

Pflege-Report 2016

„Die Pflegenden im Fokus“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmei /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 151-167



10	Pflegen, Kümmern und Begleiten: Berufspolitische Entwicklungspfade zur Sorgearbeit vor Ort	151
	<i>Denise Becka, Uwe Borchers und Michaela Evans</i>	
10.1	Einleitung.....	152
10.2	Fallbegleitung als Option berufspolitisch inspirierter Versorgungsgestaltung.....	155
10.2.1	Lotsen und Helfer in der Gesundheitsversorgung: Erfahrung als Schlüssel für die Verbesserung sektorenübergreifender Versorgungsprozesse vor Ort.....	157
10.2.2	Begleiter und Assistenten: Zuwendung als Leistung spezialisierter Tätigkeitsprofile.....	160
10.2.3	Fallmanager aus der Hausarztpraxis: Von der Arztentlastung zur berufspolitischen Aufwärtsstrategie	162
10.3	Diskussion	163
10.4	Ausblick	165

10 Pflegen, Kümern und Begleiten: Berufspolitische Entwicklungspfade zur Sorgearbeit vor Ort

Denise Becka, Uwe Borchers und Michaela Evans

Abstract

In den letzten Jahren hat sich „Case Management“ als Leitformel für mehr Patientenorientierung etabliert. In zahlreichen Projekten wurden vielfältige Varianten einer stärker nutzerorientierten Sorgearbeit erprobt. Exemplarisch stehen dafür Gesundheitshelfer/innen, Schlaganfall-Lots/innen, Demenzbegleiter/innen, Alltagsbegleiter/innen, Seniorenbetreuer/innen, Entlassmanager/innen, Betreuungskräfte, Versorgungsassistent/innen u. a. m. Bei wachsender Vielfalt fehlen dennoch Kümmerer und Fachkräfte vor Ort. Und mit der Vielfalt steigt die Unübersichtlichkeit: Wer hat welche Zuständigkeit? Wer übernimmt welche Aufgaben, und wer koordiniert die Versorgung? Sorgearbeit wird auch zum Wettbewerbsfaktor personenbezogener Dienstleistung. Insbesondere in der Versorgungsforschung wird nach wie vor auf die Notwendigkeit ganzheitlicher Aufgabenzuschnitte für den Professionalisierungs- und Aufwertungsprozess, insbesondere in der Pflege, hingewiesen. Faktisch deuten aktuelle Entwicklungen darauf hin, dass – so die These des Beitrags – anstelle einer sachlich notwendigen und sozial wünschenswerten Integration zuwendungsorientierter Aufgaben in bestehende und etablierte Berufsbilder die Lösung von Versorgungsproblemen in zum Teil beruflich formalisierte Spezialzuständigkeiten verlagert werden. Am Rande der Pflegearbeit entwickeln sich neue Formen der Sorgearbeit vor Ort. Hier gilt es in den kommenden Jahren zu beobachten, wie sich Strategien der Arbeitsmarktintegration (z. B. durch schnellere und niedrighschwellige Einstiege in das Berufsfeld Gesundheit und Pflege) zum berufspolitischen Anspruch auf ganzheitliche Aufgabenzuschnitte und zu einer berufsimmanenten Stärkung der Nutzer- und Patientenorientierung verhalten.

In recent years, “case management” has been established as a guiding principle for more patient orientation. In numerous projects, a wide variety of user-centered care work has been tried. Exemples are health workers, stroke guides, dementia companions, everyday companions, companions for the elderly, hospital discharge managers, health care assistants etc. In spite of the increasing diversity, on-site caregivers and professionals are still missing. With diversity, complexity increases: Who assumes what responsibility? Who coordinates the supply of care work? Care work is also a competitive factor of patient-centred services. Particularly health care researchers point out the need for holistically designed tasks for the process of professionalisation in nursing. Current devel-

opments indicate that the problems concerning care work are shifted to partly professionally formalised special responsibilities rather than integrating objectively necessary and socially desirable patient-centered tasks in existing and established careers. New forms of care work are developing locally. It is important to watch the relation of strategies of labour market integration (eg. by quicker and low-threshold access points to the occupational field of health care) on the one hand and the professional claim of holistically designed tasks and a strengthening of patient orientation on the other hand.

10.1 Einleitung

Die demografische Alterung, epidemiologische Entwicklungen sowie Veränderungen in den Morbiditätsstrukturen stellen neue und zunehmend komplexere Anforderungen an die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Die Versorgungsforschung hat in den vergangenen Jahren wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass Versorgungsinfrastrukturen und -aufgaben künftig zunehmend regional und kleinräumiger, etwa auf Stadtteil- und Quartiersebene, organisiert werden müssen. Damit wird nicht zuletzt die Hoffnung verbunden, Versorgungsbrüche zu vermeiden, Versorgungsbrücken für Menschen im Übergang der Versorgungssektoren zu schaffen und den lebensweltlichen Bezug in der Versorgungsgestaltung zu stärken. Ein weiteres Ziel ist es, Information, Betreuung und Begleitung bedarfsorientiert organisieren und vorhalten zu können. Die bisherigen Antworten lagen mit Blick auf die pflegerische Versorgung vor allem in der Etablierung, Erprobung und Verbreitung verschiedener Ansätze des Case Managements (Ewers und Schaeffer 2000), mit besonderem Fokus auf Fragestellungen der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung im Alter (Kuhlmei und Schaeffer 2008) und neuerlich mit Verbindung zu Fragestellungen der ländlichen Versorgung u. a. durch Primärversorgung und kommunale Gesundheitszentren (Schaeffer et al. 2015). Das durchgängige Plädoyer geht in Richtung einer an internationalen Debattenlagen orientierten, bedarfsgerechten und am Einzelfall angepassten Betreuung und Pflege in Verbindung mit lokaler Infrastruktur im Sinne einer sorgenden Gesellschaft im kommunalen Setting (Klie 2014; Klie et al. 2015).

Einer der wichtigen Impulse für gesundheitsbezogene Fallbetreuung erfolgte 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und erfährt gegenwärtig seinen Ausbau mit den Stärkungsgesetzen zur Pflege. Während zunächst mit dem § 7a SGB XI die Beratung zu Fragen der Pflege aufgegriffen und mit dem § 92c SGB XI in der Form der Pflegestützpunkte mit Infrastruktur unterlegt wurde, geht es aktuell um die Perspektive einer stärker in der Kommune verankerten Pflegeberatung im Sinne der *Community Health Care*. Nicht nur semantisch, auch konzeptionell vollzieht sich damit eine Akzentverschiebung von der reinen „Fallorientierung“ hin zu „kümmernden“ und gleichwohl koordinierenden Aufgaben professioneller Gesundheitsberufe. Wobei wiederum insbesondere die Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegefachberufe für die Entwicklung der neuen Versorgungsarrangements auch unter dem Label eines steuernden Care Managements hervorgehoben werden.

