

„Eine starke Stimme der bedürftigen in Berlin“

Nach dem Saarland, das bereits im Mai 2013 die Funktion eines Pflegebeauftragten einführte, und Bayern, das im November 2013 das Amt eines Patienten- und Pflegebeauftragten installierte, hat seit Juni 2024 auch das Land Berlin eine Pflegebeauftragte. Zwar steht die endgültige Stellenbesetzung noch aus, doch hat kommissarisch Prof. Dr. Sinja H. Meyer-Rötz das neu geschaffene Amt übernommen, womit die Senatsverwaltung einen wichtigen Punkt seines Koalitionsvertrags umsetzte, explizit eine Ansprechpartner:in für Pflegebedürftige und deren Angehörige zu benennen. „Diese Aufgabe hat für mich höchste Priorität und ist mir persönlich eine Herzensangelegenheit“, erklärt Prof. Meyer-Rötz in ihrem ersten Monitoringbericht (1).

Im Interview: Professorin Dr. Sinja H. Meyer-Rötz, Pflegebeauftragte des Landes Berlin

>> Frau Professorin Meyer-Rötz, was genau sind Ihre Aufgaben?

Meine oberste Priorität ist es, im Rahmen der Ausübung dieses Amtes die Belange von Pflegebedürftigen und (pflegenden) An- und Zugehörigen in den Mittelpunkt meiner Arbeit zu stellen. Dazu gehört es, die Politik, die Verwaltung sowie die Öffentlichkeit auf die zahlreichen und vielschichtigen Herausforderungen und Problemlagen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit aufmerksam zu machen.

Warum gerade Pflegebedürftige und (pflegende) An- und Zugehörige und nicht auch die professionelle Pflege?

Pflege ist vielfältig. Natürlich ist die professionelle Pflege in den Alten- und Pflegeheimen sowie in ambulanten Pflegediensten außerordentlich wichtig und die dort Beschäftigten verdienen unseren großen Respekt. Dennoch ist Pflege nach wie vor zum Großteil in familiären oder familienähnlichen Strukturen zu verorten. So wird in Berlin jede zweite pflegebedürftige Person ausschließlich durch An- und Zugehörige versorgt. Um deutlich zu machen, was informelle Pflege leistet: 2023 wurden insgesamt 87 Prozent der Berliner Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt! Die gesamte deutsche Pflegelandschaft steht vor einem multiplen Krisenszenario, das sich durch demografische Verschiebungen, strukturelle Versorgungsbrüche und ökonomische Schieflagen zuspitzt.

Mit über 5,69 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2024 – Tendenz steigend auf prognostizierte 7,6 Millionen bis 2055 – zeigt das System fundamentale Schwächen, die jenseits kurzfristiger Reparaturmaßnahmen eine umfassende Reform erfordern.

Da macht Berlin überhaupt keine Ausnahme. Laut dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg waren 211.999 Berliner:innen zum Stichtag 15. Dezember 2023 im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig, was einem Bevölkerungsanteil von 5,6 Prozent entspricht. Damit ist der Anteil von pflegebedürftigen Berliner:innen stark gestiegen – gegenüber 2021 um mehr als 26.000 Personen sowie um mehr als 53.500 Personen gegenüber 2019. Zudem gehen demografische Modellierungen davon aus, dass die Fallzahlen pflegebedürftiger Berliner:innen in den nächsten Jahren weiterhin kontinuierlich ansteigen werden.

Dabei sprechen wir hier „nur" von den zu Pflegenden selbst, nicht von der Vielzahl derer, die die nötige Pflege in Familien oder familienähnlichen Strukturen wahrnehmen.

Wer genau als pflegender An- und Zugehöriger gilt, ist noch nicht einheitlich geklärt. Das wäre eine ganz wichtige Aufgabe für die Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung. Aufgrund verschiedener Definitionen gibt es bislang keine valide Datengrundlage, um eine belastbare Aussage zur Anzahl der pflegenden An- und Zugehörigen in Deutschland oder speziell in Berlin zu treffen. Wir gehen – Stand 2023 – einstweilen geschätzt von rund 280.000 pflegenden An- und Zugehörigen in Berlin aus. Damit sind in der Hauptstadt mittlerweile insgesamt knapp 500.000 Menschen unmittelbar von Pflege betroffen, weil sie Pflege entweder brauchen oder sie informell ausüben. Damit sind die aktuellen Prognosen der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege für das Jahr 2040 bereits jetzt übertroffen.

