

Thomas Klie

DAK-PFLEGEREPORT

BRANDENBURG

Länderauswertung des DAK-Pflegereports
„Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland
Analysen, Befunde, Perspektiven“



DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.

Bearbeitungszeitraum:

Januar 2023 – März 2023

Autor*innen:

Prof. Dr. Thomas Klie (Projektleitung)

Unter Mitarbeit von: Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön

Alle Angaben dieses Landespflegereports beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf den DAK- Pflegereport 2022 „Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven“ (Storm, Andreas (Hrsg.); erschienen im medhochzwei Verlag, Heidelberg).

Institut:

AGP Sozialforschung im FIVE e. V.

Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg

Telefon 0761 47812-696, Fax 0761 47812-699

info@agp-freiburg.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Vorwort	2
1. Das Rückgrat der Langzeitpflege ist die häusliche Pflege. Befunde, Analysen und Handlungsbedarf. DAK-Pflegereport 2022 – Landespflegereport Brandenburg	3
1.1 Einleitung	3
1.2 Anlage des DAK-Pflegereportes 2022	4
Die Bevölkerungsbefragung und die Besonderheiten des Bundeslandes Brandenburg ..	6
Häusliche Pflege: Was lässt sich aus einer GKV-Routineanalyse lernen?	15
Einblicke in die Wirklichkeiten häuslicher Pflege: Die Interviewstudie	19
Gute Praxis – Wege zur Stärkung stabiler und fairer häuslicher Pflegearrangements	23
2. Fallvignetten aus Brandenburg	25
Fallvignette: Toni Diez – Genügsam mit ganz kleiner Pflege	25
Fallvignette: Ursula Riemann – Pflege selbstverständlich	27
3. Good Practice Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ)	29
Hintergrund	29
Tätigkeitsfelder und Merkmale	29
Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	30
Weiterführende Informationen und Quellen	30
4. Landespflegepolitik Brandenburg und die häusliche Pflege	31
Literaturverzeichnis	33
Anhang Sonderauswertung AGP Sozialforschung 2023 & OptiMedis 2023	36

Vorwort

Der größte Anteil der zu Pflegenden in Brandenburg wird in der Häuslichkeit versorgt. Die häusliche Pflege ist das Fundament der Pflege auch und gerade in Brandenburg. In den von Corona geprägten Jahren 2020 und 2021 waren die stationäre Pflege und die professionellen Pflegekräfte im Fokus der Gesellschaft und der Bundesgesetzgebung. Der häuslichen Pflege fehlte es hier an einer vernehmbaren Stimme, sie blieb trotz ihres hohen gesellschaftlichen Gewichtes weitgehend unberücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund ist es uns als DAK-Gesundheit ein Anliegen, im DAK-Pflegereport 2022 die Situation der ambulanten Pflege in den Mittelpunkt zu stellen. Der Report gewährt mit der Auswertung der Routinedaten der DAK-Gesundheit, einer Bevölkerungs-befragung und Einzelinterviews mit pflegenden Angehörigen Einblicke in die Situation häuslicher Pflege.

Das Pflegegeld wird besonders häufig für Angehörige eingesetzt, die sich zeitintensiv an Pflegeaufgaben beteiligen. Wer Angehörige pflegt und Sorgearbeiten teilweise über Jahre hinweg übernimmt, dessen Leben verändert sich nachhaltig. Aus persönlicher Betroffenheit erwächst die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und Lasten der Pflege in der Gesellschaft gemeinsam zu tragen.

Es ist notwendig, dass eine langfristig wirkende Reform der Pflegeversicherung auf die politische Agenda gesetzt wird. Dabei geht es, gerade in Zeiten steigender Kosten durch multiple Krisen, insbesondere um eine finanzielle Entlastung. Die DAK-Gesundheit fordert hier eine zeitnahe und spürbare Erhöhung des Pflegegeldes. Eine weitere wichtige Erkenntnis aus unserem Pflegereport 2022: Unterstützungsangebote werden häufig nicht genutzt – oft aus Unwissenheit.

Die angedachte Zusammenfassung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege in einem Entlastungsbudget muss schnellstens auf den Weg gebracht werden. Hierdurch können auch brandenburgische pflegende Angehörige nicht nur entlastet werden, diese Budgetierung ermöglicht ihnen auch individuellere Lösungen.

Darüber hinaus gibt es viel zu tun, um die ambulante Pflege weiterzuentwickeln. Hierbei kommen auch regionalen und kommunalen Institutionen im Rahmen der Daseinsvorsorge eine besondere Verantwortung zu. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil bei der Gestaltung von Pflege vor Ort. Durch den Pakt für Pflege in Brandenburg ist eine richtige und notwendige Landesförderung zur Unterstützung und Aufbau von Strukturen geschaffen worden.

In einer der Pflege eingeschlossenen sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der regionalen Akteure im Sinne eines gezielten Case Managements und der Nutzung Digitaler Plattformen sehen wir als DAK Gesundheit eine weitere Chance für eine Stärkung der Pflege vor Ort. Hier engagieren wir uns gemeinsam mit landes- und kommunalpolitischen Akteuren und den regionalen Institutionen in der Uckermark neue beispielhafte Wege aufzuzeigen und zugehen.

Die Stärkung der häuslichen Pflege benötigt weiterhin engagierte landesbezogene Lösungen sowie eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung durch den Bund.

Richten wir weiterhin gemeinsam einen Fokus auf die Pflege, dabei wollen wir mit dem vorliegenden Pflegereport 2022 einen weiteren Impuls setzen.

Ihre



Anke Grubitz

Leiterin der DAK-Landesvertretung Brandenburg

1. Das Rückgrat der Langzeitpflege ist die häusliche Pflege. Befunde, Analysen und Handlungsbedarf. DAK-Pflegereport 2022 – Landespflegereport Brandenburg

Thomas Klie

1.1 Einleitung

Jüngste Umfragen des Instituts für Demoskopie Allensbach machen deutlich: Das Thema Pflege wird von der Bevölkerung als eines der dringendsten Themen angesehen: 94 Prozent der Bevölkerung sind dieser Meinung. Meist stehen beim Thema Pflege Heime im Vordergrund. Skandale und die zunehmend hohen Kosten. Der DAK-Pflegereport 2022 widmet sich einem pflegepolitisch immer wieder nur am Rande behandelten Thema: dem der häuslichen Pflege.

In keinem Bundesland ist die häusliche Pflege und sind selbstorganisierte Pflegearrangements, d. h. der ausschließliche Pflegegeldbezug, so ausgeprägt wie in dem Bundesland mit dem neuen Slogan: „Brandenburg: Es kann so einfach sein“. Ist es so einfach mit der häuslichen Pflege zwischen Havel und Oder?

Pflegeaufgaben werden in ganz Deutschland ganz wesentlich von pflegenden An- und Zugehörigen getragen. Die Rede vom größten Pflegedienst der Nation ist bekannt, aber so einleuchtend wie falsch: Es ist eben kein Pflegedienst. Pflegenden Angehörigen übernehmen Pflegeaufgaben aus sozialer Verbundenheit, vor dem Hintergrund eines moralischen Kodex, der in der bundesdeutschen Gesellschaft (immer noch) wirksam ist. Sie übernehmen Sorge- und Pflegeaufgaben nicht nur freiwillig, sondern vielfach auch aus Not und Alternativlosigkeit: Es sind nicht selten ökonomische Gesichtspunkte, fehlende Infrastrukturen, die geringe Qualität oder Akzeptanz von professionellen Angeboten inklusive Heimen, die dazu führen, dass Pflege oft über die gesamte Pflegekarriere hinweg als Aufgabe von An- und Zugehörigen wahrgenommen wird. Die Rede von der „Familie als dem größten Pflegedienst“ suggeriert, dass alles in Ordnung sei, dass es wie bei einem Pflegedienst zugehen würde. Das ist aber mitnichten der Fall. Pflege- und Sorgeaufgaben verändern das Leben der Beteiligten grundlegend und das auf Jahre. Das, was in Familien an Solidaritätsaufgaben geleistet wird, ist volkswirtschaftlich in seinem Wert gar nicht zu unterschätzen. Die Bedingungen, unter denen Aufgaben der Sorge und Pflege in häuslichen Pflegesettings wahrgenommen werden, sie können keineswegs immer als erfolgreiche Einlösung der Vorleistungspflicht des Staates für subsidiär verortete Sorge- und Pflegeaufgaben qualifiziert werden.

Das Subsidiaritätsprinzip ist eines der prägendsten Strukturprinzipien des deutschen Sozialstaates. Kleine Einheiten regeln ihre Angelegenheiten nach Möglichkeit selbst. In einem modernen Subsidiaritätsverständnis (Heinze et al. 2015) hat dabei der Staat allerdings seine Vorleistungspflicht einzulösen, damit die kleinen Einheiten – meist Familien, aber auch Nachbarschaften – Bedingungen vorfinden, unter denen Sorge- und Pflegeaufgaben in verträglicher, in einer gerechten Verteilung von Sorgeaufgaben und mit entsprechender fachlicher und finanzieller Unterstützung wahrgenommen werden können. Subsidiarität heißt in einem modernen Sinne, dass jede*r das ihr*ihm Gemäße zur Gestaltung einer gesellschaftlichen Gesamtaufgabe beiträgt: die An- und Zugehörigen ihre aus sozialer Nähe beruhende Solidarität und Sorge, Nachbar*innen und Freund*innen steuern das aus dem sozialen Zusammenhang Herauswachsende an solidarischem Handeln bei. Berufliche Helfer*innen und Professionelle gewährleisten verlässliche Hilfen und fachliche Unterstützung in präventiver und kurativer Hinsicht. Und die Zivilgesellschaft nimmt ihre advokatorischen und unterstützenden Rollen ein. So in etwa hat es auch der Siebte Altenbericht der Bundesregierung im Zusammenhang mit dem Leitbild der sorgenden Gemeinschaften beschrieben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2016; Klie 2019b). Die im DAK-Pflegereport 2022 vorgestellten Befunde, unterstreichen: In einer derartigen Vorstellung von Subsidiarität, von einer Verteilung der Verantwortung auf viele Schultern, liegt am ehesten eine Perspektive für die Zukunft. Auf diese Weise gelingt es auch am besten, die mit der Pflege stets verbundenen Belastungen und Einschränkungen auf ein erträgliches Maß zu begrenzen. Die Wirklichkeit der Langzeitpflege, insbesondere in der

häuslichen Pflege, wird aber von einem solchen Mix nicht geprägt. Pflege ist und bleibt im Wesentlichen persönliches Schicksal und wird als Aufgabe, die weithin allein von Partner*innen und An- und Zugehörigen bewältigt werden muss, verstanden. Das gilt auch für das Land Brandenburg, in dem es allerdings vielfältige – häufig öffentlich nicht wahrgenommene – Formen gegenseitiger Unterstützung vor Ort gibt – in Nachbarschaften, Freundeskreisen und Vereinen.

In der 19. Legislaturperiode wurde eine Pflegereform – wenn auch torsohaft – auf den Weg gebracht. Die inzwischen über 25-jährige Geschichte der Pflegeversicherung (vgl. DAK-Pflegereport 2019: Klie 2019a) wurde durch die Konzertierte Aktion Pflege weiterschrieben und mündete kurz vor Ende der Legislaturperiode im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), in dem der seinerzeitige Bundesgesundheitsminister Spahn einige wichtige Reformvorhaben aufgriff, aber letztlich nicht wirklich überzeugend in eine langfristig wirkende Pflegereform umsetzen konnte. Dabei stand die stationäre Pflege im Vordergrund: Eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte, die Einführung eines analytischen Personalbemessungssystems sowie die Begrenzung der Eigenanteile in der stationären Pflege bildeten die wesentlichen Reformbausteine der Spahn'schen Pflegereform. Außen vor blieb die häusliche Pflege. Dabei ist die häusliche Pflege das Rückgrat der Langzeitpflege. Das gilt auch für die gesundheitliche Versorgung der Gesamtbevölkerung: Im Kern kommt es auf die primärärztliche und fachpflegerische Versorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich an. Sie entscheidet ganz maßgeblich, ob und wie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt wird oder werden kann. Die häusliche Pflege politisch zu vernachlässigen, ist grob fahrlässig. Genau das ist aber (wieder) in der letzten Legislaturperiode geschehen. Das hat nicht zuletzt mit den vergleichsweise gut organisierten Stakeholder-Interessen der Langzeitpflege zu tun. Die pflegenden Angehörigen haben keine Lobby. Es stehen eher gut organisierte Interessen hinter stationären Versorgungsstrukturen. Nun wissen wir aber, dass die stationäre Versorgung nicht nur wenig Sympathien in der deutschen Bevölkerung genießt, sondern dass sie auch zunehmend teurer wird und darüber hinaus das meiste Personal bindet. Der Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte ist leergefegt. Auch wenn Ausbildungsplätze für die Pflege nach Einführung der generalistischen Ausbildung gut nachgefragt sind, die Absolvent*innen sind nicht in der Lage, den berufsdemografischen Effekt, der durch die „Boomer-Pfleger*innen“, die in den nächsten zehn Jahren in Rente gehen werden, entsteht, zu kompensieren. Auch der Rückgriff auf transnationale Pflegekräfte ist und bleibt begrenzt. Insofern wird es darauf ankommen, wenn es um die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Gesellschaft geht, den ambulanten Bereich zu stärken und einen effizienten Personaleinsatz mit Blick auf die regionale Bevölkerung in den Mittelpunkt der Gesundheits- und Pflegepolitik zu rücken. Ansätze wie Community Health Nurse (CHN) (vgl. Burgi und Igl 2021; DBfK Bundesverband e.V. 2022) weisen genau in die Richtung, auch wenn der CHN-Ansatz als realistische Perspektive so weit entfernt wirkt, wie die Klimaneutralität deutscher Städte. Eine Legislatur der häuslichen Pflege sollte die 20. Legislatur sein (vgl. Klie 2022).

Das jüngst vorgelegte Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) löst das Versprechen nicht ein. Der DAK-Pflegereport 2022 widmet sich mit Blick auf den enormen Handlungsbedarf zur fachlich und gesellschaftlich verantwortlichen Stabilisierung der häuslichen Pflege. Das Land Brandenburg hat diesem Thema pflegepolitisch besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

1.2 Anlage des DAK-Pflegereportes 2022

Der DAK-Pflegereport 2022 besteht wie seine Vorgänger aus vier Teilen:

- einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, die wieder vom Institut für Demoskopie in Allensbach durchgeführt wurde,
- die OptiMedis AG hat die Analyse der GKV-Routinedaten der DAK-Gesundheit errechnet,
- AGP Sozialforschung hat qualitative Interviews mit auf Pflege angewiesenen Menschen und pflegenden Angehörigen in ganz Deutschland geführt – auch in Brandenburg,

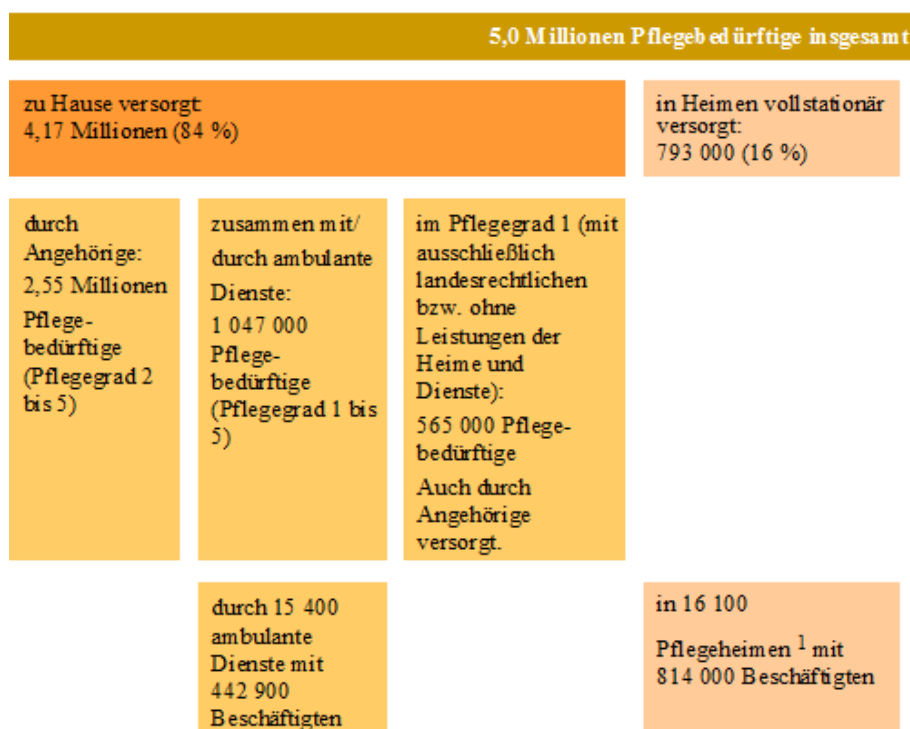
- Good Practice wurden in allen Bundesländern identifiziert. Sie zeigen auf, wo die Innovationspotenziale liegen und welche Richtung sich eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit dem Ziel der Stärkung der häuslichen Pflege vollziehen kann.

Die Bevölkerungsbefragung und die Besonderheiten des Bundeslandes Brandenburg¹

Abbildung 1: Eckdaten der Pflegestatistik 2021 | Pflegebedürftige 2021 nach Versorgungsart

Eckdaten der Pflegestatistik 2021

Pflegebedürftige 2021 nach Versorgungsart



¹ Einschl. teilstationärer Pflegeheime.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022

Die Zahl der in Pflegeheimen versorgten auf Pflege angewiesenen Menschen, sie steigt absolut, aber nicht relativ. Ihr Anteil geht sogar zurück. Die Zahl der von An- und Zugehörigen zuhause gepflegten ist weiterhin ausgesprochen hoch und eher zunehmend – wobei sich aus der Pflegestatistik zunächst nur ergibt, dass Pflegegeld in Anspruch genommen wird. Ob auch An- und Zugehörige wirklich pflegen, ergibt sich aus der Statistik nicht. Die Inanspruchnahme von ambulanten Diensten ist ebenfalls stabil und anders, als man erwarten könnte, nicht deutlich zunehmend. Die Stabilität mag auch damit zusammenhängen, dass es schlicht nicht genügend Angebote für die stationäre und ambulante professionelle Versorgung gibt. Sie hängt aber auch, so die durchaus beeindruckend zu nennenden Befunde der repräsentativen Bevölkerungsbefragung, an der stabil in der deutschen Bevölkerung verankerten Pflegebereitschaft. **43 Prozent der Befragten haben bereits Erfahrung mit der Pflege, 15 Prozent der Bevölkerung sind aktuell mit Aufgaben der Pflege von An- und**

¹ Die bundeslandbezogenen Auswertungen der Bevölkerungsbefragung erreichen nicht überall eine hinreichende Fallzahl für mit hoher Sicherheit verallgemeinerbare Aussagen. Die Fallzahlen liegen alle bei ca. 150 (auch Brandenburg) bis 325 Fällen pro Bundesland, in Bremen als kleinstem Bundesland bei 125 Fällen. Insbesondere in kleineren Bundesländern ist deshalb mit höheren Stichprobenfehlern zu rechnen. In diesen Fällen sind die vorliegenden Daten eher als Trends zu lesen.

Zugehörigen befasst), in Brandenburg sind nach der IfD-Befragung 17 Prozent. Das ist ein nennenswerter Teil der Bevölkerung, der die deutsche Gesellschaft als pflegeerfahren ausweist (so schon DAK-Pflegereport 2018: Klie 2018b).