Wer Leistungen der Pflege, der Unterstützung pflegender Angehöriger oder der Hilfsmittelversorgung sucht, der hat die Qual der Wahl. Denn mit dem Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit Wirkung ab Januar 2009 für jeden Pflegebedürftigen die Möglichkeit einer erweiterten, individuellen Pflegeberatung vorsieht, ist bundesweit eine umfangreiche, vielfältige und kaum überblickbare Landschaft an Beratungs- und Hilfeangeboten entstanden. Die Pflegekassen setzten das Beratungsangebot auf unterschiedliche Weise um (z. B. Pflegestützpunkte). Vom GKV-Spitzenverband liegt ein Zwischenergebnis zu den bisherigen Erfahrungen mit dieser Beratungsinfrastruktur vor, in dem sich Nutzer der Pflegeberatung besonders dann zufrieden mit dem Beratungsangebot zeigten, wenn diese mit Fallmanagement arbeiteten (GKV-Spitzenverband 2012). Eine Empfehlung zur inhaltlichen Orientierung der Beratungsleistung am Case Management sprach der GKV Spitzenverband bereits 2008 aus.

Es gibt inzwischen aber auch viele andere Anlaufstellen z. B. in den Städten und Gemeinden, der Selbsthilfe, der Wohlfahrtsverbände oder der Verbraucherberatung usw. Wer Rat sucht, dem helfen inzwischen auch Online-Portale, die eine Übersicht über die Hilfsstrukturen liefern (z. B. vom Zentrum für Qualität in der Pflege unter <http://bdb.zqp.de>). Die berufliche Qualifikation der Beratenden ist in diesem Feld ebenso heterogen wie die Angebote selbst. Den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes folgend eignen sich zur Pflegeberatung im Sinne des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes vor allem ausgebildete Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsangestellte oder Sozialarbeiter/innen. Nicht zu überblicken ist derzeit, welche Qualifikations- und Kompetenzprofile in der Beratungslandschaft insgesamt anzutreffen sind und wie weit dabei das Modell des Case Managements als Leitorientierung tatsächlich greift.

Im § 11 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurde zudem ein genereller Anspruch der Versicherten auf ein umfassendes Versorgungsmanagement eingeführt. Das hatte gestiegene Anforderungen an Kooperation zur Folge, insbesondere zwischen Pflegeberatung und Pflegeeinrichtungen. In der Folge wiederum gewann das Case und Care Management an weiterer Attraktivität. Allerdings konnte ein integriertes Versorgungsmanagement (wie ursprünglich nach § 140ff SGB V vorgesehen) in der Fläche bislang keinen Raum greifen. Parallel zu dieser Entwicklung vollzieht sich im Kontext der Altenhilfe eine weitere, den Ruf nach Case und Care Management steigernde Entwicklung, die allerdings ihre Wurzeln in einer starken Verdichtung der Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen in der Altenpflege hat. Mit § 45b und § 87b SGB XI wurden Betreuungsassistenten in der ambulanten bzw. stationären Altenpflege eingeführt. Diese Tätigkeiten sind auf die Alltagsbegleitung bezogen: Betreuungsassistenten sorgen für Unterhaltung, Spiel und Alltagsunterstützung von Menschen mit Pflegebedarf, sie sind allerdings formal pflegerisch nicht aktiv. Gleichwohl sind die Grenzen betreuender und pflegerischer Tätigkeit im konkreten Arbeitsprozess nicht selten fließend.

Ein weiterer Bereich umfasst indikationsbezogene Varianten des Case Managements im engeren Sinne. Hier entwickelt sich in Modellversuchen und Pilotprojekten seit wenigen Jahren ein zunehmend heterogenes Feld an Tätigkeiten und noch nicht beruflich verfassten Aufgabefeldern, vielfach jenseits der etablierten Gesundheitsprofessionen. Die wachsende Bedeutung eines komplexeren Umgangs mit der Versorgung älterer, oft multimorbid erkrankter Menschen führt z. B. zu einem

regionalen Versorgungsmanagement Geriatrie. Die Versorgungsbrüche in der Schlaganfall-Nachsorge führen zu einer neuen Variante sektorenübergreifenden Fallmanagements in der Schlaganfallversorgung. Für die komplexer werdenden Versorgungsfragestellungen in der Demenzbetreuung, in der Wundversorgung insbesondere älterer Menschen, in der Palliativversorgung u. a. m. differenzieren sich „vor Ort“ zunehmend Tätigkeitsfelder aus, die alle mehr oder weniger explizit Bezug auf Case Management nehmen, im Ergebnis jedoch auch darüber hinaus reichende „kümmernde“ Tätigkeitsanteile aufweisen. Jenseits der engeren pflegerischen Versorgung entwickelt sich auch in der hausärztlichen Versorgung, oft aus dem Begründungszusammenhang eines drohenden Hausärztemangels, ein Tätigkeitsspektrum, das an der Schnittstelle arztentlastender sowie pflegerisch begleitender Tätigkeiten angesiedelt ist (EVA, VerAH, AGnES, etc.) und das dazu beitragen soll, Menschen gezielter, individueller und präventiv orientiert im häuslichen Umfeld zu versorgen und zu begleiten.

Der vorliegende Beitrag thematisiert die skizzierten Arbeits- und Tätigkeitsfelder als Ausdruck unterschiedlicher berufs- und auch unternehmenspolitischer Strategien. In einem ersten Schritt wird explorativ aufgezeigt, welche berufspolitischen Zugriffe, Zugangsvoraussetzungen und Entwicklungspfade sich derzeit mit, komplementär zu und auch jenseits der Pflege in der Sorgearbeit vor Ort nachzeichnen lassen. Auch wenn bislang die arbeitsmarktpolitische Dimension der im Folgenden skizzierten Beispiele noch relativ gering ist, so deuten die nachfolgenden Überlegungen und Erfahrungen aus konkreten Projekten auf eine entscheidende Entwicklungstendenz hin: Statt einer grundlegenden Re-Organisation der Aufgabenkomplexe auf Basis vorhandener Qualifikationen und Kompetenzen verlagern sich Integrations- und „Kümmerer“-aufgaben derzeit in ein sich ausdifferenzierendes Berufssystem. Es öffnen sich Entwicklungspfade zu neuen Spezial-,berufen“, zur Weiterentwicklung und Aufwertung bestehender Berufsbilder oder zu erfahrungsbasierten Neuzuschnitten von Aufgaben. Aus professionspolitischer Sicht werden hiermit Pfade beschritten, die in den Wettbewerb der Gesundheitsprofessionen um die Koordination, Organisation und um die individuelle Begleitung vor Ort führen: Wer steuert? Diese Entwicklung korrespondiert durchaus mit unternehmenspolitischen Strategien, auf die abschließend nur cursorisch eingegangen wird. Unklar ist derzeit, welche Konsequenzen die nachfolgend skizzierten Entwicklungen mittelfristig für die Aufwertungsstrategien etablierter und neuer Berufsfelder zum einen und für die Integration im Versorgungsprozess zum anderen haben werden. Szenarien zur Entwicklung regionaler Versorgungslandschaften fokussieren derzeit jedenfalls – so die Bilanz – zu einseitig auf professions- und einrichtungsspezifische Modernisierungspfade. Der Beitrag versteht sich in diesem Zusammenhang als Exploration differenzierter berufspolitischer Entwicklungspfade in die Sorgearbeit vor Ort.