„Wir gehen – Stand 2023 – einstweilen geschätzt von rund 280.000 pflegenden An- und Zugehörigen in Berlin aus. Damit sind in der Hauptstadt mittlerweile insgesamt knapp 500.000 Menschen unmittelbar von Pflege betroffen."

Wobei diese Zahl real noch viel höher sein wird, weil in modernen Gesellschaften die 1:1-Betreuung meist gar nicht mehr funktioniert.

Pflegende Angehörige waren und sind meist weiblich und haben für diese Tätigkeit entweder ihre Freizeit genutzt oder auf einen Teil ihrer Erwerbstätigkeit verzichtet, was für sie persönlich im Alter Probleme bereiten wird, weil damit Rentenansprüche minimiert werden. Dazu kommt, dass in der Metropole Berlin die Singlehaushaltsquote bei mehr als 50 Prozent liegt und der nächste Verwandte, der pflegen könnte, vielleicht gar nicht im selben Stadtteil oder noch nicht mal in der Stadt selbst wohnt. Hier sind Caring Communitys gefragt, die meist aus viel mehr als einer Person bestehen, womit sich die eben genannte Zahl der rund 280.000 pflegenden An- und Zugehörigen deutlich erhöhen dürfte.

Doch gibt es dazu leider weder genaue Zahlen, noch Beschreibungen von Ausformungen derartiger Caring Communitys.

Stimmt. Ich hoffe hier auf die immer stärker werdende Pflegewissenschaft, die uns auch an dieser Stelle weiterhelfen könnte.

Was ist dabei Ihre Funktion?

Man könnte behaupten, dass sich Pflegebedürftige und Pflegende wie andere gesellschaftliche Gruppen eigentlich ganz gut selbst vertreten können. Das stimmt jedoch nicht, weil beide Gruppen schon genug damit zu tun haben, ihrer beider Leben zu organisieren und auch zu finanzieren. Darum weise ich in meinem eben erschienenen ersten Monitoringbericht unter anderem darauf hin, dass gerade die Pflegebedürftigen keine starke Stimme haben. Sonst hätten sie längst Vereine oder Interessenvertretungen gegründet, die es aber nun mal nicht gibt.

Warum ist das so?

Zu pflegende Menschen sind oft stark eingeschränkt und zudem durch ihre Pflegebedürftigkeit emotional belastet, womit sie diese Vertretungsrolle, mit der sie für sich und ihre Interessen selbst einstehen können, gar nicht wahrnehmen können. Gleiches gilt im Übrigen auch bei den pflegenden An- und Zugehörigen, die mit so vielen Dingen konfrontiert sind, dass sie für Lobbyarbeit in eigener Sache oft gar keine Zeit aufbringen können. Das beginnt bereits mit der Sicherstellung der Pflege als solche, für die viele Anträge ge-

stellt werden müssen – hier wäre Bürokratieabbau ein wahrer Segen. Dazu kommen emotional sehr belastende Themen, wie beispielsweise bei einer Demenzerkrankung einer zu pflegenden Person oder Trauer nach dem Verlust des Partners oder der Partnerin. Sich quasi jeden Tag mit herausforderndem Verhalten konfrontiert zu sehen, kann durchaus dazu führen, durch das Raster des Hilfesystems zu fallen. Und da soll man noch Zeit, Kraft und Muße finden, sich einer Interessenvertretung zu widmen?

„Ich bin froh, dass sich die Berliner Senatsverwaltung entschieden hat, ein eigenes Amt zu schaffen, um für das Recht von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen zu kämpfen."

Darum gibt es ja nun Ihr Amt.