Die in der Angehörigenpflege gesammelten Erfahrungen sind für Einstellungen und Erwartungen, wie denn Pflegebedürftigkeit von einem selbst oder An- und Zugehörigen bewältigt werden kann, prägend. Dabei zeigt sich (wiederum) der durchaus erstaunliche Effekt, dass diejenigen, die Pflegeerfahrung haben, eher bereit sind, auch in der Zukunft Pflegeaufgaben zu übernehmen als diejenigen, die noch keinerlei Berührung mit sozialer Verantwortungsübernahme in der Pflege gesammelt haben. Das gilt auch für junge Menschen, wie der DAK-Pflegereport 2021 (vgl. Klie 2021) gezeigt hat. Dass es eher Bürger*innen aus gehobenen Schichten sind, die über Pflegeerfahrung verfügen, verweist auf einen in der Pflegepolitik immer wieder vernachlässigten Aspekt, den der sozialen Ungleichheit (vgl. Bauer und Büscher 2008). Es ist die höhere Lebenserwartung von Bürger*innen mit besserer Bildung und höherem Einkommen, die die ungleiche Verteilung (mit) erklärt. Die Pflegeerfahrungen sind zumeist Erfahrungen in der häuslichen Pflege. Immerhin 36 Prozent der pflegeerfahrenen Deutschen haben allerdings auch Einblicke in die Wirklichkeit der Pflegeheime erhalten: Ihre An- und Zugehörigen waren zumindest zeitweise, zumeist im späten Verlauf der Pflegebedürftigkeit, in vollstationärer Versorgung. Pflege gelingt am ehesten in einem gut ausbalancierten Hilfemix und der Verteilung der Verantwortung für die Pflege auf mehreren Schultern.

79 Prozent der Befragten gaben an, dass Angehörige die Sorge- und Pflegeaufgaben übernommen haben. Bei immerhin 23 Prozent beteiligten sich auch Freunde an der Pflege. Pflege ist und bleibt Beziehungsarbeit, verlangt auch unmittelbare körperliche Unterstützung: Pflege geht ohne den anderen nicht. Und die anderen, die Pflegenden, sind meist Angehörige, aber eben auch Freund*innen. In Brandenburg übernehmen in 89 Prozent der Fälle Angehörige die Pflege, Freunde beteiligen sich in 20 Prozent der Fälle.

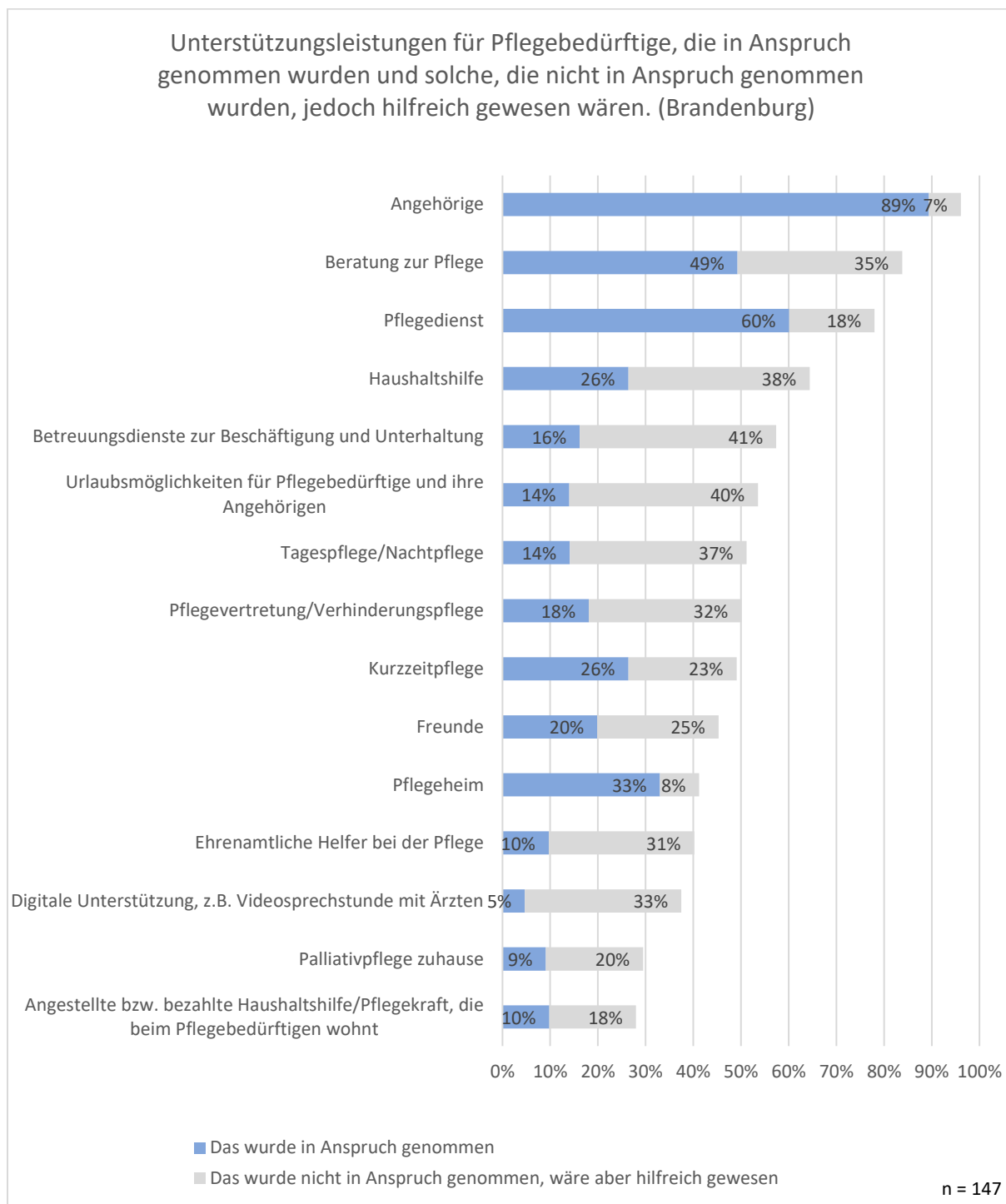
Es werden auch andere Formen der Unterstützung einbezogen, ob Pflegedienst, Haushaltshilfe oder 24-Stunden-Kraft respektive Live-Ins: 66 Prozent der Befragten, die über Pflegeerfahrung verfügen, haben von einer dieser drei oder mehreren Entlastungsangeboten Gebrauch gemacht, auch wenn sie Pflegegeld bezogen haben. Pflegegeldbezug, so ein wichtiger Befund aus der Allensbach-Studie 2022, steht nicht selbstverständlich dafür, dass die Pflegeaufgaben ausschließlich durch Angehörige übernommen werden. Auch ist die Einbeziehung von Pflegediensten deutlich ausgeprägter, als es die Pflegestatistik vermuten lässt. Immerhin 55 Prozent der pflegeerfahrenen Befragten berichten darüber, dass Pflegedienste einbezogen wurden – häufig als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen –, 54 Prozent hatten eine Haushaltshilfe beteiligt, immerhin 12 Prozent Live-Ins. Zahlen für Brandenburg liegen nicht vor. Es ist aber davon auszugehen, dass Live-Ins im Gürtel um Berlin eher verbreitet sind, in den ländlichen Regionen Brandenburgs eher nicht.

Pflegearrangements verändern sich. Pflegedienste werden möglicherweise auch erst zum Ende der "Pflegekarriere" einbezogen. Aber sie spielen eine Rolle und sie spielen wiederum insbesondere bei den Haushalten eine Rolle, die aus höheren Schichten kommen. Die Einbeziehung von "Fremden", von Pflegediensten, von kostenpflichtigen Unterstützungsangeboten ist bei unteren sozialen Schichten aus verschiedenen Gründen deutlich weniger ausgeprägt. Das gilt im Übrigen auch für die Pflegeberatung: 41 Prozent aus höheren, 32 Prozent aus einem gesellschaftlich "einfachen Status" haben in irgendeiner Weise Beratungsangebote im Kontext der Pflege wahrgenommen. Die Pflegearrangements in Deutschland sind, so die repräsentative Bevölkerungsbefragung, deutlich vielfältiger, als es die Pflegestatistik erkennen lässt. Die sich aus der Pflegestatistik ergebende geringe Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten hängt damit zusammen, dass Pflegedienste nicht nur Leistungen gemäß § 36 SGB XI, solche der häuslichen Pflege erbringen, sondern auch als Häusliche Krankenpflege von den Haushalten in Anspruch genommen werden, auf der Basis ärztlicher Verordnungen. Häusliche Krankenpflege hat keinen Einfluss auf die Leistungen der Pflegeversicherung, schmälert auch nicht das Pflegegeld. Insofern spielt die Inanspruchnahme von Häuslicher Krankenpflege unter haushaltsökonomischen Gesichtspunkten keine Rolle.

Wie wichtig die Begleitung von Pflegehaushalten durch Fachkräfte ist respektive sein kann, wird ebenfalls in der repräsentativen Bevölkerungsbefragung sichtbar: Waren Pflegedienste involviert und/oder wurde Beratung in Anspruch genommen, wird dies als hilfreich, entlastend und weiterführend bewertet. In diesem Zusammenhang werden pflegepolitische Konzepte in ihrer Bedeutung unterstützt, die darauf setzen, dass allen auf Pflege angewiesenen Menschen eine selbstverständliche und von haushaltsökonomischen Kalkülen befreite Begleitung von Pflegefachkräften gewährleistet werden sollte (vgl. Klie et al. 2021). Der obligatorische Beratungsbesuch gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI reflektiert die Bedeutung pflegefachlicher Begleitung ebenso wie die Konzeption des Begutachtungsverfahrens gemäß § 18 SGB XI, die dem Medizinischen Dienst eine wichtige Rolle in der Einschätzung des Pflegebedarfes, der Erstellung eines Pflegeplanes und der Formulierung von Empfehlungen zuweist. Die Weiterentwicklung des Begutachtungsansatzes in Richtung einer beratungsorientierten Begutachtung, wie im Konzept der Subjektorientierten Qualitätssicherung vorgesehen, greift genau diese in der Praxis häufig unterschätzte und nicht konsequent umgesetzte Rolle des Medizinischen Dienstes auf (vgl. Klie und Büscher 2022). Die auf Pflege angewiesenen Menschen zustehenden Unterstützungsangebote, sie werden häufig nicht genutzt, sind nicht selten schlicht nicht bekannt. Immerhin 67 Prozent der Befragten gaben an, dass sie manches von dem, was die Pflegeversicherung an Unterstützungs- und Leistungsangeboten vorhält, nicht gekannt haben – vor der Befragung, in der alle Angebote aufgelistet waren. Insofern hat auch eine repräsentative Bevölkerungsbefragung ihren edukativen Effekt: Nach der Befragung waren sie zumindest im Groben informiert.

Die Nichtnutzung kann mit fehlendem Wissen, mit Barrieren in der Inanspruchnahme zu tun haben, aber auch damit, dass es schlicht an der entsprechenden Infrastruktur unterstützender Angebote fehlt. Das Thema gleichwertige Lebensbedingungen für auf Pflege angewiesene Menschen war Gegenstand des DAK-Pflegereport 2018 (vgl. Klie 2018a). Wenn Kurzzeitpflege zu den Leistungen gehört, die häufig trotz Indikation nicht in Anspruch genommen werden können, hat das ganz wesentlich mit Infrastrukturdefiziten zu tun (vgl. Braeseke et al. 2019). Dass Pflegedienste nicht leicht verfügbar sind, das ist eine eher dominante Einschätzung der Pflegeerfahrenen. Wir wissen darum, dass die Infrastruktur, auch und gerade mit Blick auf ambulante Dienste, von Region zu Region sehr unterschiedlich ist. Gerade angesichts von aktuellen Engpässen auf dem Arbeitsmarkt, den zunehmend schwieriger werdenden wirtschaftlichen Bedingungen für ambulante Dienste, der Betriebsaufgabe von Trägern ambulanter Dienste, wird die Versorgungssituation in der ambulanten Pflege immer prekärer.

Abbildung 2: (Nicht-)Inanspruchnahme hilfreicher Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige



Quelle: AGP Sozialforschung 2023

Die Nichtinanspruchnahme von Unterstützungsleistungen kennt aber, wie bereits angedeutet, häufig haushaltsökonomische Hintergründe. Das gilt für eine umfangreiche Nutzung ambulanter Pflegedienste. Das gilt auch für Haushaltshilfen. Die größten ökonomischen Barrieren bestehen hinsichtlich einer dauerhaften vollstationären Versorgung. Auch aus diesen Gründen geben 58 Prozent der pflegenden Angehörigen mit einem niedrigen sozialen Status an, dass eine Pflege im Heim nicht in Frage kommt. Bei Angehörigen mit einem höheren sozialen Status sind es immerhin noch 44 Prozent. Offenbar, so der Befund der

repräsentativen Bevölkerungsbefragung, wird in vielen Familien zur Kostenvermeidung "um jeden Preis" zuhause gepflegt. In der Interviewstudie wird genau dieser Mechanismus in einigen Fallbeispielen deutlich werden.

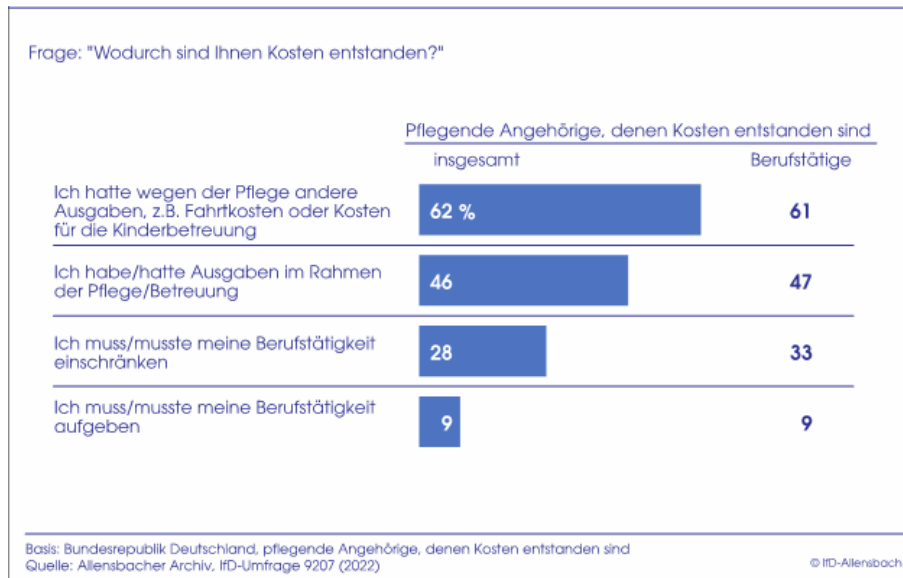
Das Zeugnis, das pflegende Angehörige, aber auch auf Pflege angewiesene Menschen den Unterstützungsangeboten ausstellen, ist überwiegend gut. Die Hilfen waren angemessen und funktional, sie hätten das Pflegearrangement unterstützt. Die Aussage gilt aber eben nur für die Haushalte, die überhaupt Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen haben, selbstverständlich nicht für die, die sie von vornherein nicht für passfähig hielten. Wie sich in konkreten, in bestimmten lebensweltlichen Konstellationen die fehlende Passfähigkeit von Angeboten zeigt, das wird in der Interviewstudie anschaulich. Als weniger gut bewerten 20 Prozent, als gar nicht gut nur 3 Prozent der Befragten die von ihnen in den Pflegehaushalten in Anspruch genommenen Leistungen. Das gute Zeugnis, das die pflegeerfahrenen Befragten abgeben, hängt im Wesentlichen mit den Pfleger*innen zusammen, die sich aus ihrer Sicht viel Mühe geben, aber ihrerseits unter sehr ungünstigen Bedingungen arbeiten müssen. Zeitdruck und Überlastung charakterisieren die Arbeitsbedingungen der in Pflegediensten Beschäftigten aus Sicht der Pflegeerfahrenen. Sie spüren den Arbeitsdruck, würdigen das Engagement und ihre Leistung. Beklagt wird allerdings auch, dass bei ständigem Wechsel der Pflegekräfte eine für die Pflege wichtige Vertrauensbeziehung nicht entstehen kann. Wie wichtig die Vertrauensebene für eine gelingende Pflegebeziehung ist, wird in der Interviewstudie vielfach benannt. Dass sprachliche Barrieren, insbesondere beim Einsatz von Pflegekräften mit "internationaler Familiengeschichte" belastend sein können, ist schon im DAK-Pflegereport 2018 (vgl. Klie 2018a) deutlich geworden.

Welche Erfahrungen haben die Befragten mit der Finanzierung der Pflege? Zunächst fällt auf, dass die Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung recht selbstverständlich ist. Es gibt offenbar nur wenige Leistungsberechtigte, die die Leistungen der Pflegeversicherung nicht nutzen. Dies ist deutlich anders bei Leistungen der Grundsicherung, wo es eine große Dunkelziffer von Berechtigten gibt, die ihre Leistungen aus unterschiedlichen Gründen, nicht zuletzt auch aus sozialer Scham, nicht in Anspruch nehmen. Prominent vertreten ist auch die Krankenversicherung. Leistungen der jeweiligen Krankenkasse werden immerhin von 58 Prozent der Pflegebedürftigen nach Erfahrung der Befragten in Anspruch genommen. Auch auf eigene Einkünfte und Vermögenswerte wird zurückgegriffen. **In Brandenburg werden Leistungen der Krankenkassen in 63 Prozent der Fälle in Anspruch genommen, die der Pflegeversicherung in 88 Prozent, laufende Einkünfte in 54 Prozent der Fälle eingesetzt.**

Es bleibt aber dabei: Die Inanspruchnahme der Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung steht im Vordergrund und zumeist werden die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung auch in der Höhe als Orientierung für die Inanspruchnahme von Leistungen genommen. Die Bereitschaft privat weitere Kosten für die Pflege zu tragen ist keineswegs verbreitet. Sie zu vermeiden, gehört zu den haushaltsökonomischen Kalkülen der Pflegehaushalte. Auch hier gibt es deutliche soziale Unterschiede: Haushalte mit einem höheren sozialen Status sind erwartbar eher bereit aus laufenden Einnahmen und Vermögen Kosten der Pflege zu stemmen.

Die Kosten der Pflege entstehen nicht nur in finanzieller Hinsicht. Man spricht von Opportunitätskosten, wenn die Berufstätigkeit (teilweise) aufgegeben wird, auf Hobbys verzichtet wird, die Familie zurückstehen muss, um in diesem Fall Pflege- und Sorgeaufgaben zu übernehmen. Die Opportunitätskosten entstehen insbesondere bei Haushalten mit höheren Einkommen: Sie verzichten besonders oft auf Erwerbsarbeit oder schränken sie ein. Es sind aber auch Nebenkosten, die entstehen, wie zum Beispiel der Kinderbetreuung, Fahrtkosten etc. pp.

