanten Pflegedienste oder Plätze für stationäre Langzeitpflege vorhanden sind und Nachfragen nicht bedient werden können, dann muss ich konstatieren: es interessiert unsere politischen Entscheidungsträger nicht.
Unter- und Fehversorgung in der Langzeitpflege ist kein Thema für politische Entscheidungsträger in diesem Land.
Sie ist für sie nicht sichtbar und damit nicht existent.
- Sie wird mit schönen Bausteinreden schön geredet, immer in der Annahme, dass pflegende Angehörige eine unerschöpfliche Ressource sind.
- **Unter- und Fehversorgung in Langzeitpflege** haben keine Bedeutung in politischen Diskussionen und werden als Thema auch nicht gewünscht.
- Was Unter- und Fehversorgung in Langzeitpflege kostet?

Fachpflege u.
qualitativ
hochwertige
Pflege haben in
diesem System
keinen Wert –
aber Gewinne
dürfen gemacht
werden?

- *„Es gab diverse Schlagzeilen über investortorgetriebener Unternehmen – für diese hat Pflege einen hohen Wert*
- *Schliersee und Augsburg, Orpea: Als Beispiele für menschenunwürdige Pflege*
- *Orpea in Deutschland, z.B. „Im Jahr 2015 ist die Firma, die dieses und weitere Pflegeheime in Bremen betreibt, vom Bremer Investor Rolf Specht an den französischen Konzern Orpea verkauft worden. Das international agierende Unternehmen hatte 2020 einen Umsatz von fast vier Milliarden Euro. 2005 waren es noch knapp 310 Millionen. Der Konzern besitzt Pflegeheime, Rehabilitations- sowie psychiatrische Zentren in Europa, Lateinamerika und sogar China.... Die Kapitalisierung des börsennotierten Unternehmens hat sich in den letzten fünf Jahren verdreifacht und 2020 9,3 Milliarden Euro erreicht. Im Jahr 2021 beschäftigte das Unternehmen mehr als 65.000 Mitarbeiter – überwiegend Frauen (über 80 %), fast die Hälfte davon in Frankreich.“*
- <https://aktuelle-sozialpolitik.de/2022/02/02/orpea-und-mehr/>;
letzter Zugriff: 23.02.2022

Fachpflege u.
qualitativ
hochwertige
Pflege haben in
diesem System
keinen Wert –
aber Gewinne
dürfen gemacht
werden?

- **Das Milliardengeschäft Altenpflege Heime als Gewinnmaschinen für Konzerne und Investoren**
- Vernachlässigte Bewohner, überarbeitete Angestellte, knallharte Sparvorgaben. Und viel Geld vom Staat. Eine Recherche von Investigate Europe. [Nico Schmidt Harald Schumann](#)
- „Da habe ich das Gefühl, ich behandle die Leute nicht menschenwürdig, sondern nur noch im Akkord“, erzählt Aljoscha Krause, Altenpfleger im „Haus an der Ilmenau“ in Lüneburg. Und das geschieht oft. Krauses Arbeitsort gehört seit fünf Jahren zu Korian, einem von Europas führenden Konzernen für Pflegeheime. Und der spare an Arbeitskräften, sagt er.
- Immer wieder gebe es „ein riesiges Loch in der Personalbesetzung, dann müssen wir mehrere Schichten arbeiten, die psychisch und physisch katastrophal belastend sind.“ Das mache so manchen krank, „und das ist der Teufelskreis, weil dann noch mehr Kollegen fehlen.“
- Die Folgen tun ihm weh, weil die Heimbewohnerinnen und -bewohner leiden und schlecht versorgt würden. All das aus ganz profanen Gründen: „Korian versucht die Personalkosten zu drücken, um die Renditen zu steigern.“
- <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/das-milliardengeschaeft-altenpflege-heime-als-gewinnmaschinen-fuer-konzerne-und-investoren/27424770.html>
- Der Tagesspiegel, 16.07.2021

Fachpflege u.
qualitativ
hochwertige
Pflege haben in
diesem System
keinen Wert –
aber Gewinne
dürfen gemacht
werden?

