

Prävention in der Pflege – wo stehen wir?

PRÄVENTION IN DER PFLEGE – LUXUS ODER
NOTWENDIGKEIT?

ZUKUNFT PRÄVENTION

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler

Präventionsgesetz – eine Seite d. Medaille

- Fokus Vortrag auf Präventionsgesetz
- Juli 2015 in Kraft getreten

Eine Seite der Medaille:

- Nach vielen Jahren endgültig verabschiedet
- SGB V § 20 Förderung primärer Prävention u. Gesundheitsförderung für diverse Zielgruppen auf Basis interdisziplinärer wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Fokus auf relevante Erkrankungen wie Diabetes Mellitus, Brustkrebs depressive Erkrankungen
- SGB V § 20a Lebensweltenansatz
- SGB V § 20d Nationale Präventionsstrategie
- SGB XI § 5 SGB XI

Präventionsgesetz – eine Seite d. Medaille

■ § 5 SGB XI

- Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für Versicherte erbringen
- unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen
- Setting stationäre Langzeitpflege wird berücksichtigt
- Vulnerable Bevölkerungsgruppe wird berücksichtigt

Präventionsgesetz – andere Seite d. Medaille

Nationale Präventionskonferenz:

- Neue Struktur – zentrales Koordinations- u. Abstimmungsgremium auf Bundesebene (Kranken-, Renten-, Unfall- u. Pflegeversicherung, Bunde, Länder u. kommunale Spitzenverbände)
- **Aufgabe:** nationale Präventionsstrategien aufzubauen
- Bundeseinheitliche u. trägerübergreifende Rahmenempfehlungen
- Nationalen Präventionsbericht erstellen (alle 4 Jahre)
- Beratung Präventionsforum
- In Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V aus 2016 wird deutlich, dass pflegewissenschaftliche Expertise fehlt

Andere Seite d. Medaille

- **Eingrenzung „aktivierende Pflege“:**
- Problematisch – Bundesrahmenempfehlungen der nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 Abs. V (S. 28):

„Wesentlicher Bestandteil professioneller Pflege ist die Förderung verbliebener Fähigkeiten („Aktivierende Pflege“) sowie das Vorbeugen von Komplikationen, die sich aus vorübergehenden und dauerhaften Funktionseinschränkungen sowie daraus resultierender Pflegebedürftigkeit ergeben können. Klassische pflegerische Prophylaxen befassen sich beispielsweise mit dem Erkennen des Risikos und dem Verhindern von Druckgeschwüren, Ernährungsdefiziten oder Stürzen bzw. Sturzfolgen.“



- Reduktion auf Prävention – gesundheitsförderlicher Aspekt nicht beachtet
- aktivierende Pflege wird künstlich von § 5 SGB XI getrennt
- Verrichtungsorientiertes Verständnis von aktivierender Pflege

Andere Seite d. Medaille

- **z.B. aktivierende Pflege:**
 - Seit Einführung SGB XI ist aktivierende Pflege im SGB XI
 - Begriff theoretisch wie konzeptionell nicht differenziert erarbeitet
 - Zusammenhang mit Gesundheitsförderung u. Prävention nicht erarbeitet
 - Differenzierte Leistungen lassen sich aus SGB XI bisher nicht ableiten
 - Es gibt keinen differenzierten Leistungsanspruch auf aktivierende Pflege, auch in Leistungen zwischen Kostenträgern u. Leistungserbringern nicht definiert
 - In dieser diffusen Lage wird § 5 SGB XI eingeführt – künstlich von pflegerischen Leistungen abgegrenzt
 - Aktivierende Pflege hat jedoch einen gesundheitsförderlichen Ansatz
 - Vorschlag für Definition