10.2 Fallbegleitung als Option berufspolitisch inspirierter Versorgungsgestaltung

Zunächst ein kurzer Blick auf die quantitative Dimension und Entwicklung der Pflegearbeit: Im Jahr 2013 waren rund 320 077 Menschen in der ambulanten Pflege im Rahmen des SGB XI sowie weitere 685 447 Beschäftigte in Pflegeheimen in Deutschland tätig. Zwischen 2011 und 2013 ist die Beschäftigung sowohl in den ambulanten Diensten (+ 10,1; + 10,3 % nach geschätzten Vollzeitäquivalenten) als auch in den Pflegeheimen gestiegen (+ 3,7 %, + 2,4 % nach geschätzten Vollzeitäquivalenten). Die Zuwächse des Personals im ambulanten Bereich haben sich gegenüber den Personalzuwächsen in Pflegeheimen deutlich dynamischer entwickelt. Betrachtet man die berufsgruppenspezifischen Zuwächse, so zeigt sich, dass in der ambulanten Altenhilfe insbesondere die Berufsgruppe der „staatlich anerkannten Altenpflegehelfer“ (+ 20,3 %, nach geschätzten Vollzeitäquivalenten), die Beschäftigtengruppe „Sonstiger Berufsabschluss“ (+ 16,9 %) sowie die „staatlich anerkannten Altenpfleger“ (+ 16,3 %) die höchsten Beschäftigungszuwächse im Untersuchungszeitraum zu verzeichnen hatten. Einen Rückgang der Beschäftigung mussten hingegen insbesondere die „Familienpfleger mit staatlichem Abschluss“ (–8,1 %) verzeichnen. In den Pflegeheimen konnten die Berufsgruppen der „staatlich anerkannten Altenpflegehelfer“ (+ 16,0 %, nach geschätzten Vollzeitäquivalenten), die „Dorfhelfer mit staatlichem Abschluss“ (+ 21,1 %) sowie die „staatlich anerkannten Altenpfleger“ (+ 6,7 %) und die „Beschäftigten mit Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität“ Beschäftigungszuwächse verzeichnen (+ 6,8 %). Auffallend präsentieren sich im Untersuchungszeitraum hingegen die Beschäftigungsverluste in den Berufsgruppen der „Heilpädagogen“ (–13,7 %), der „Heilerziehungspflegehelfer“ (–7,8 %) sowie der „Heilerziehungspfleger; Heilerzieher“ (–6,4 %) (Statistisches Bundesamt 2015).¹

Der folgende Abschnitt zeichnet aktuelle Entwicklungen in ausgewählten Arbeitsfeldern mit patienten- und pflegenahen informierenden, koordinierenden, betreuenden und begleitenden Tätigkeiten nach. In den Blick genommen werden exemplarische Berufe und Arbeitsfelder der Case Manager/innen, Schlaganfall-Lots/innen, Gesundheitshelfer/innen, Seniorenbegleiter/innen, Demenzbegleiter/innen, Betreuungsassistent/innen sowie die Nichtärztlichen Praxisassistent/innen. Diese genannten Berufs- und Tätigkeitsprofile zielen zunächst allgemein darauf ab, für Patient/innen und Klient/innen an deren individuelle Situation angepasste Gesundheits- und Fürsorgeleistungen zu koordinieren oder zu erbringen. Indem die Beschäftigten aus einer einzelfallorientierten Perspektive heraus handeln, sollen sie mit Blick auf die Komplexität des Leistungsangebots im Gesundheitswesen eine *komplementäre und/oder integrierende Funktion* im Sinne einer ganzheitlichen, kontinuierlichen Versorgungsgestaltung erfüllen. Eine ganzheitliche, kontinuierliche Versorgung soll auf der einen Seite durch die *Koordination komplexer, sektoral getrennter Leistungen* mithilfe von Lotsenfunktionen im Gesundheitswesen realisiert werden. Auf der anderen Seite werden *fehlende Integrations- und Zu-*

¹ Ergänzend: In deutschen Krankenhäusern waren im Jahr 2014 insgesamt 318 749 Vollkräfte im Jahresdurchschnitt in der Pflege beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2015a).

wendungsanforderungen in bestehende Versorgungsarrangements implementiert. Ein Beispiel hierfür ist die zuwendungsorientierte Betreuung durch Alltagsbegleiter/innen und Betreuungsassistent/innen, die in vielen Pflegearrangements beispielsweise aufgrund hoher Arbeitsverdichtung nicht ausreichend gewährleistet werden kann.

Mit Blick auf das Arbeitsfeld des Case Managements² darf an dieser Stelle nicht vergessen werden, dass „Fallorientierung“ und „Fallmanagement“ ihren Ursprung in der Sozialarbeit haben, d. h. die individuelle, sozialraumorientierte Unterstützung von Menschen in krisenhaften Lebenssituationen war lange Zeit eine berufspolitische Domäne der Sozialarbeiter/innen. Grundsätzlich liegt der Auftrag des Case Management darin, aus der Perspektive des Einzelfalls alle notwendigen Leistungen im Sinne einer kontinuierlichen Versorgung zu koordinieren. „Ziel des Case Managements ist die Organisation und Aufrechterhaltung eines Unterstützungssystems, das sich an den individuellen Bedürfnissen einer Person orientiert. Zum anderen initiiert und organisiert das Case Management aus der Kenntnis der Einzelfälle auch fallübergreifende Versorgungsnetzwerke, die später vor allem die Zusammenarbeit unterschiedlicher Unterstützungsbereiche mit ihren jeweiligen Zugangs- und Zuständigkeitsregeln erleichtern sollen.“ (Monzer 2013, S. 1)

Wie aus dieser Zielsetzung ersichtlich wird, manifestiert sich das Moment des „Kümmerns“ nicht nur in der individuellen Fallkoordination, sondern auch in der Systemsteuerung und Netzwerkarbeit. Innerhalb des Anwendungsgebiets Gesundheit und Pflege sind unterschiedliche Facetten des Case Management erkennbar, die auf verschiedenen rechtlichen Grundlagen³ basieren. Entsprechend können Case Manager im Krankenhaus, in Rehabilitations-Einrichtungen und Pflegeheimen, aber auch in ambulanten Einrichtungen sowie bei Krankenkassen tätig sein. Das Entlassmanagement im Krankenhaus war in der Vergangenheit überwiegend durch den Sozialdienst besetzt. In den vergangenen Jahren konnte hier eine Verschiebung des Tätigkeitsspektrums von den Sozialdienstmitarbeiter/innen hin zu professionalisierten Case Manager/innen als neuer Berufsgruppe mit erweitertem Aufgabenspektrum beobachtet werden (Dettmers 2010).

Case Manager kümmern sich um die Organisation passgenauer Hilfsangebote für Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf. Entsprechend erbringen Case Manager zwar Betreuungsleistungen, diese bestehen jedoch mehr in der *Vermittlung und Integration* als in der gesundheitsbezogenen Intervention. Hierfür wird im Case Management folgendes Ablaufschema angewendet: Fallklärung, Assessment/ Reassessment, Serviceplanung, Leistungssteuerung, Vermittlung und Vernetzung sowie Monitoring und Evaluation. In seiner Funktionsweise nimmt das Case Management mehrschichtige Perspektiven ein: Advocacy (anwaltschaftliche Funktion zur Stärkung der Kundensouveränität), Broker (*neutrale Vermittlung* zwischen Kli-

2 Der Begriff „Case Management“ ist zunächst nicht originär auf ein bestimmtes Tätigkeitsfeld festgelegt; so unterscheiden sich die Anwendungsgebiete des Case Management z. B. in Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfen bei Arbeitslosigkeit, sowie das Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen.