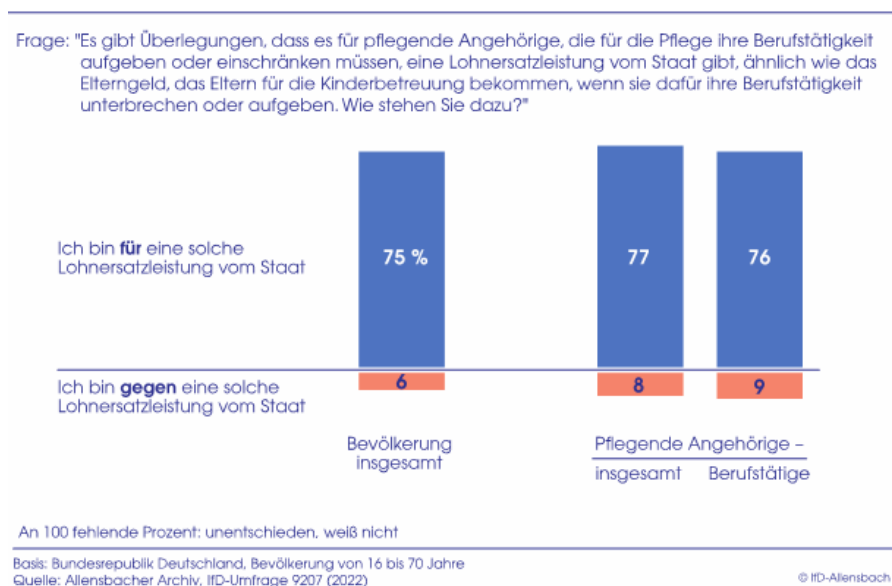
Abbildung 3: Wodurch pflegenden Angehörigen Kosten für die Pflege entstehen



Am stärksten wird die Belastung, die dadurch entsteht, dass die Erwerbsarbeit aufgegeben oder eingeschränkt werden muss, empfunden. Dass Pflege und Erwerbsarbeit häufig nicht vereinbar ist, zeigt sich auch in den vergleichsweise häufigen Krankmeldungen von pflegenden Angehörigen: Immerhin 37 Prozent der Befragten gaben an, sich im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegeaufgaben für die An- und Zugehörigen krank gemeldet zu haben – in Brandenburg lediglich 35 Prozent (vgl. Haumann in Klie 2023). Die bisherigen Angebote der Pflegeversicherung (Familienpflegezeit, etc.) waren entweder nicht bekannt oder spielen weitgehend keine Rolle.

Die in der Koalitionsvereinbarung der rot-grün-gelben Bundesregierung aufgenommene Forderung einer Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige wird von einer großen Mehrheit der Befragten befürwortet: Bei pflegenden Angehörigen noch einmal deutlicher als in der Gesamtbevölkerung.

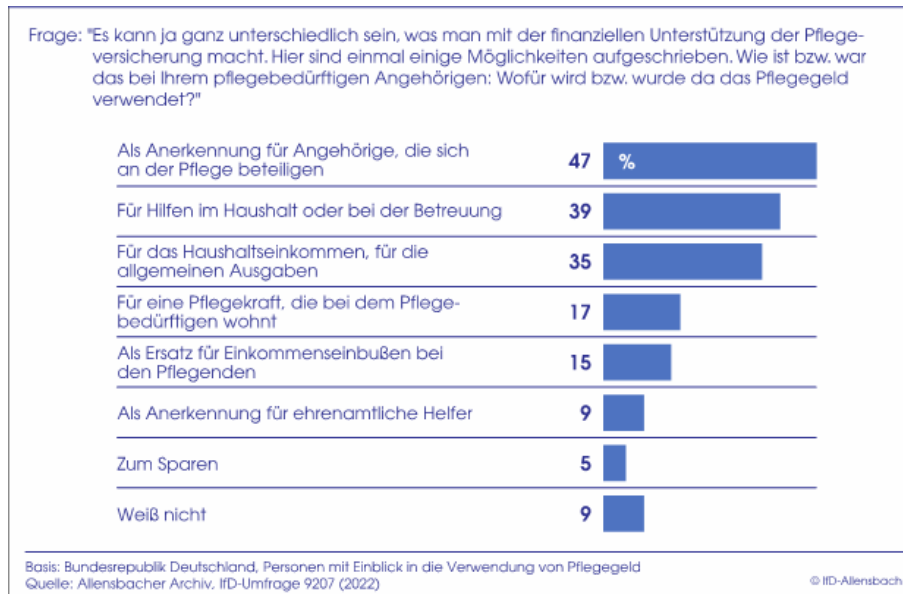
Abbildung 4: Drei Viertel der Bevölkerung für eine Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige



In Brandenburg ist die Zustimmung zu Lohnersatzleistungen nach ausgeprägter: Es sind 81 Prozent dafür.

Die Koalitionsvereinbarung der Ampel sieht beim Kapitel Pflege auch eine Erhöhung des Pflegegeldes vor (vgl. Bundesregierung 2021). Was geschieht mit dem Pflegegeld? Darüber wissen wir sehr wenig. Auch aus diesen Gründen sind wir in der Bevölkerungsbefragung dem Fragenkomplex nachgegangen: Wie verwenden die Pflegebedürftigen respektive die Haushalte mit Pflegebedürftigen das Pflegegeld?

Abbildung 5: Wofür das Pflegegeld genutzt wird



In Brandenburg wird das Pflegegeld von weniger Haushalten für (bezahlte) Hilfen im Haushalt eingesetzt – Hilfen im Haushalt: 32 Prozent (statt 39 Prozent) – dafür deutlich häufiger für das Haushaltseinkommen, für allgemeine Ausgaben: 43 Prozent (statt 35 Prozent). Besonders auffällig: Für Pflegekräfte setzen nur 9 Prozent das Pflegegeld ein (bundesweit 17 Prozent).

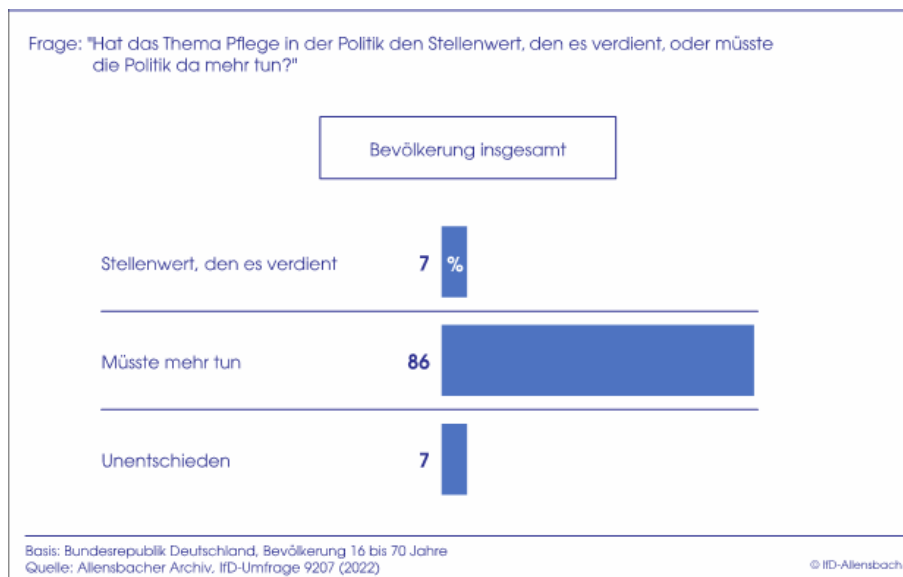
Die Anerkennung für Angehörige, die sich an der Pflege beteiligen, steht im Vordergrund. Die (anteilige) Weiterleitung des Pflegegeldes an pflegende Angehörige hängt allerdings mit der Intensität ihres Engagements und der Übernahme von Sorge- und Pflegeaufgaben ab. 39 Prozent der Befragten gaben an, dass Pflegegeld auch für Haushalts- und Betreuungshilfen auszugeben. Immerhin 17 Prozent haben es für Live-Ins, für osteuropäische Haushaltshilfen eingesetzt. Ein großer Teil, insbesondere von eher einkommensschwachen Haushalten, setzt das Pflegegeld für Ausgaben des Haushaltes ein. Auch bei der Verwendung des Pflegegeldes sehen wir wieder deutliche soziale Unterschiede. Haushalte mit niedrigem Einkommen haben es schwerer, sich ergänzende Hilfen einzukaufen oder sie in Anspruch zu nehmen. Bei ihnen dominieren haushaltsökonomische Restriktionen, die aktuell durch Inflation und höhere Energiekosten sowie die Verteuerung von Pflegedienstleistungen deutlich zunehmen. Dabei ist die Akzeptanz des Pflegegeldes und ihre unterstützende und würdigende Bedeutung groß. Ob dabei die Höhe eine besondere Rolle spielt, ist unklar und darf auch insofern bezweifelt werden, als dass das Pflegegeld für die Haushalte unterschiedlicher Einkommensniveaus von jeweils sehr unterschiedlicher Bedeutung ist. Immerhin 47 Prozent sagen, dass das Pflegegeld unerlässlich sei: Ob nun allein in ökonomischer Hinsicht oder als Anerkennung wird je nach haushaltsökonomischer Situation unterschiedlich zu bewerten sein. Für Angehörige, die sich zeitintensiv an Pflegeaufgaben beteiligen, wird, wie schon berichtet, das Pflegegeld besonders häufig eingesetzt: Hier zeigt es seine zweckentsprechende Wirkung, die in anderen Fällen so nicht immer nachvollzogen werden kann. Man kann gleichwohl feststellen, dass die Pflegebereitschaft durch das Pflegegeld stabilisiert wird.

die junge Generation fordert keine Vollversicherung. Ob das auch mit Blick auf die mit einer Vollversicherung verbundenen weiteren sozialen Lasten (Lohnnebenkosten) nicht gefordert wird, kann aus der Bevölkerungsbefragung heraus nicht beantwortet werden. Wir interpretieren allerdings die allgemeine Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben im Wesentlichen als tiefe moralische Verankerung einer Sorgehaltung: Sich um den*die Partner*in und die Angehörigen auch im Falle von Pflegebedürftigkeit zu kümmern ist weithin selbstverständlich.

Die Bereitschaft zur Pflegevorsorge in finanzieller Hinsicht ist in der Bevölkerung immer noch nicht besonders stark ausgeprägt. Auch das Vorsorgeverhalten wird von dem jeweiligen finanziellen Spielraum bestimmt. Es ist bei denjenigen, die über ein höheres Einkommen verfügen deutlich ausgeprägter als bei Haushalten mit einem Nettohaushaltseinkommen von unter 2.000 Euro.

Das Thema Pflege ist, so ein sich immer wieder bestätigender Befund, in der Politik nicht ausreichend vertreten.

Abbildung 7: Pflege: Zu geringer politischer Stellenwert



Welche Wege die deutsche Sozialpolitik einschlagen soll, um künftig das Pflegerisiko abzusichern, darüber gibt es durchaus sehr unterschiedliche Einschätzungen. Die private Vorsorge stärken, der Meinung sind immerhin 57 Prozent, wenn auch mit deutlichen Unterschieden nach Haushaltseinkommen. Auch eine steuerfinanzierte Verbesserung der Einnahmensituation der Pflegeversicherung wird nur von einem Drittel bejaht. Die Angehörigen noch stärker finanziell an den Pflegekosten zu beteiligen: Das befürworten nur 8 Prozent. Genau das geschieht aber aktuell durch die Folgen des Tariftreuegesetzes, der steigenden Kosten in allen Lebensbereichen, auch für haushaltsnahe Dienstleistungen etc.

In Brandenburg zeigt sich eine etwas andere „Vorsorgepräferenz“: Die private Vorsorge für den Pflegefall stärker fördern bejahen 61 Prozent, die Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung erhöhen halten 33 Prozent für den richtigen Weg, die steigenden Kosten für die Pflege durch höhere Steuern finanzieren fordern 30 Prozent. Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung reduzieren halten nur 9 Prozent für einen akzeptablen Weg, Angehörige finanziell stärker an den Pflegekosten beteiligen finden nur 6 Prozent eine gute Idee.

Der nicht zuletzt von der DAK-Gesundheit unterstützte Ansatz eines Sockel-Spitze-Tausches (vgl. DAK-Pflegereport 2019: Klie 2019a) wird nur von einem Drittel der Befragten befürwortet. In der Koalitionsvereinbarung findet sich dieser in der 19. Legislatur intensiv diskutierte Ansatz

nicht (vgl. Rothgang und Kalwitzki 2017). Gleichwohl wird er in der pflegepolitischen Diskussion weiterverfolgt (vgl. Pro-Pflegereform (2018-2021)).

Die repräsentative Bevölkerungsbefragung bietet interessante Einsichten in die Erfahrungen, Einstellungen und Forderungen der Bevölkerung zum Thema Pflege und häuslicher Pflege. Interessant kontrastieren Einschätzungen der Bevölkerung, dass die Politik zu wenig für das Thema Pflege tut, mit einer recht uneindeutigen Haltung gegenüber notwendigen Pflegereformen. Das unterstreicht: Das Thema Pflege braucht nicht nur von oben größere Aufmerksamkeit – und das auch in schwierigen Zeiten – sondern gerade von unten im Sinne von Diskursen und Diskussionen auf allen politischen Ebenen, insbesondere auch vor Ort (vgl. Kremer-Preiß 2021).

Häusliche Pflege: Was lässt sich aus einer GKV-Routineanalyse lernen?

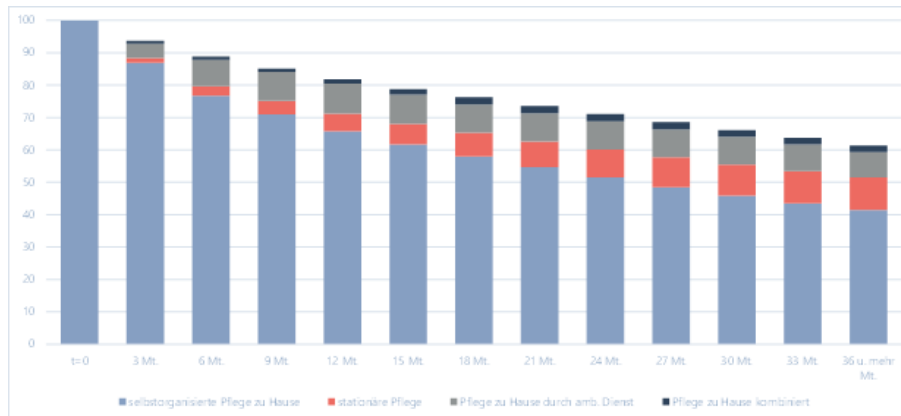
Die OptiMedis AG hat die Datensätze der pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit analysiert. Die GKV-Routinedaten sind ehrlich: Sie bilden das tatsächliche Leistungsgeschehen in der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch in der sozialen Pflegeversicherung ab. Sie sich genauer anzusehen, ist sowohl für die Kranken- und Pflegekassen von größter Bedeutung. Können so doch Formen der Fehl-, Unter- und Überversorgung erkannt werden. Eine Analyse der GKV-Routinedaten lädt überdies dazu ein, in einer sektorenübergreifenden Betrachtungsweise Rationalisierungs- und Effizienzreserven zu identifizieren. Dabei wird dann allerdings sichtbar, dass eine auch bei den Kassen nicht wirklich überwundene sektorenspezifische Betrachtungsweise und Kostensteuerung nicht so leicht zu korrigieren und zu überwinden ist. Die Analysen sind interessant. Es lohnt sich, sie konsequent und nicht nur kassenspezifisch, sondern auch kassenübergreifend durchzuführen. In einigen Bundesländern wurde mithilfe von SAHRA – einer auf Regionen bezogene Aufbereitung von GKV Routinedaten - eine derartige kassenübergreifende Aufbereitung der GKV-Routinedaten vorgenommen, die es auch den Kommunen erlaubt, die Daten für ihre Gesundheits- aber auch Pflegeplanung zu nutzen. Die Analysen der GKV- und SPV-Routinedaten der DAK-Gesundheit beziehen sich ganz wesentlich auf die Datensätze vor der Coronapandemie, um die coronaspezifischen Effekte herauszurechnen bzw. gesondert zu würdigen.

Auch die GKV-Routinedaten zeigen in aller Deutlichkeit: Ohne die selbstorganisierte Pflege geht es nicht. Sie stellen das Rückgrat der pflegerischen Versorgung von auf Pflege angewiesenen Menschen dar. Das gilt auch für Brandenburg.

Dabei wird deutlich: Nicht nur die tatsächliche Pflege, sondern auch das Management der Pflege liegt ganz überwiegend in der Hand der An- und Zugehörigen. Besonders ausgeprägt ist das – erwartungsgemäß – in Pflegegrad 1, in dem kaum Leistungen der Pflegeversicherung außer dem Entlastungsbetrag gewährt werden. Die Politik hat mit der fachlich durchaus umstrittenen Entscheidung, für den laufenden Pflegegrad 1 noch keine Leistungen vorzusehen, den Einstiegsgrad in Pflegebedürftigkeit vollständig in die Hand der Pflegebedürftigen respektive ihrer An- und Zugehörigen gelegt. Zwar können sie auch Pflegeberatung in Anspruch nehmen, was sie allerdings kaum tun. Die Bedeutung der Prävention, die gerade am Anfang der Karriere eines Pflegebedürftigen stehen sollte, wird zumindest dann nicht gesehen und ihnen entsprechende Leistungen der GKV und SPV umgesetzt, wenn nicht parallel zum Entlastungsbetrag, der mangels fehlender Infrastrukturen sehr häufig nicht eingelöst werden kann, keine Leistungen der medizinischen und pflegerischen Prävention angeboten und vorgehalten werden. Auch und gerade in diesem Zusammenhang macht es Sinn darüber nachzudenken, eine pflegfachliche Begleitung jenseits der Pflegeberatungsbesuche gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI, die beim Pflegegrad 1 ihrerseits nicht vorgesehen sind, in einer pflegfachlichen Begleitung wie einer hausärztlichen Grundversorgung vorzusehen (vgl. entsprechende Vorschläge in Klie et al. 2021; Gemeindegewerkschaft plus: Gebert et al. 2019). Dass die Leistungen der Pflegeversicherung erst mit Pflegegrad 2 einsetzen, ist eher fiskalischen als fachlichen Gesichtspunkten geschuldet. Konzepte, die sogar Eingang in die Koalitionsvereinbarung der rot-grün-gelben Bundesregierung gefunden haben, solche der Community Health Nurse (vgl. Burgi und Igl 2021; DBfK Bundesverband e.V. 2022), sind in vielfältiger Weise anschlussfähig an die hier angestellten Überlegungen.

Die GKV- und SPV-Routinedatenauswertung unterstreichen die enorme Leistungsfähigkeit von Familien und in gewisser Weise auch ihre Resilienz. Selbstorganisierte Pflegesettings sind auch über die Jahre erstaunlich stabil.