Genau. Dieses Amt sieht vor, dass ich eine starke Stimme der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen bin. Ich will dafür sorgen, dass man die Interessen der beiden Zielgruppen in der Politik, in der Verwaltung und in der Öffentlichkeit wahrnimmt und das, was informelle Pflege braucht, klar benennt und adressiert. Wir reden allein hier in Berlin immerhin von circa einer halben Million Menschen, die selbst pflegebedürftig sind oder in der Form von An- und Zugehörigkeit von Pflege mitbetroffen sind. Das ist bei aktuell knapp vier Millionen Berliner Einwohnenden schon eine sehr relevante und große Zielgruppe. Von daher bin ich froh, dass sich die Berliner Senatsverwaltung entschieden hat, ein eigenes Amt zu schaffen, um für das Recht von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen zu kämpfen, anstatt dies wie in anderen deutschen Bundesländern irgendwo anders einzugliedern. Ich bin übrigens auch eine Verfechterin davon, das Bundesgesundheitsministerium in ein Gesundheits- und Pflegeministerium umzubauen, weil damit die Chance steigt, dass Pflege gleich vor vorneherein überall mitgedacht wird – Gleiches gilt natürlich auch für alle Länderministerien. Dadurch würde man dem Stellenwert von Pflege deutlich Ausdruck verleihen. Dass man hier in Berlin einen sehr innovativen, stringenten und ebenso offenen, ehrlichen und transparenten Weg geht, begrüße ich sehr.

Sie sind nun seit Juni letzten Jahres die Berliner Pflegebeauftragte. Was haben Sie in diesen zwölf Monaten getan, um eine möglichst wirkungsvolle Pflegebeauftragte zu sein und zu werden?

Ich habe die ersten Monate intensiv genutzt, um mich natürlich in der Berliner Pflegelandschaft zu vernetzen. Viele der Akteur:innen kenne ich seit Langem, weil ich nicht erst seit gestern in der Pflegelandschaft in Berlin aktiv bin. Aber es ist doch etwas anderes, in dieser neuen Rolle und in diesem Amt unterwegs zu sein, um Kooperationen zu etablieren. Mit einigen dieser Kooperationspartner gibt es schon regelmäßige Jour fixes, weil wir festgestellt haben, dass wir nicht nur viele gleiche oder ähnliche Themenschwerpunkte sowie Begegnungsräume haben, sondern auch einen gemeinsamen Resonanzraum brauchen, um uns über Themen auszutauschen und weiterzuentwickeln. Das Zweite war, dass wir für mein neues Amt eine Ansprechbarkeit für die Öffentlichkeit hergestellt haben und seitdem telefonisch, per E-Mail und über ein Kontaktformular auf unserer Website erreichbar sind. Ebenso haben wir ein Beschwerdemanagement etabliert und die Struktur für ein regelmäßiges Monitoring aufgesetzt, dessen erster Bericht eben erschienen ist.

Ihre Stelle der Pflegebeauftragten fungiert, wie eben von Ihnen erwähnt, auch als Beschwerdestelle. Welche wiederkehrenden Mängel melden Pflegebedürftige und Angehörige, und wie überträgt diese Feedbackschleife Beschwerden in konkrete Handlungsempfehlungen?

Um eine möglichst zeitnahe und kleinteilige Bearbeitung von pflegerelevanten Themen angehen zu können, wurde für 2025 ein neues Format etabliert, das sich Bezirksimpuls Pflege nennt. Im Rahmen des Bezirksimpulses werde ich einmal pro Monat die jeweiligen etablierten Unterstützungs- und Politikstrukturen, Bezirksstadträte und Akteur:innen, aber auch Good-Practice-Beispiele und Leuchtturmprojekte aufsuchen und mit ihnen über die Weiterentwicklung von Pflegebelangen, aber auch über die meinem Amt zugetragenen Hemmnisse und Probleme diskutieren. Da die Stadt Berlin nun einmal zwölf Bezirke hat, bin ich praktischerweise in 12 Monaten einmal durch.

Mit welchen Anliegen melden sich Berliner:innen bei Ihnen? Welche Themen werden besonders häufig genannt?