Möglicher literaturbasierter Vorschlag f. aktivierende Pflege

*„Unter aktivierender Pflege werden der **Erhalt und die Förderung der Eigenständigkeit und Kompetenzen** des Menschen unter Berücksichtigung der **Ressourcen und seelisch-geistigen** sowie **sozialen Belange** verstanden. Die **Ressourcen der zu Pflegenden werden erhoben und finden in der pflegerische Versorgung Berücksichtigung**. Die **Maßnahmen und Interventionen der aktivierenden Pflege werden gemeinsam** mit dem Betroffenen geplant und umgesetzt. Die Betroffenen entscheiden gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen über angemessene Maßnahmen und Interventionen, um **Eigenständigkeit und Aktivität in den Alltagsaktivitäten** sowie **geistig-seelischen und sozialen Belange** zu erhalten. Die Pflegebedürftigen erhalten mit den Maßnahmen und Interventionen eine „**Hilfe zur Selbsthilfe**“ und werden demgemäß angeleitet und beraten und erhalten, wenn erforderlich, eine zielführende Unterstützung. Pflegebedürftige Personen werden des Weiteren motiviert, **Eigenständigkeit zu erhalten**. Die **ermittelten Ressourcen, Maßnahmen und Interventionen werden dokumentiert, durchgeführt und in ihren Wirkungen evaluiert**. Bei Bedarf werden die geplanten Maßnahmen und Interventionen angepasst. Weitere an der pflegerischen Versorgung beteiligte Berufsgruppen werden an der Planung und Umsetzung der aktivierenden Pflege beteiligt.“ (Hasseler & Fünfstück 2014)*

Andere Seite d. Medaille

Offene Fragen bspw.:

- Auf welchen konzeptionellen Grundlagen beruht die aktivierende Pflege/Empowerment i.d. Pflege?
- Wie kann aktivierende Pflege effektiv umgesetzt werden?
- Was sind Merkmale aktivierender Pflege/Empowerment i.d. Pflege? Welche Potenziale liegen in einer gesundheitsförderlichen/präventiven Pflege?
- Welche Maßnahmen/Interventionen sind in diversen Settings/Sektoren für definierte Zielgruppen wirksam?

Andere Seite d. Medaille

- **Leistungen nach § 5 SGB XI werden abgegrenzt (s. Leitfaden GKV-SV)**
 - von aktivierender Pflege nach § 11 Abs. 4
 - von § 18 Abs. 1 Satz 4 (Maßnahmen zur Verhütung der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit)
 - von §§ 41, 42, 43 87b, 113 SGB XI
 - u.w.m.



Wie können diese Maßnahmen voneinander abgegrenzt werden, wenn wir von folgendem Verständnis von GF u. Prävention ausgehen?