Abbildung 8: Stabilität des selbstorganisierten Pflegesettings bei 100 Versicherten in Monaten

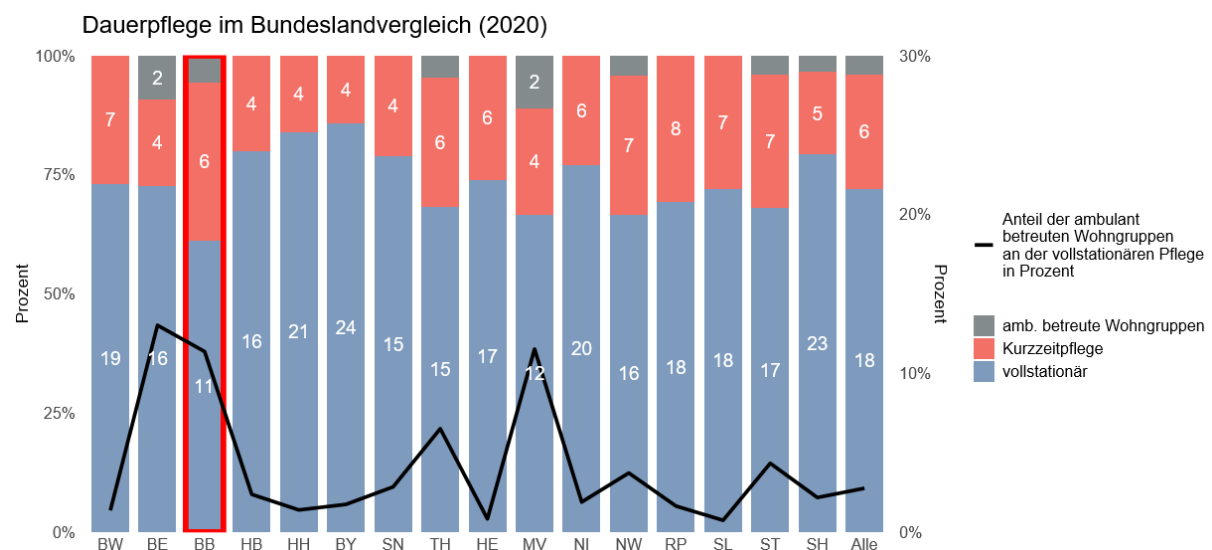


Quelle: OptiMedis 2022

Zwar nimmt mit der Dauer der Pflegebedürftigkeit der prozentuale Anteil stationärer Pflege zu. Das gilt auch für die Inanspruchnahme ambulanter Dienste. Aber auch nach 35 Monaten Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung handelt es sich bei den meisten Pflegesettings um selbstorganisierte, das heißt, um solche, in denen lediglich Pflegegeld als laufende Leistung der Pflegeversicherung in Anspruch genommen wird.

Brandenburg zeigt bei der Verteilung der Pflegearrangements der DAK versicherten Besonderheiten gegenüber anderen Bundesländern auf. In kaum einem anderen Bundesland ist die Quote selbstorganisierter Pflegearrangements vergleichbar hoch wie in Brandenburg. Auch der Anteil von in ambulant betreuten WGs lebenden Pflegebedürftigen ist im Vergleich zu anderen Flächenländern hoch.

Abbildung 9: Dauerpflege im Bundeslandvergleich (2020)



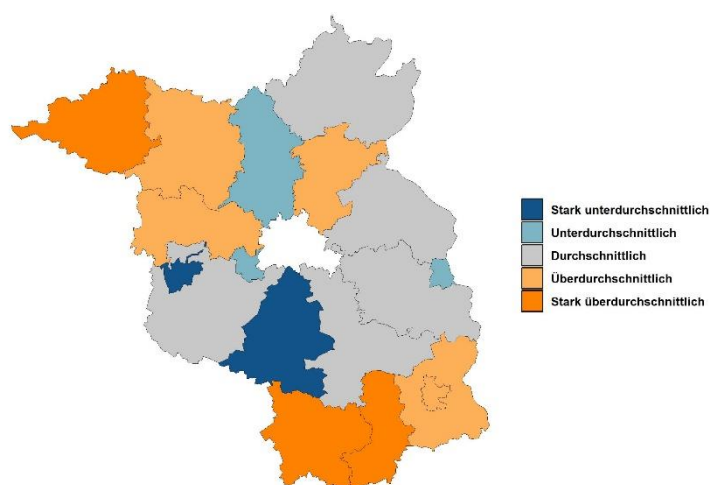
Quelle: OptiMedis 2023

Entlastungsangebote werden vergleichsweise selten in Anspruch genommen. Das gilt auch für die Kurzzeitpflege, die nach den Daten von OptiMedis überwiegend nicht in der Weise genutzt wird, wie sie vom Gesetzgeber vorgesehen war: Für den erfolgreichen Übergang vom Krankenhaus in die eigene Häuslichkeit oder zur Entlastung pflegender Angehöriger. Kurzzeitpflege mündet, nicht zuletzt in ihrer institutionellen Ansiedlung, aber auch der Finanzierungslogik meist in einem dauerhaften Aufenthalt in vollstationärer Pflege. Die Daten unterstreichen damit die Notwendigkeit, solitäre Kurzzeitpflege zu fördern, ggf. auch eine gesonderte Finanzierung und leistungsrechtliche Grundlage für sie zu schaffen (vgl. Kurzzeitpflege in Bayern: Braeseke et al. 2019; Klie und Monzer 2022a, 2022b).

Für Brandenburg zeigt sich überdies: die Kurzzeitpflegelandschaft und die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflegeleistungen durch die DAK Versicherten ist regional sehr unterschiedlich:

Abbildung 10: Regionale Verteilung der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege (Brandenburg)

Regionale Verteilung der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege

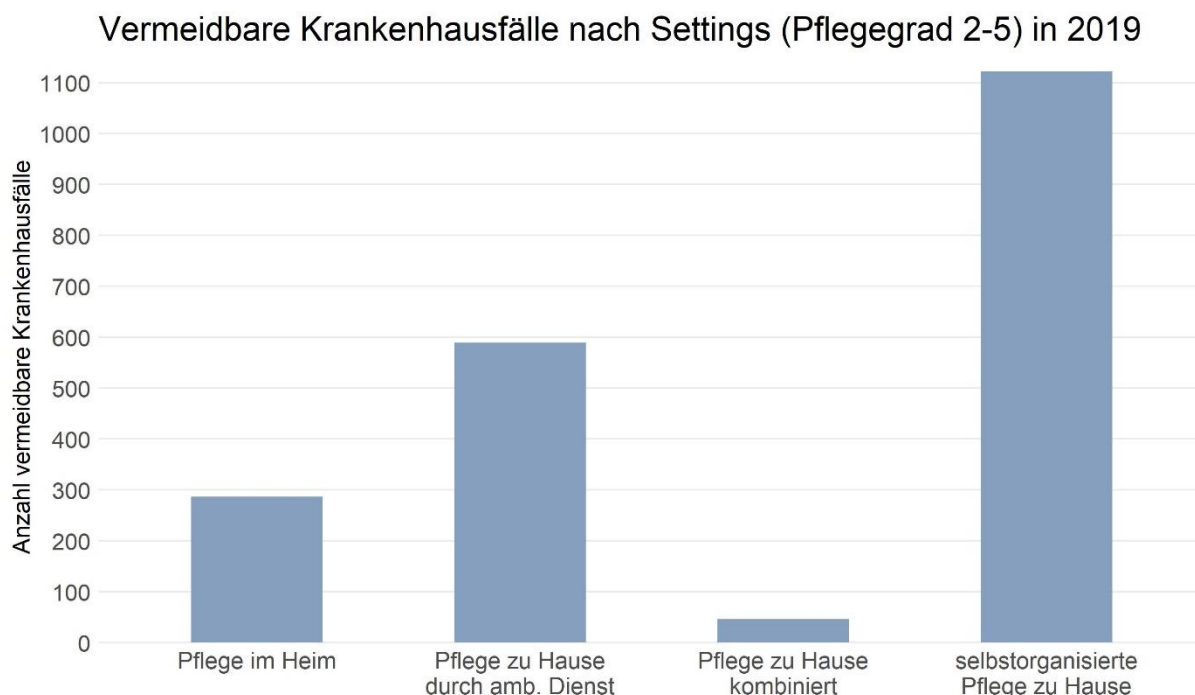


Quelle: OptiMedis 2023

Die nicht zu leugnende Überforderung selbstorganisierter Pflegesettings respektive von An- und Zugehörigen verantworteter Pflegearrangements, so legen es die GKV-/ SPV-Routinedatenanalysen nahe, führt in erheblichem Ausmaß zu medizinisch nicht indizierten Klinikaufenthalten. Krankenhäuser beklagen vielfach die Zunahme der Notaufnahmen von älteren Menschen, die kurzfristig einen positiven finanziellen Aspekt für Kliniken haben können.

In Zeiten der deutlich sichtbar werdenden Leistungsgrenzen der Krankenhäuser im Zusammenhang mit Corona und Personalausfällen wird die große Zahl nicht indizierter Klinikaufnahmen allerdings auch zum Problem. Überdies sind sie für die Patient* innen im hohen Maße belastend. Die Analysen identifizieren die medizinisch nicht indizierten Krankenhauseinweisungen. Die Einsparpotenziale für die gesetzliche Krankenkasse sind erheblich und liegen allein für die DAK-Gesundheit bei geschätzten 350 Millionen Euro per anno, kassenübergreifend bei 3,6 Mrd. EUR.

Abbildung 11: Vermeidbare Krankenhausfälle nach Settings (Pflegegrad 2-5) in 2019 (Brandenburg)



Quelle: OptiMedis 2022

Vermeidbare Krankenhauseinweisungen aus Pflegeheimen waren wiederholt Gegenstand von Forschungsprojekten. Der DAK-Pflegereport 2022 arbeitet die ungleich größere, quantitative Bedeutung des Themas vermeidbarer Krankenhausfälle aus dem Setting selbstorganisierter Pflege heraus. Hier besteht nicht nur Handlungsbedarf. Hier kann auch auf erfolgreiche Konzepte des Care und Case Managements, aber auch der primärmedizinischen Versorgung zurückgegriffen werden, die später im Good Practice-Teil vorgestellt werden. Zurecht heben Grabfelder et al. hervor, dass die Problematik auch Fragen danach aufwirft, ob es nicht zu einer ganz anderen Verteilung von Investitionen und Gesundheitskosten kommen müsste: zugunsten der ambulanten, aber auch pflegerischen Versorgung und zulasten der in Deutschland auch im internationalen Vergleich immer noch extrem kostenintensiven klinischen Versorgung.

Inwieweit klinisch nicht indizierte Klinikeinweisungen darauf zurückzuführen sind, dass es an einer fachpflegerischen Begleitung mangelte, bedarf weiterer Analysen. Naheliegend ist in jedem Fall, dass die Nichtinanspruchnahme von Pflegeberatung respektive die Nichtbefolgung von Empfehlungen des Medizinischen Dienstes, eine unzureichend abgestimmte primärmedizinische und pflegerische Versorgung und ein ggf. vor Ort nicht verfügbares Care und Case Management für komplexe Fallkonstellationen mitverantwortlich zeichnet, dass es zu den belastenden und kostenintensiven Klinikeinweisungen kommt. Es ist plausibel, anzunehmen, dass wenn eine fachpflegerische Präsenz in selbstorganisierten Haushalten gewährleistet wäre, etwa über die häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V, im Sinne der Steuerung des Pflegeprozesses als Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege gemäß § 4 PfIBG Risiken der Überforderung von pflegenden Haushalten rechtzeitig erkannt und Entlastungs- und Präventionsmaßnahmen eher ergriffen worden wären. Die GKV-Routinedatenanalyse zeigt nun, dass bei Haushalten, in denen lediglich Pflegegeld als laufende Leistung der Pflegeversicherung genutzt wird, nur 10 Prozent der Haushalte Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Anspruch nehmen. Bei Haushalten, in denen Pflegedienste im Rahmen des § 36 SGB XI beteiligt sind, ist in 25 Prozent der Haushalte eine häusliche Krankenpflege verordnet worden.

Die Zahlen legen nahe, dass das Involvement von Pflegefachkräften und Pflegediensten, die Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege begünstigt. Neben einer ganzen Reihe von Detailergebnissen – etwa zur Bedeutung ambulant betreuter Wohngemeinschaften in der

pflegerischen Versorgung, ihrer unterschiedlichen Verteilung nach Bundesländern, Fragen der leitliniengetreuen Vergabe von Medikamenten an Pflegebedürftige – verweist die GKV-/ SPV-Routinedatenanalyse der DAK-Gesundheit-Daten darauf, wie wichtig es ist, die medizinische Primärversorgung, Fragen der verfügbaren Infrastruktur auf regionaler Ebene, eine patientenorientierte Zusammenarbeit auf regionaler Ebene mit Fragen der Beratung, der Leistungsgewährung und Begleitung von Pflegehaushalten zu verbinden. Dabei geht es nicht um eine Integration der SGB XI-Leistungen in das SGB V, wie immer wieder einmal gefordert. Letztlich weist die Langzeitpflege mit dem empirischen und normativen Primat der häuslichen Pflege einen weitgehend anderen Hintergrund auf als die primärärztliche Versorgung:

Pflegepolitik ist ganz wesentlich (auch) Familien- als Gesundheitspolitik. Gleichwohl ist eine konsequente Verschränkung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung gefragt, die sich als Flankierung der immer noch als Familienaufgabe verstandenen häuslichen Pflege versteht, deren Zahlen zu- und nicht abnehmen. Angesichts der Knappheit der Personalressourcen, die insbesondere im ambulanten Bereich bestehen, bedarf es gerade in der ambulanten und häuslichen Versorgung besonderer Anstrengungen und Investitionen. Gelingt es nicht, die häusliche Pflege zu stabilisieren und zu stärken, wird der Druck auf stationäre Versorgungssettings zunehmen, die ihrerseits bereits ihre Leistungsgrenzen erreicht haben. Die GKV-Routinedatenanalyse – auf kommunale Ebene runtergebrochen - böte eine wichtige empirische Grundlage für regionale Planungs-, Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben.

Einblicke in die Wirklichkeiten häuslicher Pflege: Die Interviewstudie

Die DAK-Pflegereporte zeichnen sich dadurch aus, dass sie unterschiedliche Methoden sozialwissenschaftlicher Forschung miteinander verschränken und aufeinander beziehen. Neben repräsentativen Befragungen und Datenanalysen gehören stets auch qualitative Zugänge zu den Lebenswirklichkeiten auf Pflege angewiesener Menschen und ihrer An- und Zugehörigen zum Studiendesign. Die Pflegenden und die auf Pflege angewiesenen Menschen sollen nicht hinter den Zahlen verschwinden. Um sie geht es. Um ihre Individualität, ihre Lebenssituation. Sie sind jeweils in ihren biografischen Prägungen, in ihrer gesundheitlichen Situation, in ihren Werthaltungen, in ihren sozialen Bezügen aber auch Werten und Lebenszielen in den Blick zu nehmen. Das zeichnet gute Pflege aus. Hierin liegt letztlich auch die Einlösung sozialstaatlicher Verantwortung für auf Pflege angewiesene Menschen. Der Staat hat nicht die Aufgabe, in das Leben einzugreifen, aber doch Bedingungen dafür zu schaffen, dass Menschen mit Pflegebedarf und ihre An- und Zugehörigen ein gutes Leben führen können. Das Konzept der Bedingungen guten Lebens von Martha Nussbaum (1999) wird in den DAK-Pflegereporten stets als Referenz genutzt – auch um eine allzu funktionalistische und anthropologisch verkürzte Debatte über Pflege zu vermeiden.

Abbildung 12: Zehn Dimensionen guten Lebens nach Martha Nussbaum (1999) (eigene Darstellung)



Auch im DAK-Pflegereport 2022 wurden wieder Interviews geführt. Diesmal so viele wie in noch keinem anderen Report: 33. In allen Bundesländern wurden DAK-Versicherte und interviewbereite pflegende Angehörige und auf Pflege angewiesene Menschen gesucht – und gefunden. Vielmehr wären bereit gewesen, ihre Erfahrungen (mit-)zu teilen. Hierin sehen wir einen Hinweis darauf, dass die Erfahrungen im Umgang mit Pflegebedürftigkeit nicht nur private sind oder sein und bleiben sollen. Pflegeerfahrungen weitergeben und sich über sie austauschen, sie zum Thema vor Ort zu machen, ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer Caring Community. Interviewbereit waren viele – aber selbstverständlich längst nicht alle. Insofern sind die in dem DAK-Pflegereport gewährten Einblicke selektiv und können, wie bei qualitativen Studien stets der Fall, keine Repräsentativität für sich beanspruchen. Sie zeigen aber eine Vielfalt von Pflegearrangements, von Pflegewirklichkeiten in sehr unterschiedlichen Lebenswelten und biografischen und sozialen Konstellationen. Von allen 33 Interviews liegen Fallvignetten vor, die 2023 in Länderreporten des DAK-Pflegereportes veröffentlicht werden sollen. Qualitative Interviews auszuwerten, ist anspruchsvoll. Gilt es doch die sehr unterschiedlichen Erzählungen in ihren Themen und Aussagen zu sortieren und in Beziehung zu dem zu setzen, was mit dem DAK-Pflegereport intendiert war und ist: Die Bedingungen häuslicher Pflege aus der Sicht von pflegenden Angehörigen und auf Pflege angewiesenen Menschen in den Blick zu nehmen und in Beziehung zu dem zu setzen, was die Pflegeversicherung an Zielsetzungen verfolgt und Leistungen anbietet.

Eine der Zielsetzungen der Pflegeversicherung liegt darin, den Vorrang der häuslichen Pflege und die Pflegebereitschaft der Bevölkerung zu stärken und zu unterstützen. Dabei geht die Pflegeversicherung stets davon aus, dass auf Pflege angewiesene Menschen professionell begleitet werden. Die Qualität der Pflege – in fachlicher Hinsicht – ist die Referenzkategorie der Pflegeversicherung, die ein aufwendiges Qualitätssicherungssystem mit einer Reihe von Vorgaben und Maßstäben entwickelt hat und weiterentwickelt. In der häuslichen Pflege sind diese Fragen der Pflegequalität im engeren Sinne – halten Pflegefachkräfte fachliche Standards ein, orientieren sie sich an dem Pflegeprozessmodell der WHO, beachten sie Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – letztlich nur dann maßgeblich, wenn das Pflegearrangement von Pflegefachkräften (mit-)verantwortet wird. Auch die jeweils erbrachten Pflegeleistungen müssen den Qualitätsvorgaben der Pflegeversicherung entsprechen. Aus der Sicht der auf Pflege angewiesenen Menschen ist das, wie auch die Interviews deutlich machen, eher nachrangig. Büscher und Klie haben für die häusliche Pflege fünf Kategorien guter Pflege ausgemacht. Dabei geht es zum einen um die Qualität der Aushandlung dessen, was in der Pflege zu geschehen hat und geschehen soll mit den auf Pflege angewiesenen Menschen, es geht auch um die Beachtung fachpflegerischer

Wissensbestände und Standards, soweit diese in dem Pflegearrangement bedeutsam werden. Weiterhin spielt eine Rolle, ob sich die Gesundheit und die Pflegebedürftigkeit so weiterentwickelt, wie das fachlich erwartbar respektive gewünscht und angestrebt wird. Die objektive und subjektive Lebensqualität ist eine weitere Dimension: was ist dem jeweiligen Menschen bedeutsam? Schließlich geht es um die verfügbaren Infrastrukturen vor Ort, die maßgeblich sind für die Gestaltung des Pflegearrangements (vgl. Klie und Büscher 2014). Diese fünf Qualitätsdimensionen häuslicher Pflege spielen ebenso wie die Bedingungen guten Lebens eine maßgebliche Rolle bei der Durchführung und Auswertung der Interviews.

Abbildung 13: Fünf Kategorien guter Qualität häuslicher Pflege

Qualität häuslicher Pflege
1. Qualität professionellen Pflegehandelns
2. Partizipative Aushandlung und Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen in Hilfeplänen
3. Individuelle Pflegebedürftigkeit und Teilhabe als Ausgangspunkt zur Einschätzung von Pflegequalität
4. Objektive und subjektive Parameter der Lebensqualität
5. Lokale Infrastruktur

Die Konfrontation mit Pflegebedürftigkeit erfolgt sehr unterschiedlich: Mal ist es ein schleichender Prozess, etwa im Zusammenhang mit einer beginnenden Demenz, häufig sind es lebensverändernde Gesundheitskrisen von Schlaganfall bis zur Oberschenkelhalsfraktur, die von heute auf morgen zur Pflegebedürftigkeit führen. Die Chronifizierung von Erkrankungen mit ihren Folgen für die Selbständigkeit führen ebenso zur Pflegebedürftigkeit wie Folgen von fehlgeschlagenen Behandlungen oder Behandlungsfehlern. Die Hintergründe und Ursachen für das, was wir Pflegebedürftigkeit nennen, sind unterschiedlich. Auffällig ist und bleibt: Das Risiko an einer chronischen Krankheit zu erkranken und damit auch das Risiko pflegebedürftig zu werden, ist sozial ungleich verteilt.