- Ein stetig wachsender Teil der staatlichen Ausgaben für die Pflege fließt in die Kassen transnationaler Unternehmen, die damit einen wichtigen Teil der sozialen Infrastruktur in ihren Besitz bringen; die 20 größten Konzerne verwalten bereits mehr als 4681 Heime für mehr als 400.000 Pflegebedürftige (*siehe Grafik oben*).
- Anonyme Finanzinvestoren übernehmen immer größere Anteile am Pflegegeschäft und entziehen ihre mit öffentlichen Geldern erzielten Gewinne der Besteuerung, indem sie ihre Erlöse in Offshore-Zentren verschieben.
- Die zunehmende Privatisierung geht in vielen EU-Ländern einher mit Einsparungen beim Personal und Mängeln bei der Pflegequalität, aber die Regierungen lassen den Prozess laufen und versagen vielerorts bei der Kontrolle.
- <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/das-milliardengeschaeft-altenpflege-heime-als-gewinnmaschinen-fuer-konzerne-und-investoren/27424770.html>
- Der Tagesspiegel, 16.07.2021

„Die“ Pflege als Markt mit hohem Wert – aber nur für Investoren – für andere hohe Kosten

- Denn bei anhaltenden Niedrigzinsen und mauen Wachstumsraten bietet die Pflegebranche privaten Investoren eine einzigartige Konstellation. Der Markt wächst unablässig, und der wichtigste Kunde ist der Staat, der selbst in Krisenzeiten immer zahlt.
- Mit mehr als 220 Milliarden Euro im Jahr beteiligen sich die EU-Staaten sowie Großbritannien, Norwegen und die Schweiz nach Angaben der OECD an den Kosten für die Pflege. Weitere 60 Milliarden Euro steuern die Betroffenen aus eigener Tasche bei. Und es wird jedes Jahr mehr. „Die rasche Alterung der Bevölkerung in ganz Europa wird langfristig der größte Wachstumstreiber für den Pflegeheimmarkt sein“, preist die Unternehmensberatung Knight Frank den anhaltenden Boom.
- Nach Schätzung der EU-Kommission werden sich die Kosten für die Langzeitpflege in Europa darum von derzeit 1,7 Prozent auf 3,9 Prozent der Wirtschaftsleistung im Jahr 2070 mehr als verdoppeln. Das mache das Geschäft krisensicher, erklärt Matthias Gruß, Fachmann für die Pflegebranche bei Verdi. „Wenn die Pflegekassen blank sind, zahlt notfalls der Steuerzahler, es wird nie einen Zahlungsausfall geben.“
- <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/das-milliardengeschaeft-altenpflege-heime-als-gewinnmaschinen-fuer-konzerne-und-investoren/27424770.html>
- Der Tagesspiegel, 16.07.2021

„Die“ Pflege
als Markt mit
hohem Wert –
aber nur für
Investoren –
für andere
hohe Kosten

- Das große Problem ist: diese erzeugten Gewinne, die hohen Renditen, Gewinne gehen nicht ins System zurück
- Im zitierten Artikel heißt es: **Gewinne fließen über verschachtelte Firmenkonstrukte in Steueroasen**
- Zuständige Behörden, Pflegekassen etc. wissen nicht, wie hoch der Anteil der Erlöse ist, den Investoren als Gewinn einnehmen (z.B. Investitionskosten als Black Box, versteckte Gewinnabführung)