3 Vgl. z. B. § 11 SGB V (Versorgungsmanagement); § 39 Abs. 1a SGB V (Entlassmanagement); § 140a SGB V (Besondere Versorgung); § 7a SGB XI (Pflegerberatung); § 92c SGB XI (Pflege- stützpunkte).

enten- und Ressourcensystem), Gate Keeper (*Zuteilung* der notwendigen Ressourcen) sowie Empowerment (*Förderung* der Handlungs- und Entscheidungskompetenzen der Klienten) (vgl. Monzer 2013; Klie 2011; Wendt 2010). Insbesondere die Advocacy-Funktion des Case Management stellt hohe Anforderungen an Case Manager hinsichtlich der persönlichen Souveränität, Durchsetzungsfähigkeit, des komplexen Wissens und Verstehens sowie der Gestaltung interpersonaler Beziehung (Monzer 2013). Auch in Krisen oder schwer zu bewältigenden Situationen leisten Case Manager direkte soziale Unterstützung (vgl. Wissert 2001). In diesem Sinne spielt, auch wenn die Leistungsvermittlung im allgemeinen Fall keine Tiefenbetreuung darstellt, die interpersonale Beziehung zwischen Klient und Case Manager eine wichtige Rolle.

Qualifiziert werden Case Manager in berufsbildenden Institutionen, die eine entsprechende Zertifizierung besitzen müssen, um einen anerkannten Berufsabschluss zu garantieren. Entsprechende Angebote werden von Universitäten, Fachhochschulen, von Kassenärztlichen Vereinigungen, Consulting-Unternehmen oder von einzelnen Bildungsträgern angeboten. Rund 64 Bildungsinstitutionen sind derzeit nach der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC e. V.) zertifiziert und in der Qualifizierung aktiv. Die Berufsbildung erfolgt im Rahmen einer Weiterbildung mit der Voraussetzung eines qualifizierten Berufsabschlusses⁴. Die DGCC e. V. hat für die Ausbildung einheitliche Standards der Weiterbildung⁵ mit Schwerpunkten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der Beschäftigungsförderung definiert, um die Qualität der Aus- und Weiterbildung zu sichern. Ausgehend von diesem allgemeinen Zugriff auf Gegenstand, Funktionen und Ziele des Case Managements sollen im Folgenden professionspolitische Entwicklungspfade vergleichend unter die Lupe genommen werden.

10.2.1 Lotsen und Helfer in der Gesundheitsversorgung: Erfahrung als Schlüssel für die Verbesserung sektorenübergreifender Versorgungsprozesse vor Ort

Ein Schlaganfall ist eine der häufigsten Ursachen für zum Teil lebenslange Einschränkungen und Behinderungen. Die Schlaganfallversorgung ist ein komplexer Prozess, der zugleich durch zahlreiche Brüche in der Versorgungskette gekennzeichnet ist. Einen Beitrag zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung leisten sogenannte „Schlaganfall-Lotsinnen“. In der Region Ostwestfalen-Lippe wurde in einem Modellprojekt ein qualitätsgesichertes Case Management als sektorenüber-

4 Zugelassen zur Weiterbildung sind Absolvent/innen eines Hochschulstudiums in einem humanwissenschaftlichen Studiengang mit einjähriger Berufserfahrung sowie Absolventen eines nicht-humanwissenschaftlichen Studienganges mit dreijähriger Berufserfahrung. Es können auch Absolventen von Fachschulen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie Absolventen einer anderen Berufsausbildung im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen und der Beschäftigungsförderung zur Weiterbildung zugelassen werden. Voraussetzung ist hier eine mindestens sechsjährige Berufserfahrung in einem humandienstlichen Arbeitsfeld sowie ein Nachweis über den Erwerb personaler, methodischer, beraterrelevanter und sozialrechtlicher Kompetenzen.

5 <http://www.dgcc.de/cm-ausbildung/> (06.11.2015)

greifender Ansatz erprobt⁶. Im Ergebnis konnte gezeigt werden: Die Schlaganfall-Lotsinnen tragen zur verbesserten Qualität der Versorgung bei. Sie begleiten Schlaganfall-Patient/innen und deren Angehörige im Allgemeinen über die Dauer eines Jahres im Rahmen einer individuellen Fallbetreuung, unterstützen bei der Suche nach geeigneten therapeutischen Maßnahmen und Anschlussbehandlungen, beraten zu Angeboten der Sekundärprävention und fördern die individuelle Lebensstiländerung. Das Versorgungsangebot der Schlaganfall-Lotsinnen folgt dem Konzept eines integrierten Case Managements im Sinne eines standardisierten und qualitätsgesicherten Verfahrens mit dem Ziel, eine selbständige Lebensführung und Lebensqualität zu erhalten und wiederherzustellen.

Die beratende, informierende und koordinierende Tätigkeit der Schlaganfall-Lotsinnen beruht im Kern auf Kommunikationsarbeit. Fünf Schlaganfall-Lotsinnen betreuten die insgesamt 350 in das Modell eingeschlossenen Patient/innen und deren Angehörige in der Regel über die Dauer eines Jahres. Welche Patienten in das Modellprojekt einbezogen werden, entscheiden in der Regel die Schlaganfall-Lotsinnen auf der Stroke Unit oder während der stationären Rehabilitation. Im Rahmen des Modellprojektes verfügte das Lotsenteam über Qualifikation und mehrjährige Berufserfahrung im Bereich der neurologischen Intensivpflege, der psychiatrischen Pflege, der Logopädie und des Sozialdienstes. Auf der Grundlage eines qualitätsgesicherten Case Managements, das durch die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe entwickelt wurde, begleiten und betreuen die Lotsinnen die Patienten sektorenübergreifend. Die grundlegend standardisierte Prozedur wurde in kontinuierlichen Qualitätszirkeln der Lotsinnen fallbezogen angepasst und dokumentiert. Die prozessbegleitende Evaluation zeigte mit Blick auf die Tätigkeiten, die von den Lotsinnen dokumentiert wurden, die folgenden Schwerpunkte: (1) *Begleiten und Beraten*, (2) *Koordinieren und Organisieren*, (3) *Monitoring*. Auf der Grundlage des Case Managements berichten die Lotsinnen auch über interpersonale Beziehungen, die sie zu den Patienten und ihren Angehörigen aufgebaut haben, aus deren Perspektive sich wiederum die Betreuung durch die Lotsinnen zu einem emotional ausgeprägten „Kümmern“ entwickelte. Die hohe Kommunikationsdichte förderte diese über die sachliche Fallbegleitung hinausreichende Funktion der Lotsinnen, die sich möglicherweise auch stabilisierend auf die gesundheitliche Situation und die Eigenmotivation der Patienten für sekundärpräventive Maßnahmen auswirkte. Diese Effekte sind im Sinne klinischer Studienergebnisse zwar wenig belastbar, dennoch sind die im Rahmen der Evaluation durchgeführten Patientenbefragungen geprägt durch Schilderungen positiv erlebter Zuwendung, subjektiv empfundener Motivation und konkreter Hilfe in der Bewältigung einer kritischen Lebens- bzw. Erkrankungssituation. Schlaganfall-Lotsinnen stellen weder eine eigenständige Berufsgruppe mit eigenem Berufsrecht dar noch ist die Bezeichnung „Schlaganfall-Lotse“ als eigenständiger Beruf geschützt, es existiert bislang auch keine akkreditierte Fortbildung.