Andere Seite d. Medaille

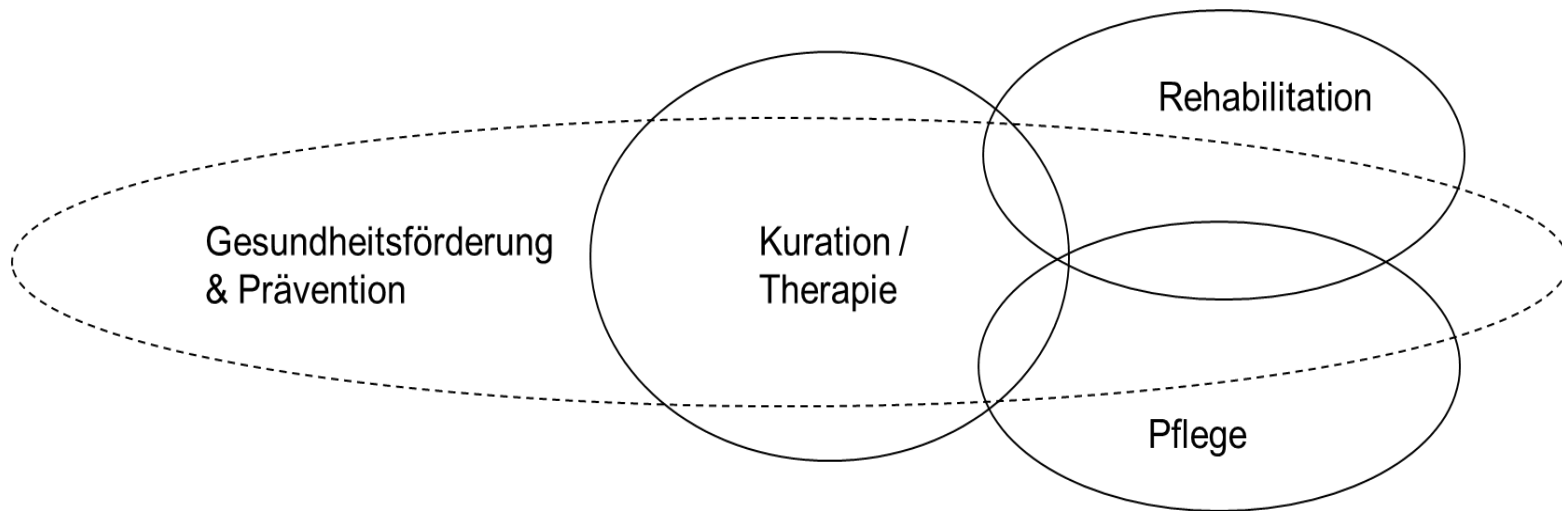


Abb. 1: Vereinfachte Darstellung des Soll-Zustands der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems, Quelle: Hurrelmann et al. 2014)

Andere Seite d. Medaille

- Mit dieser Abgrenzung d. Leistungen wird künstlich getrennt, was zusammengehört
- **Frage:** Wie kann Prävention von Pflegebedürftigkeit/Verhinderung Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI ohne die unter § 5 SGB XI subsumierten Handlungsfelder gedacht werden? (Förderung von körperlicher Aktivität, Ernährung etc.?)
- In der Erbringungen d. Leistungen u. Maßnahmen wird kaum zu unterscheiden sein zwischen Betreuung u. Aktivierung
- **Im Gegenteil:** sehr wahrscheinlich wird verhindert, dass bspw. in der Betreuung wirksame Maßnahmen zur Stärkung kognitiver Ressourcen angeboten werden, da Leistungen nach § 43 nicht durch Interventionen nach § 5 SGB XI abgedeckt werden können
- Trennung ist fachwissenschaftlich wie fachlich nicht begründbar

Andere Seite d. Medaille

- § 5 SGB XI
- Schwerpunkte auf Handlungsfelder (Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen...), die von aktivierender Pflege abgegrenzt werden
- Leistungen beziehen sich auf partizipativen **Organisationsentwicklungsprozess** und soll sich von § 11 SGB XI der aktivierenden Pflege abgrenzen
- Steuerungsgremium unter Beteiligung von Leitungen, Pflegefachkräften, Mitarbeiterinnen der Betreuung, Pflegebedürftigen, Angehörigen, gesetzlichen Betreuerinnen
- Weitere Barrieren z.B. Fachkräftemangel, Fehltage u. Vakanzenzeiten, Finanzierung d. Leistungen

Andere Seite der Medaille

Abgrenzungen machen wenig Sinn, da:

- partizipative Organisationsentwicklung für Umsetzung von Maßnahmen u. Interventionen der GF & Prävention in Einrichtungen d. stationären Langzeitpflege seitens d. Pflegekassen unterstützt werden sollen
- **D.h.:** Organisationsentwicklung wird adressiert u. damit schwerpunktmäßig Verhältnisprävention
- Für adressierte u. abzugrenzende §§, die auch präventive & gesundheitsförderliche Maßnahmen u. Interventionen umfassen, OE erforderlich
- Vermutlich § 5 SGB XI für Einrichtungen interessanter, wenn die OE umfassender verstanden wird u. nicht in Abgrenzung von bereits zu erfüllenden Pflichten u. §§ des SGB XI

Andere Seite d. Medaille

- Präventionsgesetz nimmt präventive Potenziale d. Pflegeberufe nicht auf
- Bspw. in Bezug auf Berufsbilder u. Zugänge sowie Zielgruppenorientierung, Fokus auf vulnerable Bevölkerungsgruppen
- Z.B. als Community Health Nurse, Public Health Nurse, Family Health Nurse, Health Visitor, Nurse Practitioner
- Pflegerische Berufsgruppen im internationalen Raum führen mit eigenen Assessments Feststellungen von Bedarfen in Prävention u. Gesundheitsförderung durch, planen, organisieren, koordinieren u. führen diese gemeinsam mit anderen Berufsgruppen durch, dokumentieren u. evaluieren sie, beraten, informieren Klienten u. leiten diese an, arbeiten in Programmen der GF u. Prävention mit anderen Berufsgruppen zusammen
- Präventionsgesetz befördert weitere Fragmentierung von pflegerischer Prävention u. pflegerischer Versorgung

Möglich:

Präventive u. gesundheitsförderliche Potenziale pflegerischer Berufsgruppen integrieren