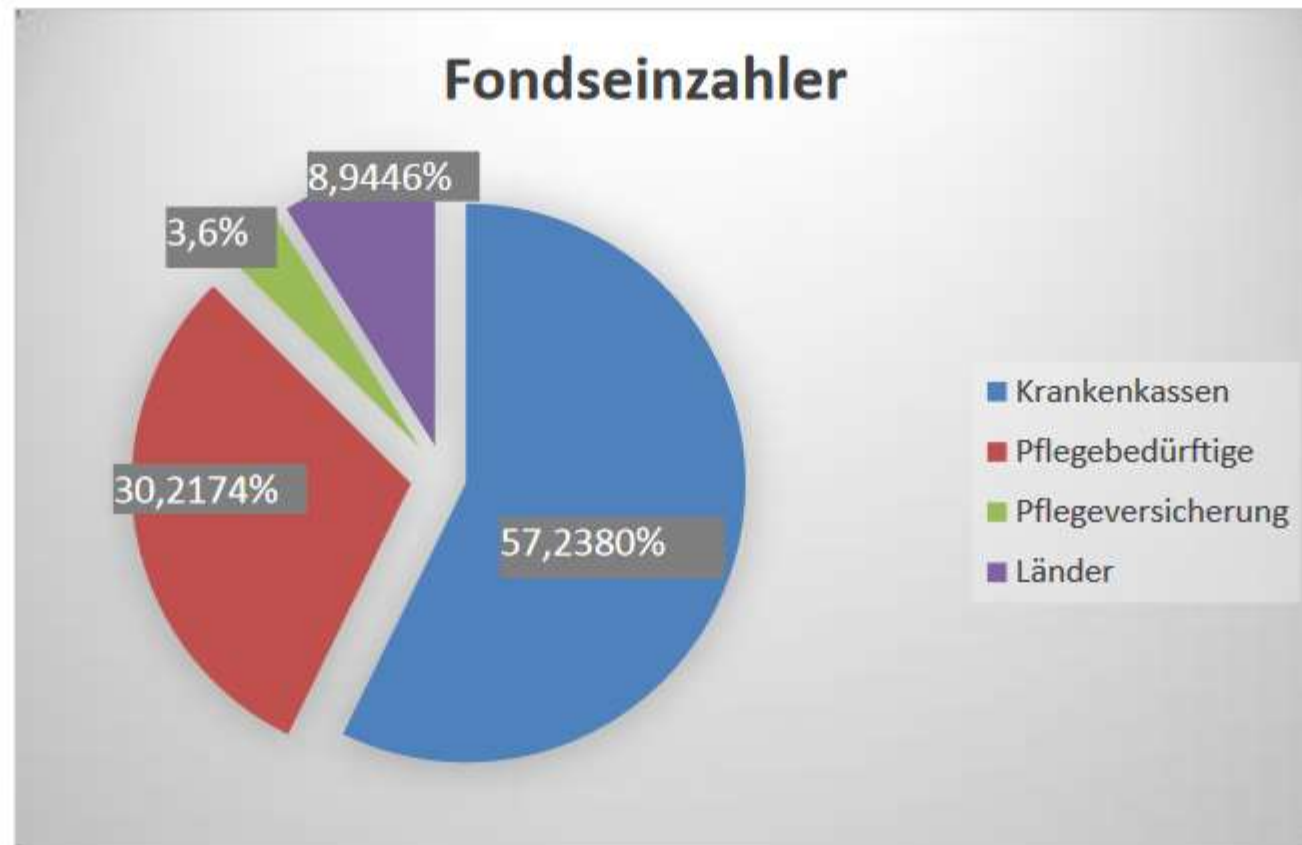


- Gewinne erzeugen also keine Innovation (anders im Vergleich zum Arzneimittelmarkt)
- Sie erzeugen keine neuen Konzepte pflegerischer Versorgung
- Sie erzeugen keine bessere Qualität, keine bessere Pflege, keine menschenwürdigere Pflege, keine besseren Gehälter oder Arbeitsbedingungen für Pflegeberufe

Problematisch, wenn sich RWI im Pflegeheim-report 2022

- Nur unter ganz konservativ-ökonomischen Gesichtspunkten mit Situation Pflegeheimen auseinandersetzt
- Erschreckend ist folgender Satz: „Dabei **arbeiten Heime in privater Trägerschaft insbesondere in Westdeutschland kostengünstiger** als öffentlich-rechtliche oder freigemeinnützige Heime. Inklusiv des Investitionskostenanteils lagen ihre Preise 7 Prozent unter dem westdeutschen Durchschnitt. In Ostdeutschland ist dieser Unterschied weniger stark ausgeprägt, die Preise privater Heime lagen dort 1 Prozent unter dem ostdeutschen Durchschnitt.“
- Die pflegerische Versorgung, Pflegeprozesse und Fragen, wie menschenwürdige Pflege und gute Qualität erreicht werden kann, spielen keine Rolle
- Weder Bewohnende noch Pflegefachlichkeit spielen im Gutachten eine Rolle
- Es werden nur Kostendruck, Wirtschaftlichkeit, verschlechterte Ertragslage etc. untersucht u. benannt
- (<https://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/462/>; letzter Zugriff: 23.02.2022)

Gesetzl. Anteile der Fondseinzahler



Mehrwert professionelle oder fachlicher Pflege

- Zusätzlicher Nutzen, Zuwachs an Wert, der erarbeitet wird; Merkmale, die eine Dienstleistung von einer anderen unterscheiden lässt u. damit für Verbraucher*in Wert schafft, attraktiver macht



- Dafür benötigen wir Parameter i. d. gesundheitlichen u. pflegerischen Versorgung, die nicht alleine von der Medizin definiert werden können (z.B. Verbesserung Lebensqualität, Verbesserung Teilhabe u. Selbstbestimmung, Selbstpflegefähigkeit, Mobilität, Sprechfähigkeit.....)