Auch ältere, oft multipel erkrankte Menschen haben komplexe Versorgungsbedarfe. Ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit wird häufig als Präferenz beschrieben und gilt gemeinhin als gewünscht. Die damit verbundene Erwartung,

6 „Etablierung einer sektorübergreifenden optimierten Schlaganfall-Versorgung in der Region Ostwestfalen-Lippe – Einführung eines qualitätsgesicherten Case Managements“, gefördert vom Land Nordrhein-Westfalen, Oktober 2013–Juli 2015.

eine aktive Alltagskompetenz und Lebensqualität auch im höheren Alter zu erhalten, kann durch ein systematisches geriatrisches Versorgungskonzept unterstützt werden. In Kooperation einer Akutklinik und eines Ärztenetzes in der ländlich strukturierten Region Ostwestfalen-Lippe wurde ein strukturiertes Case Management mit geriatrischem Schwerpunkt entwickelt und erfolgreich erprobt.⁷ Kern des Versorgungskonzeptes ist das Arbeitsfeld von „Gesundheitsshelferinnen“, die entlang eines standardisierten Verfahrens und nach den Grundsätzen eines geriatrischen Case Managements die Versorgungssituation älterer Menschen koordinieren.

Ziel des Einsatzes der Gesundheitsshelferinnen war es, für ältere Menschen den Zugang zur Versorgung zu erleichtern, Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu mindern oder zu vermeiden und Krankenhauseinweisungen, Wiedereinweisungen sowie Pflegestufen (bzw. nun Pflegegrade) zu vermeiden. Zudem sollte eine langfristige Stabilisierung in der vorliegenden Pflegestufe (nun: Pflegegrad) erzielt werden. Der besondere Versorgungsbedarf älterer Menschen wurde vielfach beschrieben (z. B. Kuhlmeier und Schaeffer 2008; Lübke 2009) und stellt insbesondere die Leistungserbringer in ländlichen Regionen vor besondere Herausforderungen (vgl. Gerlinger 2011; Sachverständigenrat 2009 und 2014)⁸. Die Gesundheitsshelferinnen bieten in dieser Situation eine komplementäre Dienstleistung und Unterstützung der Klinikärzte, der niedergelassenen Ärzte sowie der Therapeuten, Pflegenden und weiterer professioneller Hilfsangebote. Die Gesundheitsshelferinnen informieren, koordinieren und beraten die Patient/innen und deren Angehörige im Rahmen eines sektorenübergreifenden Fallmanagements in enger Abstimmung mit den behandelnden Hausärzt/innen und bei stationärer Behandlung mit den Ärzt/innen der Akutklinik. Der Patienteneinschluss erfolgt überwiegend über niedergelassene Ärzt/innen. Zumeist handelt es sich um solche Patienten, bei denen sich Funktionsverluste und Einschränkungen der selbständigen Lebensführung abzeichnen.

Im Verlauf des Modellprojektes wurden rund 750 Patient/innen in das geriatrische Case Management eingeschlossen. Im Wesentlichen handelte es sich dabei um Patienten ab einem Lebensalter von 70 Jahren und einer vorrangig geriatritypischen Multimorbidität oder um Patienten ab einem Lebensalter von 80 Jahren, die im Sinne der Altersgebrechlichkeit eine erhöhte Vulnerabilität aufwiesen (vgl. Bundesverband Geriatrie 2010). Im Sinne eines geriatrischen Versorgungsverbundes wurde in diesem Modellprojekt bereits frühzeitig der Aufbau eines sektorenübergreifenden Case Managements mit spezifischem Fokus auf die Zielgruppe älterer und multimorbider Patienten erfolgreich erprobt. Die Leistungen der Gesundheitsshelferinnen umfassen einen Hausbesuch mit geriatrischem Eingangsassessament, die Sozialanamnese, einen Medikamentencheck, eine individuelle Beratung und Erstellung eines Hilfeplans, die Information und Rückmeldung an den behandelnden Hausarzt, die Koordination der erforderlichen Unterstützung, ein telefonisches Monitoring nach drei bis vier Wochen sowie ein daran anknüpfendes Monitoring nach

7 „Regionales Versorgungskonzept Geriatrie“, gefördert durch das Land Nordrhein-Westfalen, Juli 2010 – Juni 2013.

8 Winter (2008) beschreibt als „Geriatrisierung“ des Berufsfelds die wachsende Inanspruchnahme von Leistungen durch ältere Menschen, in deren Folge weitreichende qualifikatorische Anforderungen an die Gesundheitsberufe entstünden, auf die deren Angehörige bislang kaum hinreichend vorbereitet seien.

individueller Bedarfslage. In der Entwicklung des Case Managements für geriatrische Patienten hat sich schnell gezeigt, dass zwar ein breites und umfangreiches Hilfe- und Unterstützungsangebot in der Region besteht, dieses aber vielfach nicht ausreichend bekannt war. Diese mangelnde Transparenz galt nicht nur für die Patienten und ihre Angehörige, sondern wurde auch durch die Professionellen, insbesondere die Ärzt/innen im Krankenhaus und in der Arztpraxis, bekundet. Die Modellphase des Projektes zeigte deutliche Transparenzeffekte für alle Leistungserbringer und die Gesundheitshelferinnen wurden nicht nur für die eingeschlossenen Patienten zum wichtigen Ansprechpartner in ihrem Krankheitsverlauf, sondern waren schnell auch zentrale Anlaufstelle und Informationsquelle für Fragen rund um die geriatrische Versorgung in der Region.

10.2.2 Begleiter und Assistenten: Zuwendung als Leistung spezialisierter Tätigkeitsprofile

Seit Juli 2008 haben Pflegebedürftige sowie Personen, die nach § 45a SGB XI beispielsweise aufgrund einer Demenzerkrankung, einer psychischen Störung oder geistigen Behinderung eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, einen gesetzlichen Anspruch auf Zuschüsse für *zusätzliche, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen* nach § 45b SGB XI. Niedrigschwellige Entlastungsangebote beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zur Bewältigung des Pflegealltags oder andere geeignete Maßnahmen. Die Höhe des Zuschusses beträgt in der Regel 104 Euro und kann für Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Betreuungsleistungen eines ambulanten Pflegedienstes⁹ oder ein nach Landesrecht anerkanntes niederschwelliges Betreuungsangebot eingesetzt werden. Für Pflegebedürftige und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in stationären Einrichtungen gilt nach § 87b SGB XI ebenfalls ein Anspruch auf zusätzliche Aktivierung und Betreuung.

Niedrigschwellige Betreuungsleistungen werden durch Seniorenbegleiter/innen (§ 45b SGB XI), Demenzbegleiter/innen (§ 45b SGB XI) sowie Betreuungsassistent/innen (§ 87b SGB XI) erbracht. Eingeführt wurde u. a., dass Pflegeheime für Personen, die einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf im Sinne des § 45a SGB XI aufweisen, zur Betreuung und Aktivierung zusätzliche Betreuungskräfte einstellen können und dies durch leistungsgerechte Zuschläge nach § 87b SGB XI honoriert wird. Seit 2013 besteht auch für teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege) die Möglichkeit, zusätzliche Betreuungskräfte mit entsprechender Refinanzierung durch die Pflegekassen einzusetzen.