Pflegerische Prävention

- In Kooperation mit Ärzten u. anderen Gesundheitsprofessionen
- z.B. Assessments, Aufklärung, Anleitung, Beratung, Schulung, Durchführung prophylaktischer Maßnahmen, Teilnahme an Impf- u. Screeningmaßnahmen etc.
- Findet sich in Primär-, Sekundär- u. Tertiärprävention

Pflegerische Gesundheitsförderung

- Ein Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht u. zur Stärkung ihrer eigenen Gesundheit befähigt
- Fragen: Was sind Gesundheitsressourcen- u. potenziale d. Klienten?
- Bezieht Umwelten ein, soziale Bedingungen u. Kontextfaktoren
- Konzeptionelle Basis Empowerment, Salutogenese etc.

Zusammenfassung & Ausblick

- Präventionsgesetz in einigen Bereichen Fortschritte erzielt
- Präventionsgesetz nimmt das Setting stationäre Langzeitpflege auf
- Wichtige Themen werden im Leitfaden des GKV-SV tangiert
- Bezogen auf Pflege u. pflegerische Berufe viele Fragen offen
- Führt in § 5 SGB XI zu künstlichen Trennung, die fachlich wie wissenschaftlich nicht begründet werden können
- **Z.B.** wie soll aktivierende Pflege von Maßnahmen d. Handlungsfeldes Körperliche Aktivität getrennt werden?
- **Z.B.** wie sollen Maßnahmen der Betreuung n. § 87b SGB XI von Handlungsfeld psychosoziale Gesundheit getrennt werden?

Zusammenfassung & Ausblick

- Konzepte der GF wie Empowerment, Salutogenese, Healthy Ageing, Active Ageing etc. spielen keine Rolle
- **Empfehlung:** Stärkere Ausrichtungen auf gesundheitsförderliche & präventive Konzepte
- Geforderte Organisationsentwicklung für Umsetzung von § 5 SGB XI aufgrund finanzieller, personeller u. weiterer Begrenzungen schwierig in Umsetzung, wenn Abgrenzungen bleiben
- **Empfehlung:** § 5 SGB XI auf partizipative OE für Umsetzung von Prävention & Gesundheitsförderung verstehen, Abgrenzungen von anderen §§ aus Leitfaden entnehmen

Zusammenfassung & Ausblick

- Präventive Potenziale pflegerischer Berufsgruppen im Präventionsgesetz nicht berücksichtigt
- Verrichtungsorientiertes Verständnis von Gesetzgeber u. Entscheidungsträgern zu pflegerischer Versorgung wird mit Präventionsgesetz fortgesetzt
- **Empfehlung:** für zukünftige Reformmaßnahmen für Prävention in pflegerischer Versorgung präventive & gesundheitsförderliche Potenziale u. Berufsprofile berücksichtigen (z.B. Public Health Nursing, Community Health Nursing, Health Visitor u.ä.)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontaktdaten:

Prof. Dr. rer. medic. habil. Martina Hasseler

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen

Schwerpunkt in Lehre & Forschung: Gerontologie • Gesundheitswissenschaften • Rehabilitation

Rothenfelder Str. 6 - 10

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 8922 23250

Fax: 05361 8822 23251

Email: m.hasseler@Ostfalia.de

Web: www.ostfalia.de/cms/de/pws/hasseler/index.html

Literatur:

GKV-SV (2016): Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

GKV-SV et al. (2016): Bunderahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V

Hartmann, T. et al. (2016): Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Status quo, Herausforderungen und Chancen im Kontext des Präventionsgesetzes. In: Prävention und Gesundheitsförderung 11:203-205

Hasseler, M. (2011): Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege – ein konzeptioneller Ansatz. Juventa Verlag: Weinheim

Hasseler, M. (2006): Potenziale pflegerischer Berufe in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 3:1:16-21

Meierjürgen, R. et al. (2016): Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland. In: Prävention und Gesundheitsförderung 11:206-213