Mehrwert professionelle oder fachlicher Pflege

- Dieser kann ohne die Kompetenzen und Fähigkeiten von Fachpflege durch Pflegefachberufe nicht erreicht werden



- Diesen Mehrwert enthalten wir Pat., Klienten*innen etc. vor, wenn wir diesen Mehrwert nicht durch Unterstützung von Fachpflege, von akademisierter und differenzierter Pflege



- Dieser Mehrwert zahlt sich in diversen Bereichen aus

Was ist der Mehrwert qualitativ hochwertiger Fachpflege?

- **Tarazi (2020)**
- **Studie aus USA**; Untersuchung höhere Medicaid-Ausgaben für Krhs. im Zusammenhang mit Pflegepersonal-Patientenschlüssel & Krankenhauswiedereinweisungsraten (innerhalb von 30 Tagen)
- In Folge von **3 Jahren höhere Pflegepersonalschlüssel, signifikant weniger ungeplante Wiedereinweisungsraten**
- Indikation auf bessere Versorgungsqualität in den Kliniken
- Anstieg von **0.33 – 0,46 produktive Pflegefachstunden** (19-28 Minuten) relativ zu durchschnittlichen 6,8 Stunden wird als sinnvoll für Patientensicherheit betrachtet

Was ist der Mehrwert qualitativ hochwertiger Fachpflege?

- **Kim et al. (2016):** Studie zu Personal-Qualifikation-Schlüssel u. Outcomes auf Pat. mit Knie-/Hüft-OP
 - **Outcomevariable:** Kosten u. Verbrauch bis zur Krankenhausentlassung

Ergebnisse:

- **Niedriger Personalschlüssel** assoziiert mit **längeren** Krankenhaushalten
- **Höherer Fachkraft-Patientenschlüssel** verbunden mit **kürzeren** Verweildauern
- **Ausgaben für Patienten niedriger**, wenn **Pflegekräfte** mit **höheren Qualifikationen**
- **Krhs. mit niedrigstem Pflegefachpersonal-Patientenschlüssel gaben durchschnittlich US \$ 1142,20 mehr pro Patienten** aus als **Krhs. mit höheren Pflegepersonal-Patientenschlüssel**

Was ist der Mehrwert qualitativ hochwertiger Fachpflege?

Lasater et al. 2021:

- Untersuchung in 87 Akutkliniken in Illinois
- Stichprobe 210.492 Medicare Pat., über 65 Jahre alt
- Pflegepersonal-Pat.-Schlüssel im Durchschnitt 4.2 bis 7.6
- Nach Adjustierung zeigte sich Anstieg von 16% Mortalität je Pat. mehr im Durchschnittsarbeitslast der Pflegefachperson
- Wahrscheinlichkeit, dass Pat. im Krankenhaus länger verweilten, stieg um 5% je Pat. mehr pro Arbeitslast der Pflegefachperson
- Wenn Kliniken im 1 Jahresdurchschnitt einen Pflegepersonalschlüssel von 1:4 hatten, konnten 1.595 Tode u. 117 Mio Dollar gespart werden
- Einsparpotenziale ergeben sich u.a. durch kürzere Verweilzeiten in Kliniken

Missed
Nursing Care –
Nursing Care –
ein Wert der
durch zu
wenig
Fachpflege
verloren geht

- **“Missed nursing care** has been described as **care that is delayed, partially completed, or not completed at all**. It has also been called nursing care left undone and unmet nursing care needs. The term rationing care is related to, but distinct from, missed nursing care. Rationing involves a planned and reasoned decision to deny access to care. In nursing, this definition has also included the notion that the reason for this rationing is because of a lack of resources. **Missed care, on the other hand may not be planned or reasoned and may not be because of a lack of resources.”** (Chaboyer et al. 2020:82)

**Missed
Nursing Care –
Nursing Care –
ein Wert der
durch zu
wenig
Fachpflege
verloren geht**

- **Ergebnisse des Reviews von Chaboyer et al. 2020:**
- a) communication and information sharing;
- (b) self-management, autonomy and education including care planning, discharge planning and decision making
- (c) fundamental physical care
- (d) emotional and psychological care including spiritual support
- (e) symptom management, patient surveillance, medication administration and nurse initiated independent intervention

Outcomes missed nursing Care:

- Geringere/schlechte Qualität
- Geringere Patienten*innenzufriedenheit
- Geringere Zufriedenheit der Pflegefachpersonen
- Mehr adverse/unerünschte Ereignisse der Patienten*innenversorgung
- Längere Krankenhausaufenthalte
- Höhere Wiedereinweisungsraten

Bevor ich zum
Fazit komme!