Häufig geht es schlichtweg um Versorgungsengpässe, jedoch nicht immer, wie man annehmen könnte, um die reine Verfügbarkeit von Pflegedienstleistungen, sondern um viel trivialere, meist strukturelle Hemmnisse. Nehmen wir einen bekannten Berliner Bezirk, in dem es nicht wenige Hochhäuser gibt. In einige dieser in die Jahre gekommenen Wohnsilos mit sieben, acht oder noch mehr Stockwerken fallen ab und an die Fahrstühle aus und werden oft nur – wenn überhaupt – nach Wochen und Monaten repariert. Nun finden Menschen, die etwas weiter oben wohnen, oft keinen ambulanten Pflegedienst, weil deren Anbieter ziemlich genau wissen, was auf sie zukommt. Die nehmen deshalb bei bestimmten postalischen Adressen überhaupt keine Aufträge mehr an, weil sie ein absolut nachvollziehbares Problem haben: Sie müssen erst einmal eine Pflegefachkraft finden, die willens oder auch kräftig genug ist, dort hinzugehen und bis in den siebten oder auch zehnten Stock hoch- und wieder herunterzulaufen. Das braucht Zeit, die keiner zahlt. Wenn selbst körperlich eingeschränkte Pflegekräfte eingesetzt werden, fallen diese sowieso aus, weil eine beispielsweise 55-jährige Pflegekraft mit körperlichen Einschränkungen oder Adipositas bei – sagen wir – 35 Grad im Sommer ggf. nicht bis in den zehnten Stock hochsteigen könnte, selbst wenn sie es wollte. Von daher führen solche architektonisch-baulichen Probleme zu Versorgungsengpässen, die eigentlich auf einer ganz anderen Ebene der kommunalen Fürsorge gelöst werden müssten, weil Bauträger und Kommunen es schlichtweg schaffen müssen, auch in solchen Häusern eine Barrierefreiheit herzustellen.

Sie sprechen von strukturellen Wohnraumproblemen, die dazu führen, dass Pflegebedürftige keinen Pflegedienst finden. Was aber macht ein Pflegebedürftiger alleine im 10. Stock ohne Aufzug?

Es gibt durchaus Menschen, die seit Monaten nicht in der Lage sind, ihr Haus zu verlassen, nur weil der Fahrstuhl nicht funktioniert. Das ist im Übrigen auch ein Problem für Rettungsdiensteinsätze, die in Berlin von der Feuerwehr geleistet werden: Die laufen dann mit

einer Trage in den 10. Stock hinauf und wieder hinunter. Wir hatten gerade mal wieder einen Fall, bei dem es um ein zweijähriges, mehrfach behindertes Kind ging. Da musste der Vater, selbst schwer krebskrank, sein Kind samt Spezialrollstuhl und Sauerstoffflasche rund ein halbes Jahr sieben Stockwerke runter regelmäßig in Arztpraxen und zu Therapien schleppen und danach wieder hoch. Bei solchen Fällen gehen bei uns ganz verzweifelte Anrufe ein.

Was können Sie tun?

Wir versuchen, was originär gar nicht unsere Aufgabe ist, Druck auf die jeweiligen Wohnungsbau- oder Vermietungsgesellschaften auszuüben. Im eben genannten Fall hat es unser Einwirken immerhin geschafft, dass der Fahrstuhl in dem betreffenden Haus innerhalb von drei Wochen repariert worden ist.

Ältere Menschen, die noch gar nicht pflegebedürftig sein müssen, kommen mit einer Mobilitätseinschränkung doch schon nicht mehr aus dem zweiten oder dritten Stock heraus.

Stimmt. Geschweige denn aus Berliner Altbauwohnungen, in denen viele Treppen ausgetreten oder einfach nicht mehr ganz so in Schuss sind. Dann wird es schwierig. Woran man aber ganz gut sieht, dass Pflege ein gesamtgesellschaftliches wie strukturelles Problem hat.

Mal angesehen von sowieso existierenden Versorgungsengpässen.

Das gilt für ganz Deutschland, aber auch speziell für Berlin. Denken Sie beispielsweise an Versorgungssituationen am Rande der Großstadt. So ragt zum Beispiel der Süden Köpenicks quasi wie eine kommunale Halbinsel nach Brandenburg hinein. In solchen Randgebieten ist es noch schwieriger als anderswo, pflegerische Versorgung zu organisieren, weil ambulante Pflegedienste aufgrund zu geringer Kundendichte einfach nicht vorhanden sind. Es lohnt sich für sie schlichtweg nicht, bei rund zehn Minuten Grundpflege überlange Fahrtzeiten auf sich zu nehmen. Also finden dort viele ältere Menschen keine ambulante Pflegedienste. Eine andere Problemstellung finden wir hingegen in Marzahn-Hellersdorf, einem Berliner Bezirk mit großen Trabanten-Hochhausgebieten mit extrem wenig Parkraum. Der war früher wegen



Prof. Dr. Sinja H. Meyer-Rötz

hat am 1. September 2024 kommissarisch das neu geschaffene Amt der Pflegebeauftragten des Landes Berlin übernommen. Sie ist ebenso Honorar-Professorin an der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH).