Wie schon die repräsentative Bevölkerungsbefragung deutlich macht, ist das Verpflichtungsgefühl von Partner*innen sowie Familienangehörigen in Deutschland hoch ausgeprägt. Es gehört zur moralischen Grundausstattung der deutschen Bevölkerung, sich um nahe Angehörige und Partner*innen im Falle der Pflegebedürftigkeit zu kümmern. Das gilt in besonderer Weise für Frauen. Das gilt aber auch für die Gesellschaft insgesamt. Diese moralische Grundhaltung, die Solidaritätsnorm gegenseitiger Hilfebereitschaft aber auch Verpflichtungen innerhalb von Familien und Partnerschaft lässt sich aus fast allen Interviews herauslesen. Die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben in welcher Rolle auch immer ist vorhanden. Es sind aber ganz wesentlich Restriktionen ökonomischer Art, aber auch infrastruktureller Art, die zur Übernahme von Pflegeaufgaben gegenüber An- und Zugehörigen und Partner*innen führt. Insbesondere das dominierende Muster: "Ich oder wir müssen das alleine schaffen", ist eine zentrale Erfahrung der Interviewten.

Dabei findet sich eine große Variation von Bewältigungsformen, die beeindruckend, aber zum Teil auch verstörend ist. Viele wurden in die Aufgaben der Pflegebedürftigkeit hineingeworfen oder drifteten mit der Zeit in sie hinein. Dabei fällt auf, dass die wenigsten Interviewpartner*innen darüber berichten konnten, fachlich gut begleitet und beraten in die sich ihnen stellenden Pflegeaufgaben hinein gefunden zu haben. Ganz maßgeblich für die unterschiedlichen Bewältigungsformen und -muster sind die jeweiligen Settings und Netzwerke, in denen auf Pflege angewiesene Menschen und die sie Pflegenden gestellt sind. Typisch ist die Pflege in Partnerschaften.

Immer noch stark verbreitet ist die Pflege unter Beteiligung nachfolgender Generationen, von Töchtern und Söhnen. Kulturell sehr unterschiedlich ist die Bereitschaft, sich von anderen pflegen zu lassen. Manche legen fremde, berufliche und professionelle Helfer*innen vehement ab, andere etwa die Körperpflege durch nahe Angehörige: Die Beziehung, die etwa ein Vater zu seinem Sohn oder seiner Tochter hat, soll nicht etwa durch Aufgaben der Intimpflege irritiert und grundlegend verändert werden. Scham aber auch der Erhalt bisheriger Beziehungsformen spielt eine große Rolle. Das gilt für Partnerschaften nachvollziehbar weniger. Hier berichten

Partner*innen davon, wie sie sich selbstverständlich dem ganzen Set von Aufgaben der Körperpflege stellen. In skandinavischen Ländern gehören die klassischen wie auch körperbezogenen Pflegeaufgaben in die Hände von Pflegefachkräften. An- und Zugehörige konzentrieren sich auf Aufgaben der Haushaltsführung und der Alltagsgestaltung sowie der sozialen Teilhabe. Solche Rollen finden sich auch in den Interviews von An- und Zugehörigen, die nicht im Kernbereich der Pflege tätig sind, sondern sich eher für genau diese, für die Lebensqualität maßgeblichen Aufgaben engagieren.

Die ethischen, motivationalen Hintergründe für die Bereitschaft, Pflegeaufgaben zu übernehmen, sind vergleichsweise homogen. Nicht explizit, aber doch immer wieder kommen in beeindruckender Weise Formen tiefer Zuneigung und Verbundenheit zum Tragen. Es sind aber auch, und das ist letztlich in der Vielzahl von Familien- und Partnerschaftskonstellationen prägend, moralische und ethische Orientierungen, aber auch die Erwartung innerhalb von Familien und von außen, die die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben begründen. Von den ökonomischen Reflexionen, die Pflegesettings maßgeblich mitbestimmen, war schon die Rede. Auch und gerade sie führen neben Beziehungsdynamiken, Familienkulturen und kulturellen und religiösen Erwartungen dazu, dass Pflege für viele pflegende Angehörige immer mehr zum Kernbestandteil ihrer Lebensführung wird. Einige der Interviewpartner*innen haben die Rolle des*der pflegenden Angehörigen zu der zentralen Rolle und zum zentralen Bestandteil ihrer Identität werden lassen – in einigen Fällen unter Aufgabe aller bisher identitätsbestimmenden Aspekte ihres Lebens.

Moral und Geld beeinflussen in hohem Maße das häusliche Pflegegeschehen, so An- und Zugehörige beteiligt sind. Der Gesetzgeber hatte bei Einführung der Pflegeversicherung damit gerechnet, dass etwa 50 Prozent der Pflegehaushalte Pflegedienste in Anspruch nehmen. Bis heute sind wir weit davon entfernt. Auch die weiteren Angebote der Pflegeversicherung, insbesondere im häuslichen Bereich werden nicht in der Weise genutzt, wie es eigentlich angestrebt und fachlich sinnvoll wäre. Das hängt mit fehlender Infrastruktur zusammen. Das hängt aber maßgeblich mit haushaltsökonomischen Abwägungsprozessen zusammen, die in den Interviews in eindrücklicher Weise beschrieben werden. Die Aufgabe oder Einschränkung der Erwerbsarbeit, zu der es keine Alternative gibt, der Erhalt des eigenen Hausgrundstückes, der Einsatz des Pflegegeldes für die pflegende Tochter, die arbeitslos ist, die Notwendigkeit das Pflegegeld einzusetzen, um im Haushalt überhaupt über die Runden zu kommen, verweisen darauf, dass ökonomische Abwägungsprozesse die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im hohen Maße beeinflussen und prägen. Dazu kommt, dass die zum Teil sehr stark reglementierten Einsätze von Pflegediensten und anderen Leistungserbringern nicht die Passfähigkeit mit den Bedarfen des Pflegehaushaltes aufweisen, die hilfreich wäre oder gewünscht wird. Dass vielfach gar nicht alle Hilfen bekannt sind, wird in den Interviews ebenso deutlich, wie Fehleinstellungen und -informationen über die Heranziehung von Kindern zu den Kosten der Pflege, die durch das Familienentlastungsgesetz 2020 deutlich eingeschränkt wurden.

Pflege ist und bleibt weiterhin Frauensache (Heintze 2012). Die Rolle als pflegende Ehefrau kann aufgrund des Materials der 33 Interviews sehr anschaulich herausgearbeitet werden und damit das Gendernormativ: Pflegeerwartungen richten sich auch in Deutschland heute noch ganz wesentlich an Frauen. Die Übernahme von Pflegeaufgaben ist und bleibt für sie häufig alternativlos und dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines weiterwirkenden Gendernormativs. Care-Aufgaben werden in Deutschland nicht in einer geschlechtergerechten Weise verteilt, sondern einseitig zulasten von Frauen, die ihre Rolle als Care Givers nichts selten internalisiert haben. Sie sind finanziellen Einbußen ausgesetzt, Lohnersatzleistungen entfalten für sie nicht die Wirkung, wie es unter familienpolitischen Gesichtspunkten wünschenswert wäre. Auch der Umstand, dass die Gestaltung und Bewältigung von Pflegeaufgaben als Privatsache verstanden wird, in den häuslichen Bereich verlagert ist oder dort verortet wird, stabilisiert die Rolle von Frauen als pflegende Angehörige. Dabei finden sich in den Interviews auch eine Reihe von Männern, die auf der einen Seite ihre Pflegeerfahrung politisch wenden und Forderungen formulieren oder aber sich etwa in Mutter-Sohn-Dyaden vollständig in die Rolle des pflegenden Angehörigen, des pflegenden Sohns hineinbegeben. Die Beteiligung von Männern an Pflegeaufgaben nimmt zwar zu. Dominant ist und bleibt allerdings das Bild der pflegenden Ehefrau oder der pflegenden (Schwieger-)Tochter.

Fachkräften, Haushaltshilfen, Professionellen in der Pflege kommen in dem System der Pflegeversicherung eine begleitende und unterstützende Funktion zu. Das kommt auch in den Interviews zum Tragen, wobei die Einbeziehung von Pflegefachkräften sehr dosiert respektive gar nicht erfolgt. Liegen Erfahrungen mit beruflich Pflegenden vor, so wird die Qualität der Pflege und die Wertschätzung der jeweiligen Pflegekraft weniger an ihrem expliziten Fachwissen und ihrer handwerklichen Kunst gemessen, sondern vielmehr an ihrer Vertrauenswürdigkeit, an ihrer Empathiefähigkeit, an der Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf Pflege als Beziehungsgestaltung und -aufgabe einzulassen. Diese Fähigkeit und Bereitschaft wird den Pflegekräften häufig zugeschrieben. Ähnlich wie in der Bevölkerungsbefragung wird allerdings von den Interviewpartner*innen immer wieder darauf hingewiesen, dass die Rahmenbedingungen, unter denen die beruflich Pflegenden ihre Aufgaben zu erfüllen haben, eine beziehungsorientierte Pflege letztlich nicht möglich machen.

Die Fachpflege befindet sich auf dem Weg der Professionalisierung. Ihr wurden Vorbehaltsaufgaben zugeordnet, die in der Anamnese, der Aushandlung, der Pflegeplanung und der Pflegeevaluation liegen, § 4 PflBG. Dieses Profil professioneller Pflege bildet sich in den Vorstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von pflegenden Angehörigen und auf Pflege angewiesenen Menschen in der Interviewstudie nicht ab. Die Pflegekräfte werden dort "eingesetzt", wo die pflegenden Angehörigen nicht können oder bestimmte Aufgaben nicht übernehmen wollen. Die Kompetenzwahrnehmung der Pflegefachkräfte ist offenbar immer noch stark von einer aufgaben- und an Zeitvorgaben gebundenen Finanzierung geprägt und damit eher verrichtungsbezogen. Die gute Qualität ergibt sich aus der Beziehungsorientierung in der Erfüllung der Aufgaben, die entweder im Rahmen medizinischer Behandlungspflege oder der allgemeinen Pflege von Pflegekräften in den Haushalten wahrgenommen wird. Die Erwartung an die beruflich Pflegenden ist aber zugleich – auch das kommt in den Interviewstudien zum Tragen – zwischen Beruf und Berufung angesiedelt: Es sind eben nicht reine Dienstleister*innen oder sollten es zumindest nicht sein. Die eingangs aufgegriffenen fünf Ebenen der Qualität häuslicher Versorgung lassen sich zwar aus den Interviews als maßgeblich rekonstruieren, sie spielen allerdings in der Vorstellung von pflegenden Angehörigen und auf Pflege angewiesene Menschen als das Profil professioneller Pflege keine Rolle.

Mit der Pflegeversicherung übernimmt der deutsche Sozialstaat eine Teilverantwortung für das allgemeine Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit. Das ist nur in einer Minderheit von Sozialstaaten weltweit der Fall. Das deutsche Sozialstaatsmodell mit seinen korporatistischen Strukturen und Prägungen ist, gerade was die Pflege angeht, immer noch sehr stark familienorientiert ausgerichtet. Das findet durchaus seine Resonanz bei den Interviewpartner*innen. Aussagen, der Staat sollte sich aus Aufgaben der Pflege heraushalten – und allenfalls die Familien finanziell unterstützen, stehen nicht allein. Die Akzeptanz von Care-Aufgaben als Familienaufgaben, als Aufgaben, die in Partnerschaften zu gestalten sind, sie ist und bleibt offenbar tief verankert in den Einstellungen der Pflegenden und auf Pflege angewiesenen Menschen.

Deutlich wird, dass die Erwartungen an die Kinder (vgl. DAK-Pflegereport 2021: Klie 2021) sich an Pflegeaufgaben zu beteiligen, eher negiert wird. Hier finden sich immer wieder Aussagen, dass man den Kindern nicht zur Last fallen möchte, dass sie ihr eigenes Leben zu leben haben, dass sie in keinem Fall ihre Erwerbstätigkeit für die Pflege ihrer Eltern aufgeben sollten. Psychosozial kommt ihnen eine wichtige Bedeutung zu, bei Aufgaben der manifesten alltäglichen Pflege eher nicht. Hier spiegeln sich deutliche intergenerationale Entpflichtungs- und Modernisierungstendenzen, die auch der Gesetzgeber mit dem Angehörigenentlastungsgesetz hinsichtlich der finanziellen Eintrittspflicht aufgegriffen hat.

Gute Praxis – Wege zur Stärkung stabiler und fairer häuslicher Pflegearrangements

Der GKV-Spitzenverband fördert im Rahmen der Modellvorhaben gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI seit Jahren Modellprojekte zur Verbesserung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Länder haben ihrerseits Programme aufgelegt, die dazu dienen sollen, häusliche Pflegearrangements zu stärken: Hier quartiersbezogene Ansätze, dort ein Pakt für Pflege oder Pflege so nah. Sie sind alle „überbucht“. Die Zeit der Projekte, die seit Jahrzehnten währt, sollte irgendwann einmal zu Ende sein – nicht zuletzt wegen der Befristung der Förderung und die damit verbundene Gefährdung sorgsam aufgebauter Netzwerke. Geht es doch überall

darum – angepasst an die jeweiligen regionalen und lokalen Bedingungen – verlässlich stabile Unterstützungsstrukturen für häusliche Pflegearrangements zu schaffen. Wie die Architektur eines derartigen Strukturaufbaus aussieht, das wissen wir und wir können viele über Jahre stabile Beispiele aufführen (vgl. etwa Zietz 2022).

Aus jedem der 16 Bundesländer wurde – in Abstimmung mit der DAK-Gesundheit ein Good Practice-Beispiel ausgewählt. In Brandenburg die Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ). Sie zeigen: Überall gibt es gute Ansätze. Auch und gerade die Bundesländer unterstützen gemeinsam mit den Kommunen im Rahmen ihrer Landespflegepolitik die Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur, mit Blick auf wohnortnahe Versorgungsstrukturen und die Stärkung häuslicher Pflegearrangements. Es gibt viele Gemeinsamkeiten, die die Good Practice Beispiele verbinden. Dazu gehören Ansätze des Care und Case Managements wie etwa bei ReKo (Regionales Pflegekompetenzzentrum) und dem Sorgenden Netz Nürnberger Osten; dazu gehören Leitbilder der Caring Communities, wie unter anderem im Bezirk Treptow-Köpenick in Berlin oder Stendal in Sachsen-Anhalt. Die Einbeziehung des Dorfes, des Stadtteils wie bei QplusAlter in Hamburg oder den Quartiersansätzen in Bremen zeichnen zukunftsweisende, eher gemeinwesenorientierte Arbeitsansätze aus. Zwischen Wiederentdeckung der Gemeindegewandenen und modernen Primary Nursing-Ansätzen, die auch auf Community Health Nurse-Konzepte verweisen, liegen die Ansätze von Gemeindegewandener^{plus}, die in einer Reihe von Bundesländern, insbesondere in Rheinland-Pfalz erfolgreich erprobt wurden. Eine große Gruppe von Menschen mit Pflegebedarf sind Menschen mit Demenz. Auf sie zielen häufig auch von Ehrenamtlichen getragene Unterstützungsformen und Hilfenetzwerke, wie etwa das Demenznetzwerk Delitzsch in Sachsen. Die meisten Good Practice-Ansätze setzen auf eine Stärkung der Rolle der Kommunen, so auch der Pakt für Pflege in Brandenburg. Kreativität gehört zu Good Practice: Geht es doch auch um neue Formen der Unterstützung unter Nutzung örtlicher Ressourcen und Traditionen, die es zu erproben gilt. Hierfür steht das Beispiel "SOwieDAheim" aus Hessen. Nicht zu vergessen ist die Diversität der auf Pflege angewiesenen Menschen: Ein Thema, das insbesondere in den westdeutschen Bundesländern und Großstädten von größter Relevanz ist. Dem widmet sich etwa die Servicestelle für Migrant*innen im Alter in Nordrhein-Westfalen. Auch die Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements in Pflegekontexte ist heute nicht mehr wegzudenken und Bestandteil aller Anstrengungen auf Landesebene, im Rahmen der Förderung bürgerschaftlichen Engagements (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2016), die sich dem Thema häusliche Pflege widmen. Hierfür stehen die ehrenamtlichen Seniorenlotsen aus dem Saarland. Die Bedeutung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften und die Nachfrage von pflegenden Angehörigen nach dieser neuen innovativen Wohnform nimmt zu und ist seit Jahren Thema. Dem widmet sich die Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter, KIWA, in Schleswig-Holstein. Auch das Thema Ein-Personen-Haushalte und Einsamkeit im Alter, ist ein Querschnittsthema, das immer und überall auftritt und mit den demografischen Dynamiken an Bedeutung gewinnen wird. Sowohl in Baden-Württemberg in dem Projekt Erwachsenenschutz Tuttlingen wird das Thema aufgegriffen, als auch bei AGATHE: der älter werdenden Gemeinschaft in Thüringen. Nicht zuletzt gehört die Nutzung von Potenzialen der Digitalisierung zu den Reformsätzen in der häuslichen Pflege und Altenpflege – wie am Beispiel des digitalen Ökosystems in Niedersachsen zu studieren ist.

Das Kapitel Good Practice-Beispiele dokumentiert die vielfältigen Bemühungen, die interessanten und Erfolg versprechenden Ansätze und das Engagement von Trägern und Professionellen sowie bürgerschaftlich Engagierten. Die Good Practice-Beispiele machen Mut. Sie erinnern allerdings auch daran, dass die Herausforderungen der Zukunft nicht mit Modellprojekten bewältigt werden können, sondern nur mit der Aufnahme der Erkenntnisse und Erfahrungen aus Modellprojekten für die Regelversorgung in regionale und kommunale Planung, die anders als etwa in Bayern mit den seniorenpolitischen Gesamtkonzepten mehr Verbindlichkeit verdienen. Sie veranschaulichen aber ebenso, wie es gehen kann und fordern die Pflegepolitik auf Bundes- und Landesebene heraus, die rechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass aus Modellprojekten stabile Versorgungsstrukturen entstehen können, mit einer deutlichen aber verantwortlichen Flexibilisierung des Leistungsrechts, eines regional verankerten kassenübergreifenden Care und Case Managements und stabilen Strukturen der medizinischen und pflegerischen Primärversorgung.