Pohlmann, S. (Hrsg.) (2017): Alter und Prävention. Springer VS, Wiesbaden

Back-Up

<p>Public Health Nurse [5, 9, 14, 15, 22, 29]</p>	<p>Der Fokus liegt nicht in der direkten Pflege von Individuen in gemeindenahen Bereichen. Public Health Nurses unterstützen die direkte Pflege durch Einschätzung, Evaluation der Individuen im Kontext von definierten Bevölkerungsgruppen. Gemeinsam mit anderen Berufsgruppen planen, entwickeln und unterstützen sie eine gemeinsame Gesundheitsversorgung in gemeindenahen Bereichen. Die Arbeit, Aufgaben und Tätigkeiten sind auf größere Bevölkerungsgruppen fokussiert.</p>	<p>Gesundheit von bestimmten Bevölkerungsgruppen zu fördern und zu schützen sowie Krankheiten zu verhindern. Eine der Hauptziele ist die Verbesserung der Gesundheitslage sowie Lebensqualität von Bevölkerungsgruppen.</p>
<p>Community Health Nurse [3, 7, 21]</p>	<p>Der Hauptfokus liegt in der Gesundheitsförderung, in der Prävention von Krankheiten, Beschaffung, Koordination sowie Integration von adäquaten Dienstleistungen. Die Perspektive ist sowohl auf Individuen als auch auf Bevölkerungsgruppen in Gemeinden bezogen.</p>	<p>Die Gesundheit und Bedarfe des Wohlbefindens von Bürgern/innen in Kommunen zu verbessern bzw. zu erfüllen.</p>

<p>Health Visitor [1, 6, 8, 13]</p>	<p>Stärkung von Menschen und Übernahme der Verantwortung für die Gesundheit von Individuen, Familien und Kommunen durch die Förderung von Gesundheit bzw. Umsetzung u. Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitspolitik. Arbeitsbereiche sind sowohl auf kommunaler als auch auf individueller Ebene angesiedelt. Hauptfokus liegt auf Bevölkerungsgruppen.</p>	<p>Die Auswirkungen von Krankheiten, Dysfunktionen und Behinderung zu vermindern bzw. präventiv anzugehen.</p>
<p>Family Health Nurse [22, 28, 29]</p>	<p>Der Schwerpunkt liegt auf Familien und Individuen aller Altersgruppen in geographisch definierten Gebieten. Sie werden in kritischen Perioden im Leben ihrer Klienten/innen aktiv und achten auf die Bedürfnisse marginalisierter und vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Es geht um die Erfüllung der Bedürfnisse von Familien innerhalb von Kommunen.</p>	<p>Durch Empowering Familien darin zu unterstützen, Verantwortung zu übernehmen und informierte Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheitsentwicklung zu treffen.</p>