Davor war sie seit 2020 als Gruppenleiterin in der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege tätig. Nach dem Abschluss des Gerontologie-Studiums in Vechta erhielt Frau Meyer-Rötz einen Master of Health Administration der Universität Bielefeld und promovierte 2015 erfolgreich an der Universität Duisburg-Essen. Während ihres einschlägigen Karrierewegs im Gesundheitsmanagement und im öffentlichen Dienst Berlin lehrte sie an den Universitäten in Vechta und Göttingen.

anderer Wohnstrukturen und Lebensumstände einfach nicht eingeplant, weil nicht jeder ein eigenes Auto besaß. Der Rettungsdienst macht schlicht das Baulicht an und versperrt die Straße, doch wo soll der ambulante Pflegedienst parken? Gleiches gilt übrigens für Berlin-Mitte mit einem ganz enormen Parkraumproblem. Sie sehen, dass mein Amt mit ganz unterschiedlichen Problemstellungen konfrontiert ist und ich von daher mit vielen unterschiedlichen Akteur:innen sprechen muss, die zudem oft direkt gar nichts mit Pflege an sich zu tun haben.

Wo sehen Sie die strukturellen Probleme in Berlin besonders ausgeprägt?

Personalknappheit und ungleiche Versorgungsverteilung gibt es eigentlich überall, an der Stelle ist Berlin mit vielen anderen Städten Deutschlands vergleichbar. Was indes in unserer Stadt aktuell auffällt, ist ein deutliches Machtgefälle im Markt. Menschen trauen sich bei schlechter oder unzureichender Versorgung nicht, sich beim Pflegedienst selbst zu beschweren oder gar Rechtsschritte einzuleiten, weil sie Angst vor einer Kündigung und dann nicht mal mehr eine „schlechte“ Pflege haben. Das kommt schlichtweg von einer zu hohen Nachfrage bei gleichzeitig zu geringem Angebot entsprechender Dienstleistungen, was wiederum mit der allgemeinen Fachkräfteproblematik korreliert. Das heißt für mein Amt: Genau hinschauen und bei Beschwerdeanrufen genau hinhören, damit dieses real existente Machtgefälle nicht einen zu großen Raum einnimmt und wir frühzeitig dabei helfen können, damit der Verbraucher:innen mit all ihren Rechten nicht allzu sehr ins Hintertreffen geraten. Es ist ein ganz wichtiges Thema, im Sinne der Entlastung von pflegenden An- und Zugehörigen dafür zu sorgen, dass ausreichende Unterstützungsstrukturen vorgehalten werden können. Möglicherweise kann es für Berlin überaus sinnvoll sein, dafür eine ganz andere Finanzierungsmodalität zu schaffen.

Und das bei einer überaus prekären Haushaltssituation.

Das kommt erschwerend hinzu. Da viele gute Mitarbeitende in den vielen Unterstützungsstrukturen immer nur Jahres- oder oft genug nur Mehrmonatsverträge bekommen, ist es doch absolut verständlich, dass sich dies auf die Personalgewinnung und –bindung auswirkt. Damit gehen uns auch einige der Expert:innen verloren, die hier tätig sind, und mit jedem und jeder, der oder die geht, wird eine weitere Unterstützungsstruktur geschwächt und geht vielleicht irgendwann ganz verloren. Wir müssen in Berlin die über

80 Prozent der häuslichen Pflegesettings unterstützten und entlasten und damit einen wichtigen Beitrag zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit leisten, was dem Wunsch zahlreicher Bürger:innen entspricht.

„Die Politik muss ein ganz wichtiges Signal aussenden: Wir kümmern uns um alle, auch und ganz speziell um vulnerable Gruppen unserer Gesellschaft."

Wie?

Pflegende An- und Zugehörige benötigen eine gute Beratung sowie eine ebensolche Begleitung und Unterstützung, die wir staatlicher- und auch städtischerseits sicherstellen müssen. Nur durch frühzeitig in Anspruch genommene Beratungen und Hilfsangebote werden wir es schaffen, den oft enormen Belastungsgrad der An- und Zugehörigen senken zu können und damit vor allem auch Pflegeheimaufnahmen deutlich nach hinten zu verschieben. Das heißt für mich, dass der Auf- und Ausbau von Unterstützungsstrukturen für An- und Zugehörige unsere höchste Priorität sein muss, weil nun einmal das Zuhause-Gepflegtwerden das am deutlichsten nachgefragte, aber auch ökonomischste Pflegesetting – nicht jeder kann und möchte sich bspw. eine stationäre Versorgung leisten – und Versorgungsmodell ist. Dazu gibt es seit 2018 übrigens eine Berliner Strategie zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen, die auf einen bereits 2015 von der Fachstelle für pflegende Angehörige gemeinsam mit Verwaltung und anderen Akteur:innen erarbeiteten „Maßnahmenplan pflegende Angehörige" (2) aufsetzt. Diese Strategie müssen wir erneuern und an die aktuell absehbaren Trends anpassen sowie die Politik davon überzeugen, dass sie ein deutliches Signal setzen muss, pflegende Angehörige so gut es geht zu unterstützen.