2. Fallvignetten aus Brandenburg

In dem DAK-Pflegereport 2022 geht es nicht nur um Zahlen. Die DAK selbst, aber auch die Leserinnen und Leser, stellen sich der Wirklichkeit der Pflege, wie sie sich im Erleben und aus Sicht der auf Pflege angewiesenen Menschen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen darstellt. Zwei der Interviews wurden auch in Brandenburg geführt. Selbstverständlich wurden die Interviews anonymisiert und hinsichtlich der Lebensverhältnisse verändert. Sie geben gleichwohl einen Einblick in die Wirklichkeit häuslicher Pflege, die zumeist im Verborgenen bleibt. Die zwei Fallvignetten aus Brandenburg stehen exemplarisch für tausende Pflegehaushalte, denen die anteilnehmende Aufmerksamkeit gehört. Häusliche Pflegesituationen sind anspruchsvoll. Sie dürfen auch in keiner Weise romantisiert werden. Menschen mit Pflegebedarf brauchen fachliche Unterstützung und Begleitung aber auch Nachbar- und Freund*innen, An- und Zugehörige sowie Entlastungsangebote, die zugänglich sind, um die immer noch ganz wesentliche als partnerschaftliche und Familienaufgabe verstandene Pflege zu bewältigen. Und es muss auch eine realistische Exit-Perspektive geben: Wenn Grenzen der Belastbarkeit erreicht sind, wenn die Beziehungen gar nicht mehr stimmen, gibt es auch ein Recht auf No-Care. Wir alle sind gefordert, wenn es um Bedingungen guten Lebens für auf Pflege angewiesene Menschen und ihre An- und Zugehörigen geht. Es ist ethisch nicht in Ordnung, die Aufgaben der Pflege allein den Familien und Partner*innen zu übertragen, auch wenn sie sich häufig dem Schicksal der Pflege stellen und es ihnen häufig auch nicht leichtfällt, entlastende Angebote und Hilfe anzunehmen. Pflege ist aber nicht nur ein privates Schicksal und Thema, es ist eines, das uns als (örtliche) Gesellschaft insgesamt angeht – eben ganz im Sinne einer Caring Community, die um Bedingungen fairer Sorge und Pflege gemeinsam ringt.

Fallvignette: Toni Diez – Genügsam mit ganz kleiner Pflege

Als Toni Diez im Jahr 2014 die Diagnose einer neurodegenerativen Erkrankung bekam, hieß es von ärztlicher Seite, dass er womöglich noch vier bis fünf Jahre zu leben habe. Gleichzeitig riet man ihm, möglichst regelmäßig Physio- und Ergotherapie zu machen, um den Verlauf der Krankheit ein wenig zu verlangsamen. An diese Vorgaben hat Hr. Diez sich gehalten und ging nicht nur zwei Mal wöchentlich in die Praxis, sondern machte die ihm verschriebenen Übungen so oft es ging auch zu Hause. Dadurch habe sich seine Gesundheit weniger stark verschlimmert als zunächst befürchtet. Neben der ALS-Erkrankung hat er jedoch zudem noch Probleme mit dem Herzen.

„Ich habe drei Stents und die wirken ja auch irgendwie negativ, dass man da nicht so viel Luft hat. Da habe ich jetzt zur Zeit Probleme, aber ich bin so weit, dass man immer noch ein bisschen gehen kann.“ (Int. 31, Z. 38-41)

Zwar ist er zum Gehen auf einen Rollator angewiesen, bemerkt Hr. Diez ergänzend, was ihn jedoch nicht zu stören scheint. Vielmehr zeigt er sich erfreut, dass er seinen Rollator auch nutzen kann, um sich darauf zu setzen und ein wenig auszuruhen. Insgesamt wirkt Hr. Diez im Gespräch angesichts seiner mehrfachen Erkrankungen äußerst genügsam und betont bereits bevor das Interview beginnt, dass er keinen besonders großen Pflegebedarf habe.

„Ja ja, naja wissen Sie, so sehr viel Pflege nehme ich gar nicht in Anspruch.“ (Int. 31, Z.9)

Zusätzlich zu seinen Erkrankungen hatte Hr. Diez sich mit Corona infiziert und dabei mit einem besonders schweren Verlauf zu kämpfen. Er wurde erst einen Monat stationär im Krankenhaus behandelt und war anschließend für zwei Monate in der Reha. Obwohl er zunächst weder stehen noch gehen konnte, wurde er dort „wieder auf die Beine gebracht“ (Int. 31, Z. 279). In der Reha hat er sich besonders gut betreut, gepflegt und unterstützt gefühlt, betont Hr. Diez ausdrücklich:

„Das ist ja bei uns hier die die Reha, die war sehr gut, die war sehr gut betreut, kann man nur sagen. Ob personell oder [...] die Verpflegung, das war alles, kann man nur sagen, sehr gut.“ (Int. 31, Z. 276-279)

Vor nunmehr drei Jahren sind er und seine Frau, die aufgrund einer vormaligen Krebserkrankung ebenfalls Pflegebedarf hat, in eine Wohnanlage mit Pflegestation gezogen. Das Angebot dazu hatten sie von ihrer Wohnungsgenossenschaft bekommen. Zu Beginn hätten

sie damit eine Weile gehadert, erklärt Hr. Diez. Ihre alte Wohnung, in der sie über fünfzig Jahre gelebt hatten, hatte einige Vorzüge gegenüber der neuen. Zwar gibt es hier weder in der Küche noch im Bad ein Fenster und sie liegt in einem niedrigeren Stockwerk. Demgegenüber hat sie jedoch „einen wunderbaren Balkon, 6 Meter lang und 1,40 breit und einen Blick auf den See“ (Int. 31, Z. 431-432). Die eigentlich ausschlaggebenden Gründe für den Umzug waren jedoch einerseits ihr Alter – Hr. Diez und seine Frau sind beide Mitte Achtzig – sowie ihr Pflegebedarf. Deshalb ist es für die Eheleute besonders praktisch, dass die Pflegestation direkt vor Ort ist.

„Die Pflegestation, die nehmen wir auch beide in Anspruch, zwar nicht sehr stark, aber die kommen morgens und abends und betreuen uns und den Rest machen wir dann noch so oder wenn irgendwie etwas ist, können wir sofort anrufen und dann kommt jemand und dann wird die Sache erledigt, was uns dann gerade so ansteht.“ (Int. 31, Z. 62-66)

Unter der Woche kommt täglich eine Pflegefachkraft vorbei, um bei ihm die – wie Hr. Diez es nennt – „winzig kleine Pflege zu machen“ (Int. 31, Z. 73). Damit meint er das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe und ein kurzes Waschen, da er aufgrund seiner Erkrankung die Arme nur eingeschränkt bewegen kann. Am Wochenende nimmt er auch die kleine und die große Pflege in Anspruch. Für seine Frau kommt zudem auch jeden Tag morgens und abends eine Fachkraft, um die anfallenden Pflegeaufgaben zu übernehmen. Außerdem ist Tag und Nacht immer eine Pflegekraft in Rufbereitschaft, sodass immer jemand vor Ort ist, der ihnen bei den anfallenden Aufgaben helfen kann. Die Pflegestation erledigt außerdem einmal wöchentlich den Großeinkauf für Hrn. Diez und seine Frau. Bei besonderen Bedarfen oder Problemen könnten sie zudem auch die Chefin „rannehmen“, die dann ebenfalls mithilft (Int. 31, Z. 114-115).

Aus der Nachbarschaft hingegen erhalten sie keine zusätzliche Hilfe. Andere soziale Kontakte, etwa zu Freund*innen gibt es noch. Gelegentlich kommen Bekannte sie besuchen. Früher war Hr. Diez im Seniorenbeirat, da in diesen jedoch immer wieder neue Personen nachrücken, kennt er dort mittlerweile kaum noch jemanden. Ab und an, etwa zu Geburtstagen, kommt jemand von der Wohnungsgenossenschaft vorbei.

Besondere Unterstützung im Rahmen ihrer häuslichen Pflege erfahren Hr. Diez und seine Frau von ihren Familienangehörigen und ganz besonders von den zwei gemeinsamen Töchtern.

„Aber sonst wenn wir irgendwie größere Probleme haben, dann helfen uns unsere Kinder, die wohnen zwar weit ab, aber die sind, wenn es Not am Mann ist, sind die innerhalb eines Tages hier und erledigen dann auch viele Sachen, die wir nicht mehr können.“ (Int. 31, Z. 85-88)

Doch nicht nur in Notfällen kümmern sich die Töchter um Hrn. Diez und seine Frau. Sie kommen regelmäßig am Wochenende zu Besuch und rufen abwechselnd jeden Tag an, um sich zu erkundigen, wie es ihren Eltern geht und ob diese etwas brauchen. Vor dem Umzug des Ehepaars vor drei Jahren hatten die Töchter sie auch umfassender in der häuslichen Pflege unterstützt. Damals haben sie sich abwechselnd Urlaub genommen und sind wochenweise gekommen. Zudem sprangen auch die Enkelkinder mit ein, wenn es Unterstützungsbedarf gab. Auf die Dauer jedoch hätte es nicht funktioniert, dass ihre Töchter und Enkelkinder die häusliche Pflege erledigten. Zum einen wohnen diese dafür zu weit weg und zum anderen ist niemand von ihnen arbeitslos, was ein entscheidender Faktor für Hrn. Diez zu sein scheint.

„Aber auf die Dauer da würde das dann nicht gehen.[...] [Weil die] zu weit weg wohnen und die stehen alle in der Arbeit, die Töchter und Schwiegersöhne und Enkelkinder, die haben alle Arbeit. Es ist keiner arbeitslos und die können dann ja auch nur Urlaub nehmen und dann kommen und uns dann helfen und so, so kommen sie dann überwiegend übers Wochenende und dann wechseln sie sich dann ab. Haben die jetzt auch schon gemacht.“ (Int. 31, Z. 369-378)

Sollte der Pflegebedarf bei ihm oder seiner Frau in der Zukunft zunehmen, hätten die beiden kein Problem damit, die Unterstützung durch die Fachkräfte der Pflegestation vor Ort stärker in Anspruch zu nehmen. Sie erledigen stets so viel noch selbst, wie es ihnen gut möglich ist. Als seine Frau dazu gesundheitlich noch in der Lage gewesen ist, hatte vor allen Dingen sie seine häusliche Pflege übernommen. Außerdem hatte Hr. Diez zum Anziehen seiner Kompressionsstrümpfe eine Zeit lang eine Anziehhilfe benutzt. Dann aber haben seine

körperlichen Kräfte weiter nachgelassen, weswegen er dies mittlerweile nicht mehr alleine kann. An den Fachkräften schätzt er, dass diese vor Ort, stets pünktlich und freundlich sind.

Nur kurz erzählt Hr. Diez von den Einschränkungen, die er und seine Frau erleben. Früher sind sie öfter weggegangen oder haben Veranstaltungen besucht. Das geht nun nicht mehr, doch damit müsse man sich im Alter abfinden. Hingegen beschreibt er ausführlich, wie zufrieden er und seine Frau mit ihrem Umzug in die neue Wohnung sind.

„Ne, wir haben uns schon öfter beide unterhalten, aber haben gesagt, wir haben alles richtig gemacht. Wie wir hier hergezogen sind, da waren wir ja noch nicht ganz so gebrechlich. [...] Weil man ja älter wird und dann kommen ja doch die Gebrechen und dann haben wir uns doch entschlossen, hier diese Wohnung zu nehmen und das hat uns bisher so nicht Leid getan. Das klappt alles, wie wir uns das vorgestellt haben und wir sind schon zufrieden hier.“ (Int. 31, Z. 411-423)

Fallvignette: Ursula Riemann – Pflege selbstverständlich

Frau Riemann übernimmt bereits seit fast 40 Jahren die Hauptpflegeverantwortung für ihre Angehörigen. Seit sechs Jahren pflegt sie vor allem ihren Ehemann zu Hause, der von einem schweren Verlauf von Parkinson betroffen ist. Laut ärztlicher Diagnose gibt es keine Möglichkeiten mehr für eine Verbesserung seines Zustandes. Zuvor trug Frau Riemann die Pflegeverantwortung für ihren Sohn, der mit Behinderung zur Welt kam. So pflegte sie einige Jahre lang sowohl Sohn als auch Ehemann. Für Fr. Riemann war es schwer, die die doppelte Belastung und den sich verschlechternde Zustand ihres Mannes zu bewältigen. Vor drei Jahren zog der Sohn dann freiwillig in eine Wohngruppe um. Zur Unterstützung steht noch ihre Tochter zur Verfügung, die im gleichen Haus wie die Eltern wohnt und aushilft. Sie ist nicht erwerbstätig, da sie selbst krank ist. Professionelle Pflegekräfte hat die Familie nur temporär eingesetzt, als der Pflegebedarf des Ehemannes durch eine zusätzliche Corona-Erkrankung es nicht anders zuließ. Zusätzlich nutzt Frau Riemann die Unterstützung durch eine Reinigungskraft, um sich an dieser Stelle zu entlasten.

Die Entscheidung, die Hauptverantwortung für die Pflege sowohl ihres Sohnes als auch ihres Mannes zu übernehmen, fiel Frau Riemann selbst. Sie betrachtete es als eine Selbstverständlichkeit, die u.a. mit dem ehelichen Versprechen einhergeht:

„Das war überhaupt kein Druck von irgendwo, das ist die Selbstverständlichkeit, dass ich meinen Sohn gepflegt habe und mit meinem Mann ist das genau dasselbe. Wir haben uns ja vor vierzig Jahren mal geschworen, in guten und in schlechten Zeiten, sage ich mal jetzt einfach, und das ist einfach ganz selbstverständlich, dass man das macht. So sind wir noch erzogen worden. Also mit keiner Belastung irgendwo weit, also das ist einfach, dass ich das gerne mache.“ (Int. 32, Z. 112-118)

Die Höhe des Pflegegeldes spielt daher für sie auch keine entscheidende Rolle, weil sie Motivation aus dem Wunsch bezieht, ihren Mann zu unterstützen und es ihm „so leicht wie möglich“ (Int. 32, Z. 430f) zu machen.

Die Abbestellung des Pflegedienstes hing nicht mit Unzufriedenheit bezüglich der Arbeit der Pflegefachpersonen zusammen. Frau Riemann beschreibt, dass diese gut funktioniert habe. Unter guter Pflege verstehe sie dabei Freundlichkeit, Erfahrung, Zusammenarbeit mit den anderen involvierten Personen und eine fachlich kompetente Pflegearbeit. Ausschlaggebend für die Entscheidung war vielmehr die dadurch gewonnene Flexibilität für sie und ihren Ehemann, die ohne den Pflegedienst ihren Alltag nach eigenen Wünschen gestalten können.

„Uns hat das oft die Zeit so ein bisschen gestört, weil man doch mal länger liegt und mal nicht länger liegt und da war dann morgens so ein bisschen Stress, sage ich mal, und so wie jetzt machen wir das, wie wir es können, machen das alles in aller Ruhe und wo wir dann eben halt ausgeglichen auch beide sind.“ Int. 32, Z. 85-89)

Sobald sie sich in der Lage sah, die Pflege wieder vollkommen alleine zu übernehmen, ergriff sie Möglichkeit, da sie in diesem Aspekt keine Entlastung mehr für die Situation zu Hause wahrnahm.

Als Einschränkung benennt Frau Riemann vor allem die begrenzten Bewegungsmöglichkeiten ihres Ehemannes. Dadurch, dass dieser im Rollstuhl sitzt, spielt dies sowohl beim

Spazierengehen, Ausflügen und auch im Urlaub eine große Rolle. Dadurch ist das Ehepaar weniger flexibel. Durch die Hilfe ihrer Tochter ist es Fr. Riemann zwar möglich, allein nach wie vor ihren Aktivitäten nachzugehen, sie wünscht sich diese aber auch in der Beziehung zu ihrem Mann. Der höhere Aufwand hält sie aber nicht davon ab, trotzdem Unternehmungen zu machen. So fahren sie beispielsweise gemeinsam ans Meer in den Urlaub. Die Ferienwohnung muss für diesen Zweck dann rollstuhlgerecht sein. Neben den Einschränkungen spricht Frau Riemann besonders den sich stets verschlechternden Zustand ihres Mannes und die Perspektivlosigkeit als Belastung an.

„Denn wir waren ja [...] in der Spezialklinik und die hatten uns beim letzten Mal gesagt, also wir brauchen nicht mehr kommen. Es hilft nichts. Also heißt das, wir gucken hier zu, wie es schlechter wird.“ (Int. 32, Z. 279-282)

Der Zustand ihres Mannes verschlechtert sich immer weiter; Essen wird schwieriger und Sprechen ist nur noch bedingt möglich. Fr. Riemann selbst kann aber noch vielen ihrer Aktivitäten nachgehen und verfügt über einen großen Bekanntenkreis. So nimmt sie an Treffen des Seniorenvereins teil, Freund*innen besuchen sie zu Hause oder sie fährt mit ihrem Mann zu ihnen.

Zur Entlastung äußert sie nur den Wunsch einer gemeinsamen Kur, da sie auch im selbst organisierten Urlaub weiterhin der Pflegeverantwortung nachkommen muss. Sie sieht einen Bedarf darin, dass die Krankenkasse es den Pflegenden und Gepflegten ermöglicht, gemeinsam eine solche Erholungskur in Anspruch zu nehmen. Das würde für Frau Riemann bedeuten, dass ihr Mann versorgt wäre, sein gesundheitlicher Zustand stabilisiert werden würde und sie sich in der Zwischenzeit ebenfalls erholen könnte.

„ich sage mal, wenn er so eine Erholungskur kriegen würde, mein Mann, oder das eben wieder mit Bewegung und alles, dass das wieder ein bisschen stabilisiert wird, wo ich ja dann eben auch mit bin als Betreuer, aber wo ich dann, sage ich mal, ein bisschen entlastet bin und mich auch dann auch mal erholen kann. Das ist das, was eigentlich mir mal ein bisschen fehlt.“ (Int. 32, Z. 191-196)

Es fehlt ihr für die Umsetzung dieses Vorhabens allerdings eine Anlaufstelle, an die sie sich wenden kann, um Informationen zu erhalten und einen Antrag auf eine solche Kur zu stellen. Im Allgemeinen wendet sie sich aber an ihre Ansprechperson bei der Pflegekasse, von der sie sich bei Schwierigkeiten gut unterstützt fühlt.

Eine Entlastung durch eine Kur wäre für Frau Riemann auch selbst wichtig, weil sie selbst unter Nervenschmerzen leidet und die Pflege so für sie noch anstrengender ist. Trotz ihrer körperlichen Belastung hat sie bisher mit ihrem Mann keine Alternative entwickelt. Es fühlt sich für sie noch zu weit weg an, dass die Situation wie sie aktuell gestaltet ist, nicht mehr tragbar wäre. Den Pflegedienst wieder einzubeziehen, wenn der Pflegebedarf weiter zunimmt, nennt sie allerdings als eine gute Möglichkeit. Diese Situation konnte sie bei der Corona-Infektion ihres Ehemannes bereits erleben, bei der beinahe ums Leben gekommen wäre. Sie hat sich mit dieser Eventualität schon auseinandersetzen müssen.

Frau Riemann unterstützt die Idee, dass Angehörige für die geleistete Pflege Geld bekommen und dadurch staatlich unterstützt werden oder diejenigen, die sich mit Pflege weniger auskennen, durch professionelle Fachkräfte Hilfe an die Hand bekommen.

„Unentgeltlich, ich sage mal, eigentlich verzichtet man sowieso schon sehr viel auf alles und wenn man jetzt arbeiten würde, dann würde man ja, wenn es jetzt ohne Geld gehen würde, irgendwann dann auch in den Status fallen, dass man unter der Brücke schläft.“ (Int. 32, Z. 493-496)

3. Good Practice | Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ)

Auch in Brandenburg gibt es viele Beispiele für eine hilfreiche und wirksame Unterstützung sowie Entlastung häuslicher Pflegearrangements. Mit dem Pakt für Pflege hat das Land Brandenburg den Kommunen durch eine im Bundesvergleich besondere Förderung Handlungsspielräumen für die Einlösung ihrer kommunalen Verantwortung an die Hand gegeben. Ein Beispiel für Good Practice in Brandenburg ist die „Fachstelle Altern und Pflege im Quartier“.