Während Betreuungsassistent/innen ausschließlich in der stationären Altenhilfe tätig sind, beziehen sich die Leistungen nach § 45b SGB XI auf die ambulante Altenhilfe, die ehrenamtlich oder im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit erbracht

⁹ Betreuungsleistungen oder hauswirtschaftliche Dienste – ausgenommen sind Leistungen der Grundpflege.

wird: Im Kanon der Alltagsbegleiter/innen sind *Seniorenbegleiter/innen* unabhängig von der Art der Einschränkung im Einsatz, während *Demenzbegleiter/innen* im Hinblick auf das Krankheitsbild spezifischer geschult sind. Die Tätigkeiten der Senioren- und Demenzbegleiter/innen nach § 45b SGB XI umfassen Unterstützungsleistungen im Haushalt, bei der „Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags“, bei der Organisation von Leistungen sowie die Entlastung Pflegender (Angehöriger). Die Ausbildung ist nicht einheitlich geregelt und kann sich hinsichtlich der Inhalte und des Umfangs je nach Ausbildungsträger unterscheiden. Das Tätigkeitsprofil der *Betreuungsassistent/innen* nach § 87b SGB XI ist in den „Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen“ im Vergleich deutlich umfassender ausformuliert, nämlich Pflegebedürftigen und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mehr Zuwendung entgegenzubringen sowie deren soziale Teilhabe zu verbessern. Die Betreuungsleistungen zielen in hohem Maße auf Aktivitäten des alltäglichen Lebens (Spaziergänge, Begleitung zu Veranstaltungen, Brett- und Kartenspiele, Malen, Basteln, Musizieren), aber auch die Unterstützung im Haushalt ist Teil des Tätigkeitsspektrums sowie die Gesprächsführung, die insbesondere auch Gespräche über Sorgen und Nöte des zu Betreuenden umfasst. Laut Pflegestatistik waren im Jahr 2013 bundesweit rund 27 884 Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen tätig. Dies entspricht einem Anteil von rund 4,1 % an allen Personen, die im Jahr 2013 in stationären Pflegeheimen beschäftigt waren. Im Aufgabenfeld der Betreuungskräfte nach § 45b SGB XI waren auf Basis der Pflegestatistik im Jahr 2013 rund 10 477 Personen bundesweit tätig. Dies entspricht derzeit einem Anteil von rund 3,2 % an allen in der ambulanten Pflege beschäftigten Personen.

Ein therapeutischer oder pflegerischer Berufsabschluss ist für die drei beschriebenen Tätigkeitsfelder nicht erforderlich. Vielmehr können auch fachfremde Personen in das Berufsfeld einsteigen und eine Qualifizierung ohne zwingende Voraussetzungen beginnen. Somit sind nicht nur ehemalige Pflegefachkräfte unter den Alltagsbegleiter/innen zu finden, sondern auch Personen, die etwa aus kaufmännischen Berufen oder anderen fachfremden Berufen ausgestiegen sind (GKV Spitzenverband 2012a). Voraussetzungen für die Tätigkeit sind eine positive Haltung gegenüber kranken, behinderten und alten Menschen, soziale Kompetenzen und kommunikative Fähigkeiten, Beobachtungsgabe und Wahrnehmungsfähigkeit, Empathie- und Beziehungsfähigkeit. Die für die Alltagsbegleiter/innen und Betreuungsassistent/innen skizzierten Tätigkeiten haben vielfältige Bezüge nicht nur zur pflegerischen Arbeit, sondern auch zu therapeutischen Berufsfeldern. Entsprechend verschieben sich mit dem Einsatz von Alltagsbegleiter/innen und Betreuungskräften die Leistungsebenen und Professionsbezüge. An dieser Stelle ist im Vergleich zur eingangs beschriebenen Integration von Leistungen eine Leistungstrennung zu beobachten, die auch Konsequenzen für die Arbeit in der Pflege mit sich bringt. Insbesondere in der pflegewissenschaftlichen Debatte wird nach wie vor darauf hingewiesen, dass für den Professionalisierungs- und Aufwertungsprozess ganzheitliche Aufgabenkomplexe und Arbeitsvollzüge vonnöten sind. Faktisch zeigen diese Beispiele jedoch, dass zeitgleich auch eine Ausdifferenzierung informierender, betreuender und begleitender Aufgabenanteile im Rahmen pflegenaher Begleiter- und Assistenzberufe zu beobachten ist.

Damit kann – ganz im Sinne einer Professionalisierungsstrategie – eine komplementäre Funktion (d. h. die Überwindung einer Unterversorgung der Bewohner/innen und Patient/innen mit Zuwendung) und auch eine Entlastung der Pflegebeschäftigten im Arbeitsprozess verbunden sein. Perspektivisch stellt sich jedoch die Frage, ob und inwieweit diese Entwicklung in einem Spannungsverhältnis zur pflegewissenschaftlich und berufspolitisch sicher sinnvollen Forderung nach ganzheitlichen Aufgabenkomplexen bei den Pflegefachkräften steht. Zum anderen ist kritisch zu hinterfragen, für welche pflegerischen Berufsabschlüsse und Qualifikationsniveaus angesichts der finanziellen Rahmenbedingungen die Strategie, zunwendungsorientierte Arbeitsfelder und Tätigkeitsprofile auszulagern, perspektivisch Vor- und Nachteile bringen wird.

10.2.3 Fallmanager aus der Hausarztpraxis: Von der Arztentlastung zur berufspolitischen Aufwärtsstrategie

Auch andere Gesundheitsprofessionen engagieren sich für patientennahe Tätigkeiten des „Kümmerns“, ohne dass dies in ausdifferenzierte, niedrighschwellige Spezial„berufe“ mündet. Als eine Alternativstrategie werden entsprechende Tätigkeitsanteile in das bestehende Aufgabenportfolio integriert und befördern eine Aufwärtsstrategie und damit eine Aufwertung des Berufsbildes. Nichtärztliche Praxisassistent/innen sind Medizinische Fachangestellte (MFA) mit einer Fortbildung, die sie zur Ausführung ärztlich delegierter Tätigkeiten befähigen.

Je nach Bundesland haben die jeweiligen Ärztekammern bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedliche Fortbildungs-Modelle¹⁰ entwickelt (vgl. Gerlach et al. 2011), die inzwischen unter dem Namen „Nichtärztliche Praxisassistentin“ zu einem bundeseinheitlichen Curriculum konvergiert sind, wobei in beiden Kammerbezirken Nordrhein-Westfalens der Name „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) beibehalten wurde. Ein bundesweit angebotenes Modell ist die vom Hausärzterverband in Kooperation mit dem Bundesverband für Medizinische Fachberufe e. V. entwickelte Qualifikation zur „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VerAH), die nach Angaben des Deutschen Hausärzterverbandes bereits rd. 7000 medizinische Fachangestellte durchlaufen haben (Stand September 2015). In den Kammerbezirken Nordrhein-Westfalens waren 2012 ca. 150 EVAs qualifiziert (Deutsches Ärzteblatt 2012), inzwischen sind allein in Westfalen-Lippe rd. 400 EVAs qualifiziert. Für beide Qualifikationen existieren inzwischen Spezialisierungsförderungen, z. B. durch zusätzliche Module im Rahmen der „VerAH plus“-Fortbildung oder (nur in Nordrhein-Westfalen) fachgebietspezifische Fortbildungen wie die EVA-NP (Neurologie) oder die EVA-O (Ophthalmologie).

Das aus Modellprojekten entstandene Leistungsangebot der Nichtärztlichen Praxisassistentin ist seit Anfang 2015 als abrechenbare Leistung nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 03060, 03062 und 03063 anerkannt, entsprechend ist mit einer Ausweitung der Qualifizierungen in den kommenden Jahren zu rechnen.