Herausforderung: Präventionsgesetz schließt Empowerment Personal aus

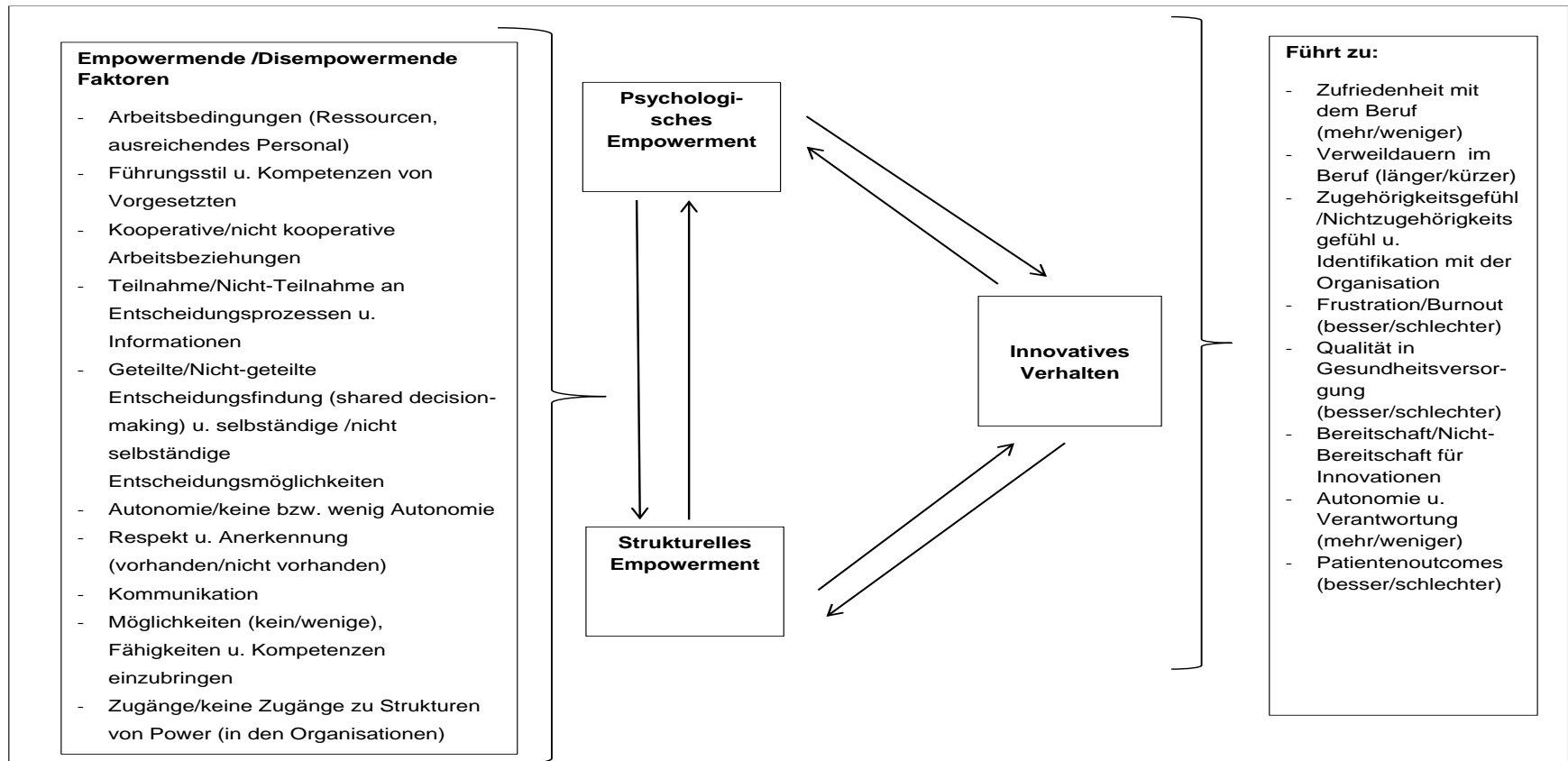


Abb. 2 Empowerment für und in der Pflege (Quelle: eigene Darstellung)

Personalsituation i.d. stationären Einrichtungen

„Wenn Pflegekräfte keine Zeit haben, dann bedeutet das eben nicht nur, dass sie sich nicht mit einem unterhalten können. Das bedeutet vor allem, dass unter Umständen Tätigkeiten wie Mobilisation und Anleitung zur Selbstständigkeit kaum bzw. nur unter hohem Zeitdruck durchgeführt werden können. Dann wird man eben im Bett gewaschen, statt ins Bad begleitet. Dann wird der pflegebedürftigen Person das Essen halt eingegeben oder vielleicht gleich eine Magensonde gelegt. Dann wird ein verwirrter Mensch halt im Bett fixiert, anstatt dass man ihn anderweitig beruhigt oder beschäftigt. Das geht schneller, verstärkt aber auch die Pflegebedürftigkeit. Wenn diese Dinge passieren, werden Betroffene buchstäblich "ins Bett gepflegt". (Beatrice Habberger, <http://www.jetzt.de/job/unterschaetzter-beruf-krankenpflegerin>, Zugriff am 14.02.2016)

Fehltage u. Vakanzzeiten

„Die Krankheitsquote ist der inoffizielle Pflegestreik.“

(<http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2016-08/altersheimen-pflege-personal-mangel-arbeitsbedingungen>, letzter Zugriff: 13.09.2016).

Herausforderung: Finanzierung d. Leistungen

- **finanzierte u. nicht finanzierte Leistungen** in stationärer Langzeitpflege
- **Nicht finanzierte Leistungen:** als wichtig erachtet, aber nicht in Pauschalen o. in Pflegesätzen u. damit nicht in Personalbedarfsermittlung einbezogen
- **Nicht finanzierte Leistungen:** z.B. Beratung von Angehörigen, Infektionsprävention, Hygiene, Qualitätsmanagement, Organisation, Koordination
- **Nicht finanzierte Leistungen:** machen 64% d. Aufgabenkomplexe in Einrichtungen aus
- **D.h.:** Input von Ressourcen wie bspw. Pflegepersonal wird durch Pflegekassen, MDK, Aufsichtsbehörden beeinflusst, wie auch Durchführung d. Prozesse u. Ergebnisse

(Freund 2015)