Abbildung 14: Logo FAPIQ



Hintergrund

Die „Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg“ (FAPIQ) wurde 2015 eingerichtet. Das übergeordnete Ziel ist die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung insbesondere bei Pflege in der eigenen Häuslichkeit und des selbstbestimmten Lebens mit Pflege vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und dem Fachkräftemangel. Die Fachstelle soll mit ihren Angeboten dazu beitragen, dass ältere Menschen so lange und so gut wie möglich im vertrauten Umfeld leben können. Die „FAPIQ“ agiert dabei landesweit und vernetzt, begleitet und qualifiziert diverse Initiativen vor Ort, die dazu beitragen, altersfreundliche und pflegestützende Lebensräume zu gewährleisten. Zudem unterstützt sie im Rahmen des Paktes für Pflege Brandenburg die Brandenburger Kommunen bei der Etablierung und Umsetzung von Maßnahmen kommunaler Pflegepolitik. Die „FAPIQ“ wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) und den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung im Land Brandenburg gefördert.

Tätigkeitsfelder und Merkmale

Die „FAPIQ“ hat vier Standorte in Brandenburg mit direkten Ansprechpartner*innen vor Ort, die für Beratung und Organisation in der jeweiligen Region verantwortlich sind. Neben Schulung und Beratung von Kommunen, Kreisen, Initiativen und engagierten Ehrenamtlichen organisiert sie Veranstaltungen und stellt über ihre Website Informationen und Arbeitshilfen zur Verfügung. So können vor Ort Strukturen und Initiativen entwickelt werden, die auf Unterstützung in den Bereichen ‚altersgerechtes Wohnen‘, ‚alltagsunterstützende Angebote‘, ‚altersgerechte Quartiersentwicklung‘ und ‚sozialräumliche pflegerische Versorgungsstrukturen‘ zurückgreifen können.

Ein zentrales Förderprogramm des Landes im Rahmen des 2020 gestarteten Paktes für Pflege ist ‚Pflege vor Ort‘. Das Programm richtet sich an Landkreise und kreisfreie Städte, die Angebotsstrukturen der Pflege und angrenzender Versorgungsbereiche vernetzen, koordinieren und Pflegestrukturbedarfsplanungen erstellen und an die kreisangehörigen Kommunen, die alters- und pflegerechte sozialräumliche Hilfen im Vor- und Umfeld von Pflege aufbauen sowie Maßnahmen entwickeln, die Angehörige pflegebedürftiger Menschen entlasten. Die „FAPIQ“ berät Kommunen bei der Konzeptentwicklung und Antragstellung und unterstützt sie bei der Verankerung der geförderten Maßnahmen.

Darüber hinaus organisiert die „FAPIQ“ jährlich einen Ideenwettbewerb ‚Älterwerden im vertrauten Wohnumfeld‘. Die im Ergebnis von einer Jury ausgewählten Projekte erhalten eine Förderung. Sie sind beispielgebend und zeigen, wie vielfältig die Möglichkeiten sind, ein selbstbestimmtes Leben im Alter und mit Pflege zu unterstützen. Das können u.a. Maßnahmen

sein zur Stärkung sozialer Netze, für einen verbesserten Zugang zu Informationen und zum Aufbau von Nachbarschaftshilfe-Strukturen. So wurden z.B. bereits eine Vortragsreihe zu psychischen Erkrankungen im Alter, Kochkurse zur Kontaktförderung, die Errichtung von Sitzmöglichkeiten in einer kulturellen Begegnungsstätte, Sportangebote, IT-Stammtische oder Bürgerforen gefördert. Diese und weitere Angebote werden auf der Website bekannt gemacht.

Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Die „FAQIP“ nimmt eine Multiplikatorenfunktion ein und unterstützt die fachliche qualifizierte Einrichtung von Initiativen und Strukturen vor Ort in ganz Brandenburg. Damit leistet sie landesweit einen Beitrag zur Quartiersentwicklung und vernetzt die vielfältige, aber oft unübersichtliche Unterstützungslandschaft aus ehrenamtlichen und professionellen Angeboten.

Weiterführende Informationen und Quellen

<https://www.fapiq-brandenburg.de/>

4. Landespflegepolitik Brandenburg und die häusliche Pflege

„Die künftige Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung gehört zu den großen gesellschaftlichen Herausforderungen in Brandenburg“. So heißt es in der Richtlinie des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz in der Pflegezukunftsinvestitions-Richtlinie 2021-2024. Brandenburg ist das Land mit einer im Bundesvergleich sehr hohen Pflegequote, einem hohen Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger, dem höchsten Anteil häuslich versorgter pflegebedürftiger Personen in ganz Deutschland und mit einem hohen Anstieg der Anzahl ambulant und häuslich Versorgter, die für die nächsten Jahre zu erwarten sind. Auch die Pflegeprävalenzen sind in einigen Regionen Brandenburgs besonders ausgeprägt. Mit dem Pakt für Pflege hat die aktuelle Landesregierung in Brandenburg einen Schwerpunkt ihrer Sozial- und Gesundheitspolitik im Bereich der Langzeitpflege gesetzt. Mit dem Pakt für Pflege soll unter anderem die Pflege vor Ort gestärkt und nachhaltig gestaltet werden, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen insbesondere im ländlichen Raum entlastet und Beratungsstrukturen ausgebaut und Fachkräftesicherung in der Pflege durch attraktive Ausbildungs- und Beschäftigungsbedingungen gefördert werden. 22 Millionen Euro wurden jährlich hierfür zur Verfügung gestellt.

Der Pakt für Pflege richtet sich nicht nur an die Landkreise und kreisfreien Städte, sondern auch an die Ämter sowie amtsfreien Städte und Gemeinden. Der Pakt für Pflege besteht aus vier Säulen:

- Die Stärkung der Pflege vor Ort – ein Förderprogramm für Kommunen,
- der Ausbau der Pflegestützpunkte samt Pflegeberatung, die in Brandenburg zum Teil ausschließlich in den Pflegestützpunkten stattfindet (Braeseke et al. 2018),
- Ausbau der Kurzzeit- und Tagespflege,
- Fachstelle Alter und Pflege im Quartier.

Die vier Säulen des Paktes für Pflege werden hinterlegt durch Richtlinien: Die bereits zitierte Pflegezukunftsinvestitions-Richtlinie, die Richtlinie zur Förderung des Ausbaus von Pflegestützpunkten sowie die Richtlinie zur Förderung von Maßnahmen kommunaler Pflegepolitik – Pflege vor Ort. Entstanden ist eine vielfältige und innovative Landschaft kommunaler Initiativen, Einrichtungen, Dienste und zivilgesellschaftlich getragener Unterstützungsangebote auf kommunaler Ebene. Sie waren bis dato keineswegs selbstverständlich: Verfügt doch Brandenburg anders als andere Bundesländer nicht über eine lange Tradition kommunaler Befassung mit dem Pflege Thema – insbesondere auf der Ebene der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden. Die brandenburgische Pflegepolitik macht durchaus ernst mit dem Vorrang häuslicher Pflege, der sich in ganz besonderer Weise in Brandenburg – auch – empirisch zeigt. Nur auch und gerade in Brandenburg ist es keineswegs überall selbstverständlich, dass man auf soziale und familiäre Netzwerkstrukturen zurückgreifen kann, wenn es um die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit geht. Auch wird in Brandenburg deutlich, dass die primärärztliche Versorgung in manchen Regionen notleidend wird: Auch sie ist eine wesentliche Stütze für häusliche Pflegearrangements. Das Gleiche gilt für die Versorgung mit Krankenhäusern der Grundversorgung: Auch sie stellt sich in Brandenburg als eine gesundheitspolitische Herausforderung dar. Einerseits gilt es Krankenhausbetten indikationsgerecht zu nutzen und vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu vermeiden: Sie sind für die Betroffenen belastend und für das Gesundheitssystem teuer. Gleichzeitig gilt es eine verlässliche Basisversorgung überall im Land Brandenburg zu gewährleisten. Sie ist auch Voraussetzung für die Stabilität häuslicher Pflegearrangements, wie die Analysen im DAK-Pflegereport 2022 zur nicht indizierten Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen pflegebedürftiger Menschen zeigen. Brandenburg zeichnet sich durch eine besonders suffiziente Pflegeberatungs- und Unterstützungsstruktur in den Pflegestützpunkten aus, die vom IGES-Institut evaluiert wurden. Anders als in anderen Bundesländern findet in vielen Pflegestützpunkten Brandenburgs eine integrierte Pflegeberatung aller Kassen statt. Das ist zukunftsweisend und bedarf gleichwohl der Weiterentwicklung. So empfiehlt etwa auch das IGES-Gutachten aufsuchende Beratung zu verstärken, sektorenübergreifende Formen der Zusammenarbeit zu etablieren. Im Sinne des DAK-ReKo-Projektes (Klie und Monzer 2018), dessen Konzeption auch in der Uckermark aufgegriffen wird, könnte von der Notwendigkeit des Ausbaus einer regionalen Case Management-Organisation gesprochen werden. Auch der im Land Brandenburg mit Unterstützung der DAK aufgegriffene Weg der subjektorientierten Qualitätssicherung (Klie und

Büscher 2022), der vorsieht mit Hilfe des Medizinischen Dienstes Risikosituationen in der häuslichen Pflege rechtzeitig in den Blick zu nehmen – im Rahmen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst – lenkt den Fokus auf die häusliche Pflege. Der Ansatz der Subjektorientierten Qualitätssicherung wurde im Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz mit aufgenommen.

Am Beispiel Brandenburgs zeigt sich, dass es in Regionen, in denen die gesundheitliche und pflegerische Grundversorgung unter Druck steht, nicht auf den Kassenwettbewerb, sondern auf die Zusammenarbeit der Kassen ankommt. Im Speckgürtel um Berlin, in Potsdam etwa, stellt sich die pflegerische Versorgungssituation grundlegend anders dar als in den großen und mit einer geringen Bevölkerungsdichte versehenen Landkreisen. Insofern überzeugt der brandenburgische Weg, das Thema Pflege zu einem zentralen Landes- und damit auch gesellschaftspolitischen Thema zu machen. Konzertiert und mit langem Atem wird er Wirkung zeitigen. Das Thema Pflege ist ein Thema, das alle Bevölkerungsgruppen, alle sozialen Milieus und alle Regionen anspricht. Es gilt, das Thema zu demokratisieren und zu einem Thema vor Ort zu machen. Es ist dabei geeignet, Polarisierungen, die sich auch in der brandenburgischen Bevölkerung finden, entgegenzuwirken. Eine Caring Community ringt darum, Care demokratisch und gerecht zu organisieren. Neben der gesellschaftlichen Wiederentdeckung des Themas Sorge und Pflege braucht es auch vielfältige unternehmerische Aktivitäten und Innovationen, um den künftigen Pflegebedarf jenseits der klassischen Sektorengrenzen zu beantworten. Hier dürften auch kommunalwirtschaftliche Akteure gefragt sein, die auch in Brandenburg neben freigemeinnützigen und gewerblichen eine wichtige Rolle übernehmen.

Literaturverzeichnis

Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: Springer-Verlag. Online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/730349426>.

Braeseke, Grit; Pflug, Claudia; Beikirch, Elisabeth (2018): Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten. IGES. Berlin. Online verfügbar unter https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e23547/e24014/e24015/e24017/attr_objs24019/Endbericht_KVQSPS_IGES_gesamt_Final__20181220__ger.pdf, zuletzt geprüft am 04.11.2022.

Braeseke, Grit; Pflug, Claudia; Lingott, Nina; Rieckhoff, Sandra; Zettl, Annabel; Prinz, Fabian (2019): Kurzzeitpflege in Bayern. Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Sachverständigenkommission "Siebter Altenbericht der Bundesregierung" (Bundesdrucksache, 18/10210).

Bundesregierung (Hg.) (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, zuletzt geprüft am 02.03.2023.

Burgi, Martin; Igl, Gerhard (2021): Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland. Hg. v. Robert Bosch Stiftung. Agnes-Karll-Stiftung. Stuttgart.

DBfK Bundesverband e.V. (Hg.) (2022): Community Health Nursing. Aufgaben und Praxisprofile. Berlin. Online verfügbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Ausschreibung/CHN_Broschuere_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf, zuletzt geprüft am 29.10.2022.

Gebert, Anne; Weidner, Frank; Weber, Christina; Ehling, Claudia; Seifert, Kerstin; Sachs, Susanne (2019): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt Gemeindegewerplus von Juli 2015 bis Dezember 2018 im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Online verfügbar unter https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Abschlussbericht-GSplus-DIP-final.pdf, zuletzt geprüft am 30.10.2022.

Heintze, Cornelia (2012): Auf der Highroad – der skandinavische Weg in ein zeitgemäßes Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen 5 nordischen Ländern und Deutschland ; (Kurzfassung). Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschaft- und Sozialpolitik (WISO Diskurs: Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik). Online verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09243-20120730.pdf>, zuletzt geprüft am 24.05.2017.

Heintze, Cornelia (2016a): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland. Teil 1: Die wichtigsten Unterschiede der Systeme. In: *Soziale Sicherheit* 65 (6), S. 239–244.

Heintze, Cornelia (2016b): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland. Teil 2: Finanzierung, Leistungserbringung und der Einfluss von Markt und Wettbewerb. In: *Soziale Sicherheit* 65 (8), S. 301–308.

Heinze, Rolf G.; Klie, Thomas; Kruse, Andreas (2015): Subsidiarität revisited. In: *Sozialer Fortschritt* 64 (6), S. 131–138.

Klie, Thomas (2018a): Der DAK-Pflegereport 2018: Gleichwertige Lebensbedingungen für die Pflege? Zentrale Erträge und Denkanstöße. In: Thomas Klie: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort - gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 3–30.

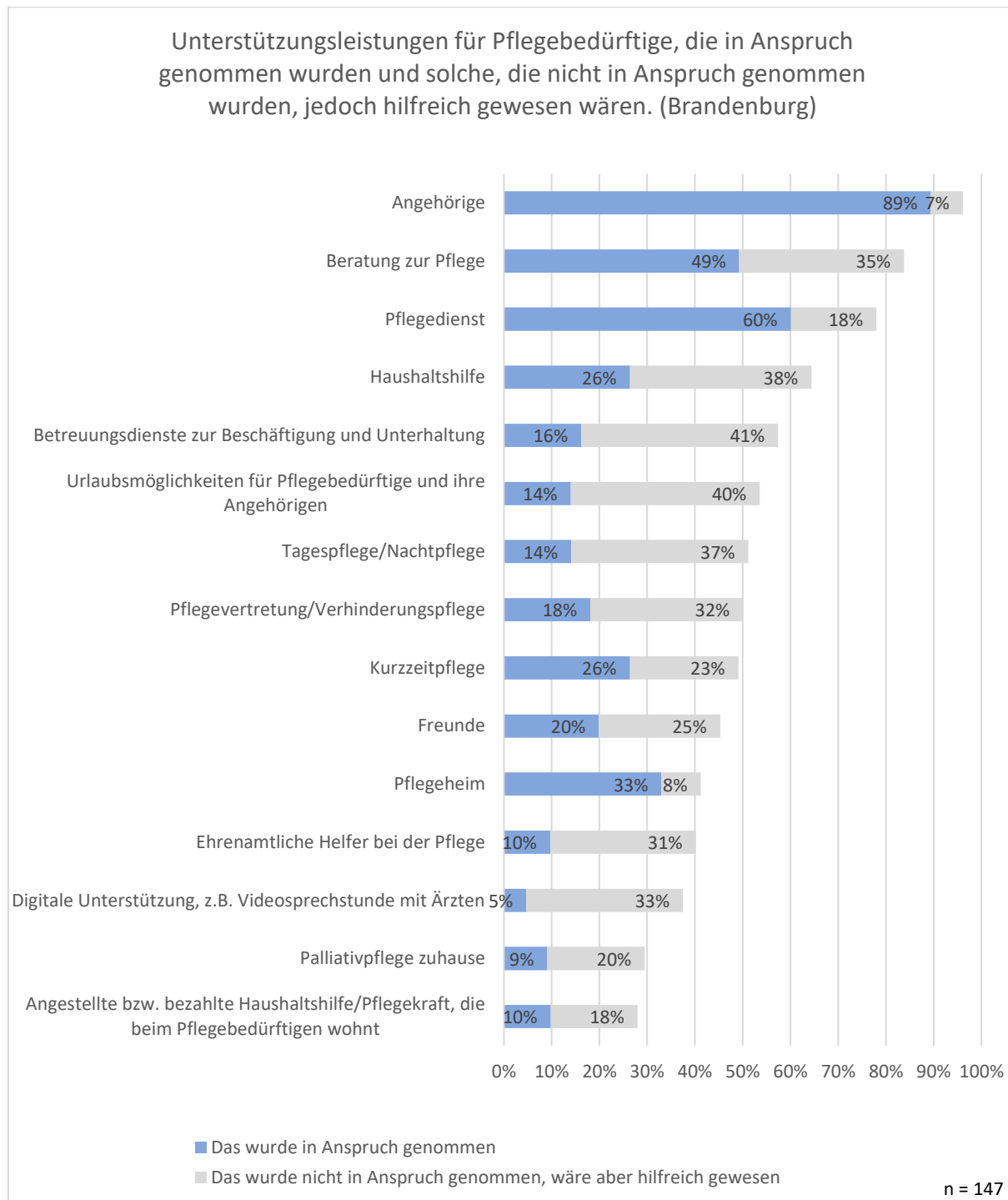
- Klie, Thomas (2018b): Pflegereport 2018. Pflege vor Ort - gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas (2019a): DAK-Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege - Bilanz und Reformbedarf. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (30).
- Klie, Thomas (2019b): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Droemer Taschenbuch.
- Klie, Thomas (2021): Junge Pflege - eine vernachlässigte Wirklichkeit mit großer Relevanz für die Zukunft. Die Essenzen des DAK-Pflegereports 2021. In: Thomas Klie: Pflegereport 2021. Junge Menschen und Pflege. Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen. Hg. v. Andreas Storm. Unter Mitarbeit von Wilhelm Haumann, Christine Moeller-Bruker, Isabel Schön, Lukas Stürner und Stefanie Oyoyo. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 35), S. 5–29.
- Klie, Thomas (2022): Ampel auf Grün für ambulant? Klie's Corner. In: *Häusliche Pflege* (1), S. 52.
- Klie, Thomas (2023): Pflegereport 2022. Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41).
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2014): Qualität in der häuslichen Pflege. Ansätze zu einer lebensweltorientierten Weiterentwicklung. In: *NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.* 94 (10), S. 452–455.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2022): Aufmerksamkeit für die Pflege daheim. Forschungsprojekt "Subjektorientierte Qualitätssicherung" (10). Online verfügbar unter <https://www.gg-digital.de/2022/10/aufmerksamkeit-fuer-die-pflege-daheim/index.html>, zuletzt geprüft am 29.10.2022.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2018): Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategien für die Langzeitpflege vor Ort. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 25).
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2022a): Case Management-basierte sektorenübergreifende Kurzzeitpflege - Teil 1. In: *NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.* 102 (10), S. 478–485.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2022b): Case Management-basierte sektorenübergreifende Kurzzeitpflege - Teil 2. In: *NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.* 102 (11), S. 528–537.
- Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-Michèle (2021): Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin. Online verfügbar unter https://kda.de/wp-content/uploads/2021/03/Reform_II.pdf, zuletzt geprüft am 18.11.2022.
- Kremer-Preiß, Ursula (2021): Wohnen 6.0. Mehr gemeinsam entscheiden, verantworten, gestalten. In: *ProAlter* 53 (3), S. 8–12.
- Nussbaum, Martha (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Pro-Pflegereform (2018-2021). Online verfügbar unter www.propflegereform.de, zuletzt geprüft am 31.10.2022.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2017): Sockel-Spitze-Tausch sichert Lebensstandard von Pflegebedürftigen. In: *neue caritas* (1), S. 2–5.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2022): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter

https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00075929/5224001219005.xlsx, zuletzt geprüft am 02.03.2023.