Was ist uns
die Pflege
wert?

<https://www.menti.com/1iwyuyj8f4>

Fazit

- Von keiner einzigen Stelle einen Rückhalt oder Förderung professioneller Pflege oder Bereitschaft, die Bedingungen dafür zu gestalten.
- **Niemals Anerkennung vernommen, dass Evidenzlage auf Mehrwert professioneller Pflege hinweist!** Im Gegenteil!
- Also, können wir nur darstellen, **was nicht ausreichende professionelle Pflege bedeutet, wie Outcomes der Patientenversorgung schadet**, wie teuer auch eine nicht ausreichende professionelle Pflege ist.
- Aber Rückhalt und Unterstützung gibt es von keiner einzigen relevanten Stelle.
- Der Mehrwert professioneller Pflege findet in Deutschland keine Berücksichtigung
- Im 21. Jahrhundert müssen wir immer noch beweisen, dass Fachpflege einen Unterschied macht und sich deswegen lohnt!

Fazit

Wong et al. (2015:578):

- *„Government support was essential to make things happen, through regulation and licensing of healthcare providers to define the role of nurses, and to govern the quality of care through licensure and disciplinary standards“*




- Diese Unterstützung haben wir in größtenteils Deutschland nicht
- Karriere- u. Weiterbildungsmöglichkeiten für Attraktivität von Pflegeberufen von allerhöchstem Wert
- Rollen, Aufgaben u. Verantwortlichkeiten Pflegefachpersonen entwickeln!!

Fazit

- Die berufliche Pflege **darf nicht sektoral** gedacht werden, da pflegerische Berufsgruppen auch in Krankenhäusern oder Rehabilitationskliniken stattfinden und in vielen anderen Ländern auch im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung.
- Die **Pflegeberufe agieren sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifend**.
- Diese Tatsache anzuerkennen, würde vermutlich helfen, den Mehrwert professioneller und bedarfsangemessenen Pflege in das bundesdeutsche System zu erkennen.
- **Fachpflege und akademisierte Pflege** haben einen Mehrwert
- Fachpflege muss in einem kommerzialisiertem Gesundheitssystem leistungrechtlich berücksichtigt werden – sie bleibt sonst wertlos und als nice to have

Fazit: Berufliche Pflege als Profession verstehen

- **Handlungsorientierter Professionalisierungsansatz**
 - Professionelle Pflege stützt sich auf **systematisch entwickelte (auf wissenschaftlichen Studien basierte) Erkenntnisse**, überwiegend auf Einzelfälle in der Praxis angewandte Wissensanwendung (Fallkontext)
 - Professionelle Pflegeperson kann auf Grundlage wissenschaftsorientierter Standards, Kodizes und berufliche Erfahrungen einen **Pflegebedarf diagnostizieren u. erforderliche Pflege planen, umsetzen, eruieren**
 - **D.h.: professionelles Handeln entsteht auf Grundlage von systematischem Wissen u. Erfahrungen**
- 
- Diese Pflege hat einen Wert, wie internationale Studien zeigen und muss, wenn er in Deutschland angeboten werden soll, ermöglicht und finanziert werden.
 - Es wird einen „**return on invest**“ geben.

Fazit

- Für „return on invest“ für professionelle Pflege bedarf es systemischer und struktureller Änderungen
- In einem Gesundheitssystem wie Deutschland bedeutet es:
 - Selbstverwaltung
 - Eigenes Leistungsrecht
 - Teilnahme als Pflegefachberufe an Verhandlungen Leistungen professioneller Pflege
 - Anerkennung, dass SGB XI NICHT Leistungen professioneller Pflege widerspiegelt
 - Umfassende Reform des SGB V u. SGB XI
 - Weg vom ICD-geformten u. hochschwelligem Gesundheitssystem
 - Pflediagnosen um Pflegebedarfe festzustellen
 - ICF statt ICD – ergänzt um Pflegediagnosen