10 AGnES – Arztentlastende, gemeindenaher, E-Health-gestützte Systemische Intervention in Brandenburg; EVA – Entlastende Versorgungsassistentin in Nordrhein-Westfalen, MoNi – Modell Niedersachsen, MoPra – Mobile Praxisassistentin in Sachsen-Anhalt, HELVER arztHELferinnen in der ambulanten VErSorgung in Schleswig-Holstein.

Neben der Abrechnung von Helferinnenbesuchen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 40870 und 40872, die auf Besuche bei Patient/innen mit chronischen und/oder schwerwiegenden Erkrankungen und einem Alter ab 65 Jahre beschränkt sind, können auch bezirkseigene Vereinbarungen getroffen werden¹¹. Die Leistungen der VerAH sind dagegen nur über Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, nicht aber über GOP des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) vergütet. Um die Abrechenbarkeit zu vereinheitlichen und zu erweitern, aber auch um eine einheitliche Qualität zu erreichen, ist eine gegenseitige Anerkennung der Nichtärztlichen Praxisassistentin und der VerAH möglich.

Die Curricula der Qualifikationsangebote umfassen die Vermittlung von Kompetenzen in der allgemeinen Versorgung sowie in spezifischen Versorgungsbereichen (darunter befinden sich auch Lernziele der Palliativversorgung und Sterbebegleitung) sowie des Case Managements. In allen Curricula sind außerdem Lernziele für die Interaktion mit Patienten enthalten, die auf den intensivierten Kontakt mit Patienten in schwierigen Lebenssituationen vorbereiten.

Die Leistungen der Nichtärztlichen Praxisassistentin umfassen in der Regel Gesundheits- und Vorsorgeleistungen, je nach Anlass oder Problemlage kann auch eine intensivere Begleitung oder die Einleitung zusätzlicher Maßnahmen durch weitere Leistungserbringer erforderlich sein. So umfasst das Tätigkeitsprofil der Nichtärztlichen Praxisassistentin in Bezug auf das medizinische Handeln ärztlich abgestimmte Hausbesuche, das Medikamentenmanagement, das Impfmanagement, das Wundmanagement sowie Assessment-Aufgaben (vgl. Mergenthal et al. 2013). Darüber hinaus zählen zu den erweiterten Kümmerfunktionen der Nichtärztlichen Praxisassistentin z. B. auch die Beurteilung des psychischen Zustandes sowie die Begutachtung des (Wohn-)Umfeldes der Patienten, die individuelle Betreuung, Kommunikation und Organisation, Beratungsleistungen, Patientenschulungen sowie das Case Management (ebd.). Auch Erfahrungen durch erste Studien zu den Effekten des Einsatzes Nichtärztlicher Praxisassistenten (HELVER, VerAH) zeigen, dass die Betreuung und Begleitung von Menschen in ihrer häuslichen Umgebung in der gelebten Praxis breit gefächert ist und sowohl medizinische, psychosoziale als auch koordinierende Leistungen vereint (Schüler et al. 2011; Mergenthal et al. 2013).

10.3 Diskussion

Die hier skizzierte Exploration deutet bereits eine differenzierte Landschaft an, die sich entlang der angesprochenen Berufs-, Arbeits- und Tätigkeitsfelder sowohl sektorenübergreifend (z. B. Case Management, Gesundheitshelfer/innen, Schlaganfall-Lots/innen) als auch sektoral begrenzt oder bei einzelnen Leistungsanbietern (z. B. Nichtärztliche Praxisassistent/innen im ambulanten Sektor, Betreuungsassistent/innen im stationären Sektor) verorten lässt. Dass die Integration von Leistungen unterschiedlicher Sektoren und Leistungserbringer im Sinne einer *Koordination* ge-

¹¹ Beispielsweise existiert noch kein bundesweites Abrechnungsmodell für die EVA-Spezialisierungen, allerdings wurde in NRW ein Selektivvertrag mit einzelnen Kassen geschlossen, über den die Leistungen der EVA-NP abgerechnet werden können.

leistet wird, dient zunächst einmal einer bedarfsgerecht optimierten Inanspruchnahme von Leistungen durch Klient/innen und Patient/innen und ihrer Unterstützung¹². Über die jeweiligen Fachbezüge hinaus wird auch deutlich, dass die skizzierten Aufgaben Tätigkeiten umfassen, die als zuwendungsorientiertes „Kümmern“ zu sehen sind. Diese Tätigkeiten liegen typischerweise nicht in kodifizierter Form vor und werden als zeitlich intensive Interaktionsarbeit abgerufen. Originär für diesen Zweck werden Betreuungskräfte und Alltagsbegleiter für ältere, hilfs- und pflegebedürftige Menschen zunehmend eingesetzt. In der Folge findet hier jedoch keine Integration komplexer Versorgungsleistungen statt, sondern vielmehr eine Leistungstrennung zwischen Pflege und Betreuung mit dem Risiko, dass die Komplexität im Zuständigkeits- und Leistungsgeflecht steigt.

Auch hinsichtlich der *Zielgruppen und Einsatzfelder* zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den skizzierten Tätigkeitsfeldern: Während Betreuungskräfte und Alltagsbegleiter im ambulanten (häuslichen) und stationären Bereich der Altenhilfe eingesetzt werden und hier Menschen mit spezifischen Versorgungsbedarfen betreuen, kümmern sich Nichtärztliche Praxisassistent/innen um die medizinisch/hausärztlichen Versorgungsbedarfe bestimmter Patientengruppen. Das Tätigkeitsfeld der Schlaganfall-Lots/innen und der Gesundheitshelfer/innen ist zwischen vermittelnder und zuwendungsorientierter Versorgung und Betreuung angesiedelt, indikationsspezifisch ausgerichtet und für eine bestimmte Zielgruppe verfügbar.

Auch mit Blick auf die *Genese* der skizzierten Tätigkeitsfelder lassen sich interessante Unterschiede darstellen: So entwickelten sich die erweiterten Funktionen der Nichtärztlichen Praxisassistenten/innen in der ambulanten Versorgung aus einer Situation heraus, die in den öffentlichen Debatten stark vom Ärztemangel bzw. Hausärztemangel insbesondere in den ländlichen Regionen geprägt war. Parallel engagierten sich zunehmend mehr Krankenhäuser im Rahmen der Re-Organisation ihres Entlassmanagements für die Überwindung von Versorgungsbrüchen im Übergang in den häuslichen Bereich, in die Rehabilitation oder in die Altenhilfe. Darüber hinaus war das Berufsbild der „Medizinischen Fachangestellten“ in den letzten Jahren mit einem Attraktivitätsverlust konfrontiert. Im Ergebnis wurde es durch ein entsprechendes Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum *innerhalb* des etablierten Berufsbildes der „Medizinischen Fachangestellten“ (MFA) aufgewertet. Ähnlich wie die Pflegefachkräfte, die zumindest in der Altenhilfe zentrale Aufgaben der Betreuung und Begleitung an niedrighschwellige Spezial„berufe“ abgegeben haben, zeichnen sich die MFA in ihrem Selbstverständnis dadurch aus, dass sie über die notwendigen Qualifikationen und Kompetenzen zur individuellen Fallbegleitung und Fallsteuerung von Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld verfügen. Auch wenn der Bezugspunkt hierbei nicht die pflegerische Versorgung als solche ist, so weitet sich das Tätigkeitsspektrum dennoch auf informierende, organisierende, betreuende und begleitende Handlungsfelder aus – und damit eben auch auf jene Handlungsfelder, die im Zuge der pflegerischen Professionalisierung durchaus auch von Pflegefachkräften beansprucht werden.