Zietz, Anja (2022): Im Coburger Land ist man im Alter gut versorgt. Der Landkreis Coburg schafft ein Netzwerk zu einer rundum guten Versorgung im Alter. Den Kommunen und Ehrenamtlichen kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu. In: *Bayerischer Gemeindetag* (08-09), 286-289. Online verfügbar unter https://www.bay-gemeindetag.de/media/25187/e-baygt_08_09-2022_220825_doppelseiten.pdf, zuletzt geprüft am 21.09.2022.

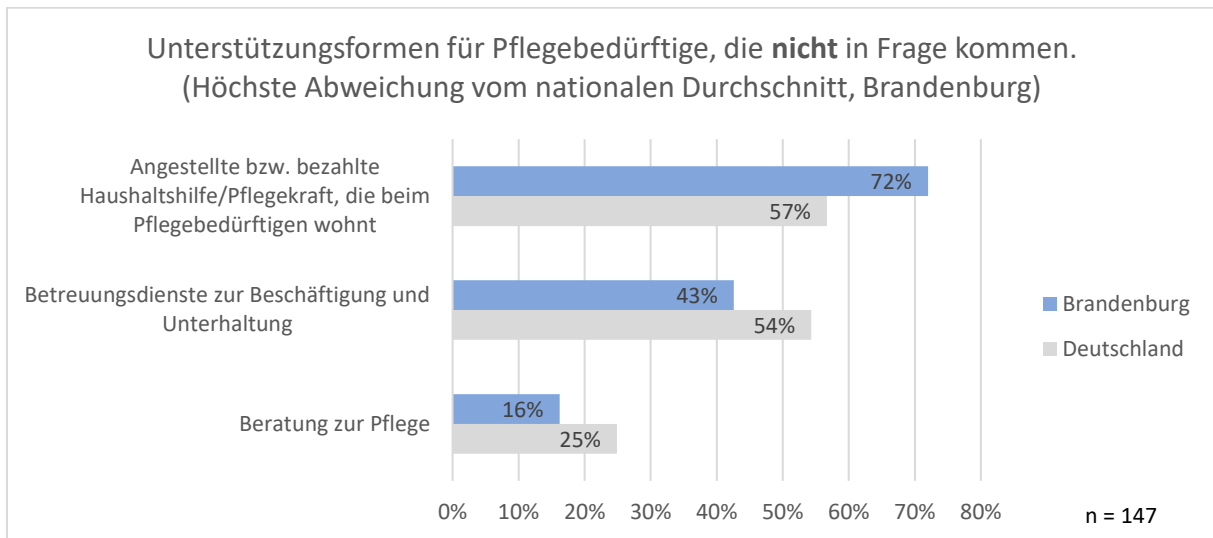
Anhang | Sonderauswertung AGP Sozialforschung 2023 & OptiMedis 2023

Abbildung 15: (Nicht-)Inanspruchnahme hilfreicher Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige



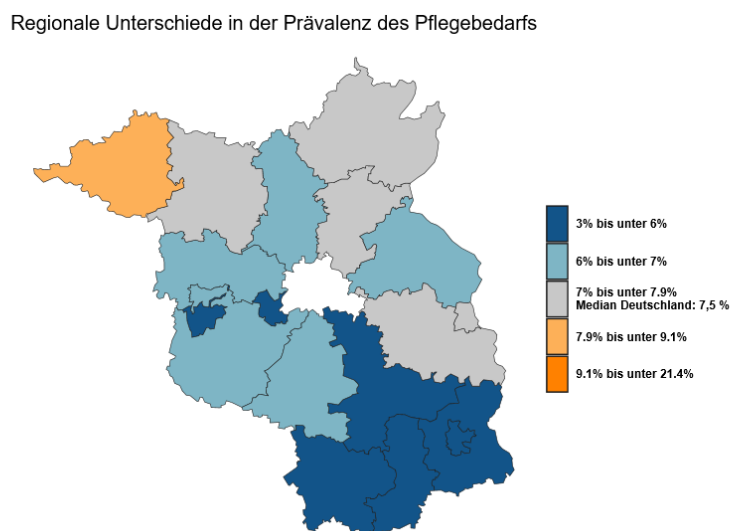
Quelle: AGP Sozialforschung 2023

Abbildung 16: Unterstützungsformen für Pflegebedürftige, die **nicht** in Frage kommen.



Quelle: AGP Sozialforschung 2023

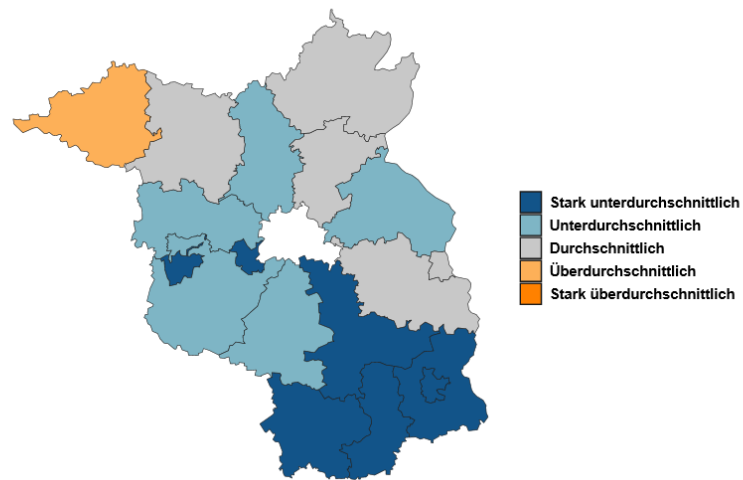
Abbildung 17: Regionale Unterschiede in der Prävalenz des Pflegebedarfs (Brandenburg)



Quelle: OptiMedis 2023

Abbildung 18: Anteil selbstorganisierte Pflege im Bundesvergleich (2020) (Brandenburg)

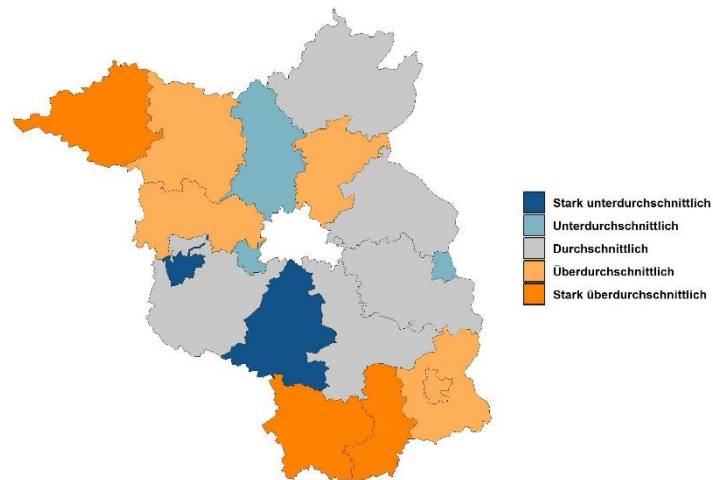
Anteil selbstorganisierte Pflege im Bundesvergleich (2020)



Quelle: OptiMedis 2023

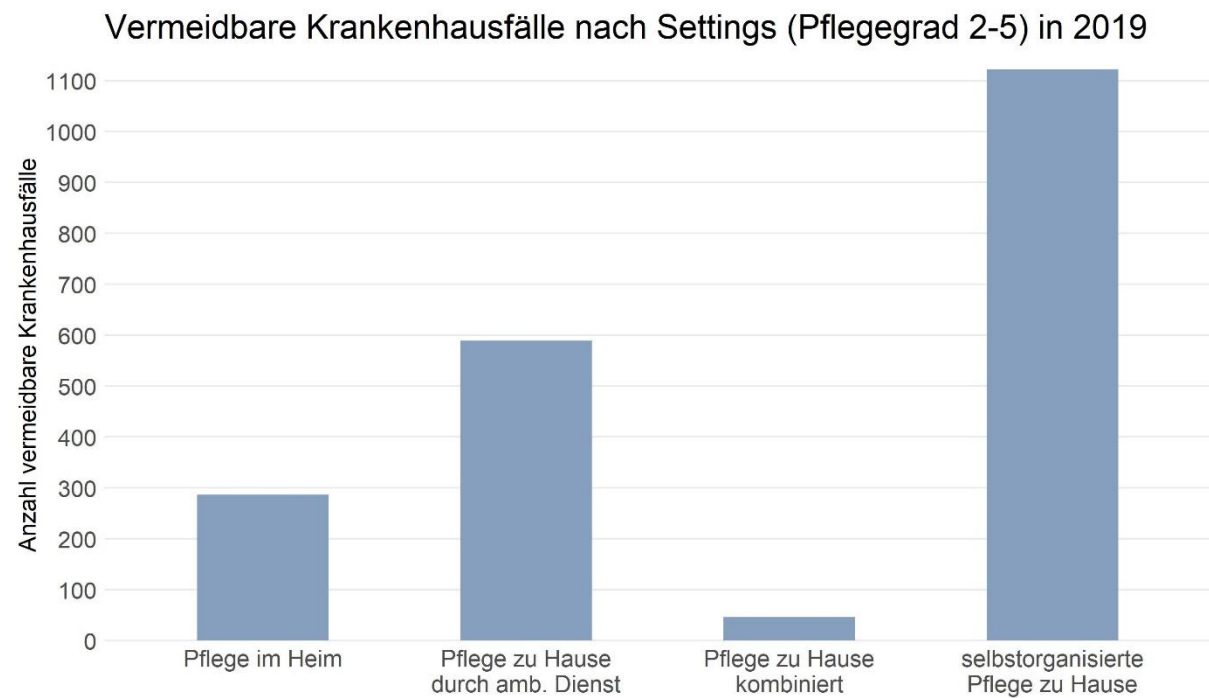
Abbildung 19: Regionale Verteilung der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege (Brandenburg)

Regionale Verteilung der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege



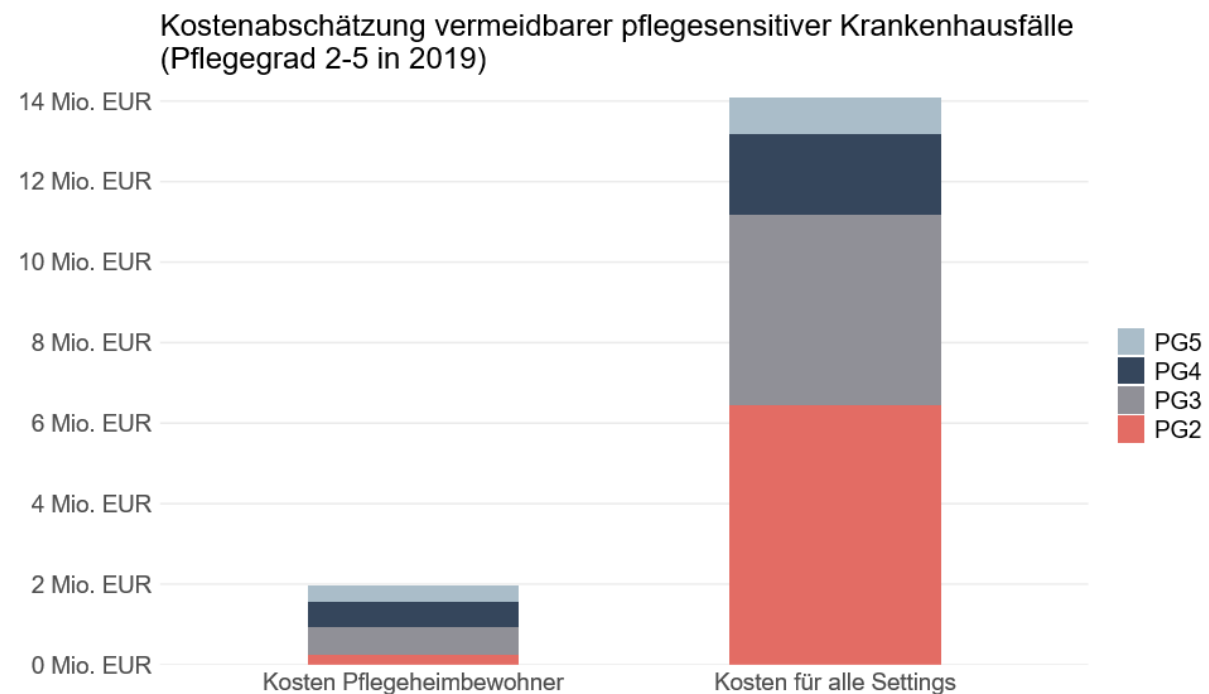
Quelle: OptiMedis 2023

Abbildung 20: Vermeidbare Krankenhausfälle nach Settings (Pflegegrad 2-5) in 2019 (Brandenburg)



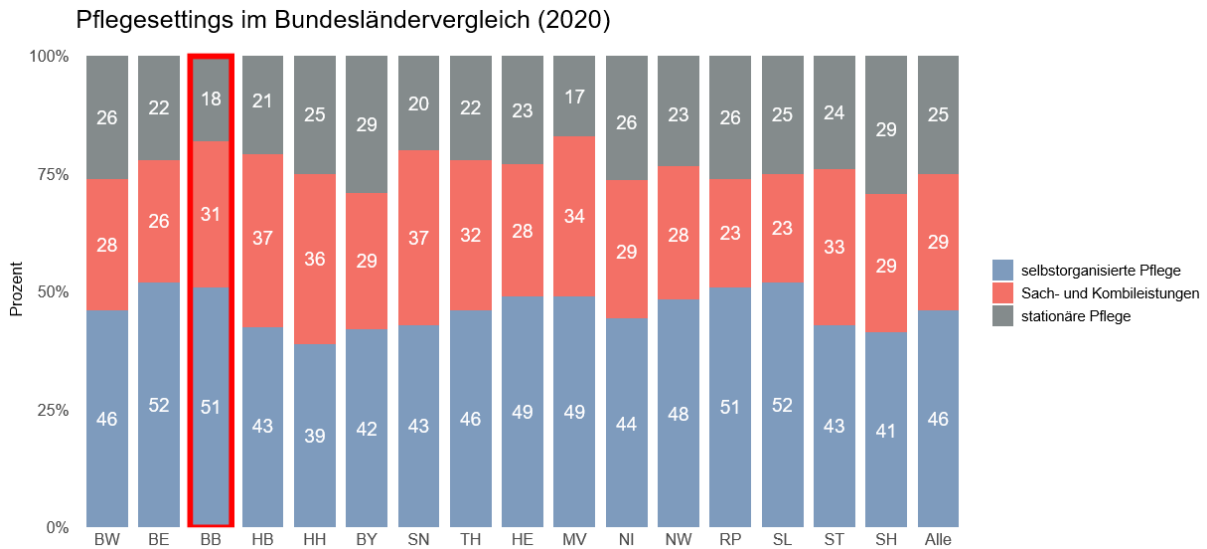
Quelle: OptiMedis 2022

Abbildung 21: Kostenabschätzung vermeidbarer pflegesensitiver Krankenhausfälle (Pflegegrad 2-5 in 2019) (Brandenburg)



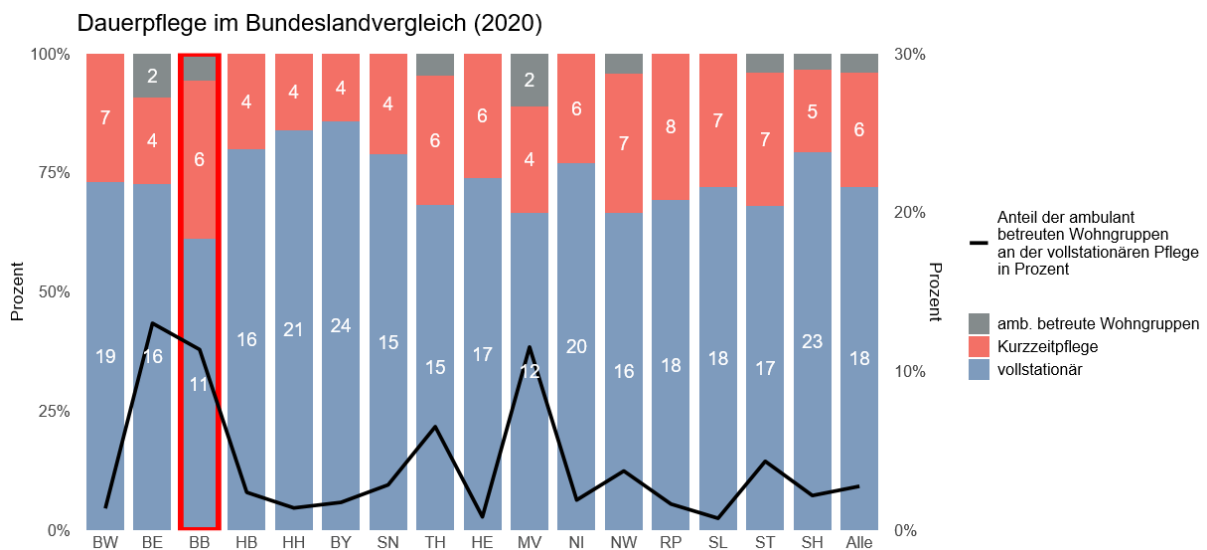
Quelle: OptiMedis 2023

Abbildung 22: Pflegesettings im Bundesländervergleich (2020)



Quelle: OptiMedis 2023

Abbildung 23: Dauerpflege im Bundeslandvergleich (2020)



Quelle: OptiMedis 2023

Abbildung 24: Entwicklung der Settings 2017-2020 im Bundesländervergleich

Entwicklung der Settings 2017–2020 im Bundesländervergleich

	selbstorganisierte Pflege zu Hause		Sach- und Kombileistungen durch Pflegedienste zu Hause		Kurzzeit- und vollstationäre Pflege, ambulante Wohngruppen	
	2020	+/- zu 2017	2020	+/- zu 2017	2020	+/- zu 2017
BE	52%	↔ 7 %	26%	↓ -18 %	22%	↑ 12 %
SL	52%	↔ 6 %	23%	↓ -18 %	25%	↑ 10 %
RP	51%	↔ 3 %	23%	↓ -16 %	26%	↑ 11 %
BB	51%	→ 1 %	31%	↓ -15 %	18%	↑ 38 %
HE	49%	↔ 6 %	28%	↓ -11 %	23%	↔ 2 %
MV	49%	→ 2 %	34%	↓ -14 %	17%	↑ 33 %
NW	48%	↔ 7 %	28%	↓ -16 %	23%	↑ 11 %
TH	46%	→ 2 %	32%	↓ -11 %	22%	↑ 18 %
BW	46%	↔ 10 %	28%	↓ -18 %	26%	↔ 9 %
Alle	46%	↔ 8 %	29%	↓ -15 %	25%	↔ 8 %
NI	44%	↑ 11 %	29%	↓ -18 %	26%	↔ 8 %
ST	43%	→ 0 %	33%	↔ -8 %	24%	↑ 13 %
HB	43%	↑ 15 %	37%	↓ -19 %	21%	↑ 17 %
SN	43%	↔ 7 %	37%	↓ -14 %	20%	↑ 17 %
BY	42%	↑ 11 %	29%	↓ -14 %	29%	↔ 1 %
SH	41%	↑ 11 %	29%	↓ -14 %	29%	↔ 3 %
HH	39%	↑ 11 %	36%	↔ -9 %	25%	→ -2 %

Quelle: OptiMedis 2023