Fazit

- Strukturell, systemisch u. finanziell ist in diesem Land Pflege uns auf allen Ebenen wenig wert
- **Es muss eine Entscheidung getroffen werden, ob eine qualitativ hochwertige Pflege mit Mehrwert gewünscht ist**
- Bausteinsätze, Helden*innenzuschreibungen, Münzen, wertlose Geschenke oder einmalige Prämien sagen nichts über „Wertschätzung“ der Pflegeberufe aus.
- **Annahme, wertvolle Pflege könnte mit minimalen Pflegefachpersonalschlüssel unter geringer Finanzierung erreicht werden, kann nicht bestätigt werden**
- **Wertvolle Pflege** ist von diversen Rahmenbedingungen abhängig

Fazit

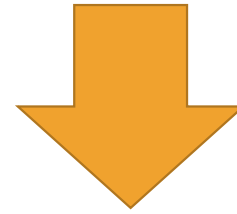
- **Zentrale Merkmale einer wertvollen Pflege sind:**
 - professionell, fachlich, differenziert, bedarfsangemessen, interdisziplinär
 - In allen Sektoren u. Settings
 - Erfüllt Bedarfe pflegerischer Versorgung
 - Erfüllt subjektive Bedürfnisse: der Verhinderung Komplikationsraten, Verhinderung Mortalitätsraten, schnellere Entlassung aus Krankenhäusern
 - Erfüllt objektive Bedarfe: bessere Versorgung in allen Sektoren, Verhinderung Komplikations-, Sterberaten, spart Kosten
 - Erfüllt Tauschwert: Professionalität wird im Gegenwart angemessenen Lohnes angeboten – im Tausch qualitativ hochwertige u. menschenwürdige Pflege

u.w.m.

Fazit

- *«Professionelle Pflegeberufe erfassen Reaktionen auf Krankheiten und Therapien, um mit diesen Daten eine angemessene Versorgung entscheiden und planen zu können. Sie teilen sich die Anlässe des pflegerischen Handelns mit Ärzten:innen und anderen Gesundheits- und Therapieberufen, aber die Ziele der Versorgung sind andere. Die Pflegediagnose wird dann aus den eingeschätzten Daten in Schritt eins des Pflegeprozesses gebildet, in dem die gesundheitliche Situation beschrieben wird, um darauffolgend die angemessenen pflegerischen Handlungen zu formulieren. Aus dieser Pflegediagnose können dann die weiteren Schritte der pflegerischen Versorgung entwickelt werden, wie die Ziele der Versorgung, die angemessenen Maßnahmen und Interventionen, die in der Folge umgesetzt und evaluiert werden, um zu prüfen, ob die Maßnahmen und Interventionen die Ziele erreichen.»*
- (Hasseler 2022, im Druck)

Fazit



- Verschlechterung Qualität und Outcomes der pflegerischen Versorgung ist nicht mehr aufhaltbar, wenn nicht dringend sich ernsthaft dieser Thematik angenommen wird u. Konzepte zur Verbesserung Qualität entwickelt u. umgesetzt werden.

Fazit

- Letztlich gibt es im System ein großes Misstrauen gegenüber Pflegeberufen. Man traut ihnen im Grunde nur Verrichtungsorientierung und wenig Fachlichkeit zu. Man braucht sie irgendwie, will sie aber auch nicht. Wenigstens nicht sichtbar.
- Das Problem ist aber, das System hat Pflegeberufen nicht Verantwortung für wertvolle, professionelle und bedarfsangemessene Pflege gegeben.
- Es sind Selbstverwaltungen des Systems, die über pflegerische Leistungen verhandeln, ohne deren Wert jemals berechnet zu haben.

Fazit

- Die Frage ist: welche Pflege will dieses Land?
- Was sind die Ziele und Zieldimensionen professioneller Pflege
- Will es eine qualitativ hochwertige und bedarfsangemessene Pflege?
- Will es eine autonomie- und ressourcenorientierte Pflege?
- Will es eine teilhabe- und selbständigkeitfördernde Pflege?
- Will es eine professionelle Pflege?
- Will es eine Pflege, die gute Outcomes in Gesundheitsversorgung erzielt?
- Wie es eine Pflege mit hoher Qualität?