12 Impliziter Auftrag der Kümmerberufe ist dabei nicht nur die Vermittlung und Integration der verschiedenen Leistungen (und Leistungsanbieter) zur Vermeidung von Unter- und Fehlversorgung, sondern auch das Vermeiden von Leistungsüberschneidungen und Überversorgung.

10.4 Ausblick

Der Beitrag zeigt explorativ, dass sich derzeit neue Wege in die Sorgearbeit vor Ort konkretisieren. Dabei werden unterschiedliche berufspolitische Entwicklungspfade verfolgt, die sich mal als formale Aufwertung bestehender Berufsbilder (das Beispiel MFA/Versorgungsassistent/innen), mal als erfahrungsbasierte Erschließungsstrategie (das Beispiel der Schlaganfall-Lots/innen und Gesundheitshelfer/innen) oder über Zuwendung als Leistung niedrigschwelliger Begleiter- und Assistenzdienste manifestiert. Die skizzierten Entwicklungen lassen sich weder ausschließlich berufspolitisch noch ausschließlich versorgungspolitisch begründen. Deutlich wurde, dass ...

- ... die skizzierten Wege in die Sorgearbeit vor Ort allesamt auf bislang uneingelöster Begleitung und Zuwendung aus Patienten-, Bewohner- oder Klientensicht basieren. Insofern nehmen berufspolitische Entwicklungen berechtigt ihren Ausgangspunkt in informierenden, kommunikations- und zuwendungsorientierten Versorgungsaufgaben, die innerhalb bestehender sektorenübergreifender Strukturen und Prozesse nur unzureichend berücksichtigt werden.
- ... die skizzierten Entwicklungspfade nicht nur aus Sicht der beteiligten Berufsgruppen sondern auch aus Perspektive der beteiligten Unternehmen und Einrichtungen einen Nutzen, und zwar durchaus als *ökonomischen* Mehrwert, darstellen können. Dieser kann in der Realisierung von Kosten-, Effizienz- und Effektivitätsvorteilen, der Erschließung neuer Versorgungsanteile oder in der Eroberung von Koordinationsdomänen im Versorgungsprozess bestehen.
- ... es für künftige Überlegungen zielführend sein kann, die bislang berufs- und professionspolitischen Impulse zur Umsetzung von „*Community-Health-Care*“-Konzepten um Analysen unternehmenspolitischer und -wirtschaftlicher Anreize zu neuen Wegen in die Sorgearbeit zu ergänzen. Insofern plädiert der vorliegende Beitrag auch für eine stärkere Verschränkung der Gesundheitswissenschaften mit sozialraum- und wirtschaftssoziologischen Überlegungen zur Analyse der Entwicklungspfade von Gesundheitsberufen in der Versorgungspraxis.

Der Beitrag verfolgt keineswegs das Ziel, die skizzierten Entwicklungspfade normativ zu bewerten und gegeneinander ins Feld zu führen. Vielmehr geht es um eine explorative Skizze sowie eine Perspektive der inhaltlichen und konzeptionellen Erweiterung bislang diskutierter Hintergründe, Motive und Entwicklungsstrategien der Sorgearbeit vor Ort. Ob und welche konkreten Chancen und Risiken für die beteiligten Gesundheitsberufe entstehen, muss tiefergehend untersucht werden. Gleichwohl deuten schon die hier skizzierten Entwicklungen an, dass anstelle einer sachlich notwendigen und sozial wünschenswerten Integration zuwendungsorientierter Aufgaben in bestehende und etablierte Berufsbilder die Lösung von Versorgungsproblemen in zum Teil beruflich formalisierte Spezialzuständigkeiten verlagert wird. Hier gilt es in den kommenden Jahren zu beobachten, wie sich Strategien der Integration in den Arbeitsmarkt (z. B. durch schnellere und niedrigschwellige Einstiege in das Berufsfeld Gesundheit und Pflege) zum vielfach formulierten Anspruch der Gesundheitsfachberufe auf ganzheitliche Aufgabenzuschneide und zu einer Stärkung der Nutzer- und Patientenorientierung verhalten.

Literatur

- Bundesverband Geriatrie. Weißbuch Geriatrie: Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status quo und Weiterentwicklung. Stuttgart: Kohlhammer 2010.
- Dettmers S. Case Management im Akutkrankenhaus – gegenwärtige Konsequenzen für die soziale Arbeit und Pflegeprofession. In: Brinkmann V. Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler 2010; 277–85.
- Deutscher Hausärzterverband: 4000ste VERAH® hat Abschlussprüfung erfolgreich bestanden. Pressemitteilung. [http://www.hausaerzterverband.de/cms/Aktuelle-Informationen-im-Detail.529.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=821](http://www.hausaerzterverband.de/cms/Aktuelle-Informationen-im-Detail.529.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=821) (10. Oktober 2014)
- Deutsches Ärzteblatt: Nichtärztliche Praxisassistentin: die Versorgung im Team sichern. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/123833/Nichtaerztliche-Praxisassistentin-Die-Versorgung-im-Team-sichern> (10. Oktober 2014)
- Evers A, Heinze RG, Olk T. Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011.
- Ewers M, Schaeffer D. Case Management in Theorie und Praxis. Bern et al.: Huber 2000.
- Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J. Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. *Z Allg Med* 2011; 87 (6).
- Gerlinger T. Versorgung in ländlichen Regionen. *Public Health Forum* 2011; 19 (1).
- GKV Spitzenverband. Evaluation der Pflegeberatung nach § a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Berlin. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 10. Berlin 2012.
- GKV Spitzenverband. Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 9. Berlin 2012a
- Klie T, Künzel G, Hoberg R. Case Managementstärkungsgesetz? Konzeptionelle und gesetzgeberische Optionen für die Verankerung der Pflegeberatung auf kommunaler Ebene im PSG II. *Case Management* 2015; (1):32–40.
- Klie T. Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Pattloch 2014.
- Klie T. Case Management und Soziale Dienste. In: Evers A, Heinze RG, Olk T. Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011; 499–512.
- Kuhlmei A, Schaeffer D. Alter, Gesundheit und Krankheit: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Verlag Hans Huber 2008.
- Lübke N. Der „geriatrische Patient“: Zum Diskussionsstand um die Definition der Zielgruppe geriatrispezifischer Leistungserbringung. *Der Medizinische Sachverständige* 2009; 105 (1): 111–7.
- Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual im Gesund wesen (ZEFQ)* 2013; 107 (6): 386–93.
- Monzer M. Case Management Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei 2013.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, Langfassung. Bonn/Berlin 2014.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Langfassung. Bonn/Berlin 2009.
- Schaeffer D, Hämel K, Ewers M. Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: Beltz Juventa 2015.
- Schüler G, Weber I, Löttgen M, Klaes L, Andreßen C. Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen: Abschlussbericht im Auftrag der Bundesärztekammer. Bonn 2011.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2015a.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2015b.

- Wendt WR. Case und Care: was im Case Management zu besorgen ist. In: Brinkmann V. Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler 2010; 151–67.
- Winter MH. Anforderungsveränderungen an die Qualifizierung der Gesundheitsberufe. In: Kuhlmei A, Schaeffer D. Alter, Gesundheit und Krankheit: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans Huber 2008; 412–20.
- Wissert M. Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationskonzept bei der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen. Aachen 2001.