Ist es Ihre Aufgabe, solche Aktionen und Strategien anzustoßen oder anzuregen, was doch eigentlich originäre Aufgabe der Kommunalpolitik wäre? Sie haben doch überhaupt keine Durchgriffsfähigkeit, oder?

Stimmt. Mein Amt ist aktuell noch mit keiner Durchgriffsfähigkeit ausgestattet. Daran arbeiten wir aber gerade im Hintergrund und prüfen ob und welche rechtliche Verankerung dieser Rolle in den aktuellen Gesetzesvorhaben erhalten soll. Das halten wir für ganz wichtig.

Wobei sicher niemand gerne sagen lassen möchte, dass da wieder mal eine Strategie – wir denken einmal insbesondere an Corona – in der Schublade liegt und nie hervorgeholt wird.

Es kommt wie immer im Leben auf den Ton an. Von daher nehme ich meinen Einfluss, den ich momentan habe, eher weich wahr. Dennoch stehen im eben erschienenen Monitoringbericht klare Forderungen, zum Beispiel eben die Berliner Strategie zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen nicht nur an die aktuelle Situation anzupassen, sondern sie auch zukunftsfest auszugestalten.

Was sicher im Hinblick auf die derzeitige Stimmung im Land nicht ganz unwichtig ist.

Die Politik muss ein ganz wichtiges Signal aussenden: Wir kümmern uns um alle, auch und ganz speziell um vulnerable Gruppen unserer Gesellschaft. Hier würde es beispielsweise auch in Berlin helfen, wie in Hamburg mit dem Pflegenottelefon eine Unterstützungsstruktur zu installieren. Ich werbe dafür, dass wir uns auch in Berlin damit beschäftigen, ob es nicht eine solche Struktur auch für Berlin geben könnte.

Die welche Aufgabe hätte?

Wenn es beispielsweise um häusliche Konflikte mit einer involvierten pflegebedürftigen Person oder einem krankheits- oder unfallbedingten Ausfall einer pflegenden Person geht, wo ruft man da an? Bei der Polizei? Der Feuerwehr? Dem Notarzt? Klar, werden diese Institutionen helfen, weil sie es müssen, doch werden damit meist parallele Krankenhauseinweisungen ausgelöst, die es nur deshalb gibt, weil schlichtweg zu wenig niedrigschwelligere Unterstützungsangebote vorhanden sind.

Nehmen wir ein Beispiel: Was passiert, wenn ein pflegender Angehöriger morgens in der Dusche stürzt, sich den Oberschenkelhals bricht und seine an Demenz erkrankte Ehefrau pflegen muss?

Was dann häufig passiert, ist die eben angesprochene parallele Krankenhauseinweisung. Der Ehemann wird wegen seines Oberschenkelhalsbruches eingewiesen, die demente Ehefrau wegen eines entgleisten Diabetes oder einer Bluthochdrucksituation, beides vielleicht sogar ausgelöst durch akuten Stress, aber eigentlich falsch codiert, nur um eine Pflegesituation zu sichern.