Zu beachten ist:

- **New report calls for global action plan to address nursing workforce crisis and prevent an avoidable healthcare disaster**
- 24 January 2022
- A new report has revealed how the COVID-19 pandemic has made the fragile state of the global nursing workforce much worse, putting the World Health Organization's (WHO) aim of Universal Health Coverage at serious risk. It suggests up to 13 million more nurses will be required over the next decade, the equivalent of almost half of the world's current 28 million-strong workforce.
- We knew the situation was fragile because of the persistent historical underfunding of nursing around the world, but with the latest information about nurse vacancies, their rates of intention to leave, and staff sickness rates, it must now be recognised as a global crisis.
- <https://www.icn.ch/news/new-report-calls-global-action-plan-address-nursing-workforce-crisis-and-prevent-avoidable>; letzter Zugriff: 23.02.2022

Fazit

- Ohne **politisches Bekenntnis Stärkung und Förderung bedarfsangemessener Pflege** wird sich Situation nicht verändern
- Sie wird sich nicht von sich aus entwickeln und umsetzen lassen
- **Entscheidungsträger haben Verantwortung dafür, Wert fachlicher Pflege und Angehörigenpflege zu finanzieren**
- Professionelle und fachliche Pflege wird **nicht zum Null-Tarif** möglich sein
- **Angehörigenpflege kostet subjektiv und objektiv**
- **Fachpflege wie Angehörigenpflege werden vom System als Wert genutzt, aber nicht angemessen bewertet und entlohnt**
- **Care-Verständnis wird System ausgenutzt** – Sowohl Fachpflege wie Angehörigenpflege sollen Härten des kommerzialisierten Systems ausgleichen – ohne selber je ausgeglichen zu werden

Fazit

- Es gibt einen **Mehrwert professioneller Pflege für Patienten:innen.**
- Den gibt es auch für wohnortnahe, präventive, gesundheitsförderliche Gesundheitsversorgung, stationäre und ambulante Langzeitpflege.
- **Diesen enthalten wir Pat., Klienten*innen etc. durch Gestaltung und Finanzierung unseres Gesundheitssystems vor.**
- Vor allem auch, wenn wir diesen Mehrwert durch (akademisch) qualifizierte Pflegeberufe nicht weiter fördern, entwickeln, einsetzen, integrieren.

Ausblick

- Uns sollte in D. z.B. interessieren:
 - welche Zusammenhänge zwischen Pflegepersonal-Patientenschlüssel, Helfer/Asistentenschlüssel und Outcomes (Sterberaten, Komplikationsraten) etc. bestehen!
 - Auswirkungen von „missed nursing care“, „nursing care left undone“ auf Outcomes/Komplikations-/Sterberaten
 - Studien zu Skills-Mix-Konzepten u. Wirkungen auf Outcomes, Pflegebedürftigkeit
 - Zusammenhänge zwischen Skills-Mix u. Outcomes
 - Auswirkungen auf Qualität in der Pflege
 - Beeinflussende Faktoren, Variablen, Einflüsse von Umgebungsfaktoren, Trägerschaft, Führungsstile etc.
 - Relevanz professioneller Pflege für qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung insbesondere auch in krisenhaften Zeiten von Pandemien/Epidemien wie Covid-19
 - Wie stellen wir qualitativ hochwertige Versorgung von Personen mit hochkomplexen Versorgungsbedarfen sicher

Ausblick

- Uns sollte in D. z.B. interessieren:
- Problem **Gleichsetzung Begriff Pflegebedürftigkeit mit Pflegebedarfen**
- Mehrwert angemessener und fachlicher Unterstützung im Kontext SGB XI
- Problem **Unter- und Fehlversorgung in Langzeitpflege**
- **Kosten der Angehörigenpflege auf vielfältigen Ebenen**
- **Kosten Überlastung pflegender Angehöriger**
- **Auswirkungen von fehlenden Angeboten in Langzeitpflege** (Pflegebedürftigkeit, Qualität, Outcomes)
- Problem SGB XI als Teilleistungsrecht
- **Abschaffung des SGB XI oder grundsätzliche Reform zur Vollversicherung**

Ausblick

- Uns sollte in D. z.B. interessieren:
- Problem Unter- und Fehlversorgung Fachpflege in Kliniken, Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung
- Mehrwert fachlicher Pflege in Gesundheitsförderung und Prävention und zugehenden Kosten
- Kosten der Pandemie im Kontext Pflege
- Kosten nicht bedarfsangemessener Pflege
- Kosten von Burnout, Coolout, Pflexit, Intention to leave, psychosoziale Überlastung Pflegefachberufe
- Kosten unfachlicher Pflege in allen Settings und Sektoren
- Gibt es überhaupt noch eine Möglichkeit, tipping point Verschlechterung pflegersicher Versorgung in Deutschland aufzuhalten?
- Gibt es überhaupt Bewusstsein bei Entscheidungsträgern, dass weitere Deprofessionalisierung und Fragmentierung pflegersicher Versorgung schädlich ist?

Entwicklung: Hin zu Value- Based Health Care

- Erfordert Leistungsbündel für Patientengruppen bzw. Patienten (für medizinische, pflegerische, subjektive u. weitere Bedarfe)
- **Fragen:**
 - „Wie kann eine Gesundheitsleistung so gestaltet werden, dass sie dem Patienten als Individuum und damit als Person sowie anderen relevanten Akteuren als Stakeholder-Gruppen einen wahrnehmbaren höheren Nutzen bietet?
 - Wie kann eine solche Leistung vor dem Hintergrund von DRGs als Fallpauschalen und damit von Budgetierungen im deutschen Gesundheitswesen wirtschaftlich produziert werden?
 - Welche Erfolgsmodelle und Barrieren gibt es bzw. sind zu erwarten?

(Töpfer & Brabänder 2018:29)

Ausblick

- „Als zahlenmäßig größte Berufsgruppe sind Pflegende in nahezu allen Versorgungsbereichen vertreten und direkt oder indirekt auch an allen Aktivitäten beteiligt, die zum Gegenstand von Versorgungsforschung erhoben werden können.
- Zumeist als **unspektakuläre und alltagsnahe Dienstleistung und nicht eben selten hinter verschlossenen Türen ablaufend** ... lässt sich die Bedeutung der Pflege für das Gesamtergebnis der Gesundheitsversorgung derzeit nur schwer identifizieren...
- Eben dieses Phänomen führt vielfach dazu, dass pflegerische Leistungen – etwa im Umfeld spezifischer medizinischer Interventionen, in speziellen Versorgungskontexten oder im arztfernen häuslichen Versorgungsumfeld – übersehen und in ihren positiven wie negativen Einflüssen auf das Gesamtergebnis von Gesundheitsversorgung unzureichend gewürdigt werden.“ (Ewers 2012)

Ausblick

- „Die stetigen Entwicklungen, die eine wirkungsvolle und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung zum Ziel haben, können nur zum Erfolg führen, wenn der Beitrag der zahlenmäßig größten Profession, nämlich der Pflegenden, quantitativ wie qualitativ erfasst und Tatsachen statt Annahmen Grundlagen für wichtige sozialpolitische und ökonomische Entscheidungen werden.
- Kompetente professionelle Pflege benötigt systematisiertes und fundiertes Wissen, um den komplexen Bedürfnissen des Menschen und der für in bedeutsamen Bezugspersonen in der gegebenen Situation gerecht werden zu werden.“
(Brandenburg & Dorschner 2015:58)

Ausblick

Aus diesen Zitaten sind folgende Aspekte mit Relevanz für Versorgung von Patienten zu entnehmen:

- Pflegerische Berufsgruppen nehmen in einem erheblichen Umfang an der Gesundheits- und Pflegeversorgung – auch mit eigenen Konzepten/Maßnahmen mit eigener professioneller Perspektive - teil. (*Input*)
- Diese Teilnahme hat Auswirkungen auf die Durchführung (*Throughput*) sowie auf die Wirkung (Output) und *Outcomes*.
- Diese gilt es durch Pflegeforschung darzustellen, um Ziel einer verbesserten Patientenversorgung sowie Versorgung Pflegebedürftiger zu erreichen, um Wert Fachpflege darzustellen

Kontakt Daten

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler

Klinische Pflege (Pflegerwissenschaft, Gerontologie, Rehabilitation)

Beauftragte für Internationales Fakultät Gesundheitswesen

Forschungsbeauftragte der Fakultät Gesundheitswesen

PD Fakultät I der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Niedersächsischer Wissenschaftspreis 2020

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften – Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel

Fakultät Gesundheitswesen

Postanschrift: Robert-Koch-Platz 8a, 38440 Wolfsburg,

Besucheranschrift: Rothenfelder Straße 6+10, 38440 Wolfsburg.

Tel: 05361 8922 23170

Fax: 05361 8922 23172

Mobil: 0162 9698980

Email: m.hasseler@ostfalia.de

Website: www.martina-hasseler.com