Gut gemeint …

… aber völlig falsch in ein teures System gesteuert, wobei Akut-Krankenhäuser nicht den primären Auftrag haben, notfallmäßig Personen aufzunehmen, die Langzeitpflege und schon gar nicht Langzeitbetreuung benötigen. Darum müssen wir dahin kommen, für solche Fälle andere Strukturen vorzuhalten, wie etwa die Etablierung einer dauerhaften 24/7-Kurzzeitpflege, in der Pflegebedürftige auch nachts in Akutsituationen aufgenommen werden können. Natürlich kostet die Vorhaltung viel Geld, aber der Krankenhausaufenthalt wahrscheinlich noch mehr und gleichzeitig sind die genannten Personen dort vollkommen falsch. Wir sehen uns demografisch bedingt einer zahlenmäßig immer größer werdenden Gruppen an älteren pflegebedürftigen Menschen gegenüber: Für diese Population müssen wir Antworten haben und uns vorbereiten, weil ansonsten die Babyboomer die Krankenhäuser „verstopfen" werden, die doch eigentlich einen ganz anderen Versorgungsauftrag haben. Von daher brauchen wir ein Verständnis der Krankenhäuser und der Ärzte darüber, was in der Pflege passiert und welche Strukturen da vorherrschen. Und wir brauchen ein Verständnis in der Pflege dafür, was in Krankenhäusern, in Arztpraxen und MVZ vor sich geht. Jedem wird dann einleuchten, dass es nicht angehen kann, die jeweils andere Seite zu belasten, nur weil wir strukturelle Probleme auf der einen Seite haben. Und dann müssen wir uns überlegen, wie wir die Systeme viel besser verzahnen können. Akademisierte Pflegefachpersonen könnten an der Stelle ganz viel übernehmen, weil für viele dieser Pflege-Akutfälle in erster Linie keine Ärzt:in notwendig ist. Da hilft eine gut ausgebildete Pflegefachkraft, die sehr genau beurteilen kann, was gerade das Problem ist. Damit könnte man das Gesamtsystem beginnend bei der Rettungsstelle noch mal anders denken und auf die auf uns zukommenden Anforderungen anpassen.

Gibt es ökonomische Daten, wie hoch dieser Versorgungsaufwand in Krankenhäusern für diese Mitversorgung ist?

Es gibt nur grobe Schätzungen. Sachdienliche Hinweise erhält man in Gesprächen mit Rettungsstellen. Das gestaltet sich allerdings schwierig, weil sich immer irgendeine Diagnose finden lässt, mit der ein solcher Kasus als eigener Fall zulasten der Krankenkasse aufgenommen werden kann. Den Rettungssanitätern vor Ort kann man das jedenfalls nicht vorwerfen: Sie sind mit prekären Lagen konfrontiert und müssen schnell eine Lösung finden – dabei werden sie sehr kreativ. Das mag gut und hilfreich im aktuellen Fall sein, aber bestimmt keine probate Lösung auf Dauer. Eine Möglichkeit wäre es, die Pflegestützpunkte, die wir in Berlin haben, weiter in Richtung einer Notfallstruktur auszubauen; eine andere, ambulante Pflegedienste für derartige Notfälle vorzuhalten – die Diskussionen dazu sind breit und den notwendigen Raum für diese Diskussionen sollten wir uns auch zugestehen, um entscheidende und nachhaltige Lösungen zu finden.

Und obendrauf eine Art Case-Management im Sinne eines Sozialpiloten zu satteln.

Das tun wir schon jetzt, nennen es nur noch nicht so. Wir suchen bei Fällen, die uns zugetragen werden, nach Erteilung einer Einverständniserklärung im System die richtigen Ansprechpartner und leiten diese Personen dann durch das System. Das aber nicht einseitig: Wir melden beispielsweise einem nahen Pflegestützpunkt, dass es einen neuen Klienten gibt, und bitten seinerseits um Kontaktaufnahme. Wenn die Beratung stattgefunden hat, bitten wir wiederum den Klienten, sich wieder bei uns melden. Dann gehen wir gemeinsam den nächsten Baustein an. So begleiten wir einige Klient:innen einige Tage, manchmal aber auch über sechs oder acht Wochen hinweg, bis eine zufriedenstellende Lösung gefunden ist.

Wie viele Klient:innen melden sich denn in Ihrem Amt?

Wir haben im letzten Jahr – vom Start im September bis Dezember – 88 Fälle bearbeitet und hatten in diesen Fällen 199 sogenannte Kontaktpunkte. Manchmal gibt es nur einen Kontaktpunkt, wenn zum Beispiel mit einem Anruf das an uns herangetragene Problem gelöst werden kann, oder zwei oder drei, wenn wir bei der Kranken- beziehungsweise der Pflegekasse anrufen müssen, um einen Sachverhalt zu verstehen und Lösungsmöglichkeiten zu eruieren.

Das scheint wie ein klassisches Case-Management aufgebaut.

Durchaus, aber immer nur für den Einzelfall, der dies benötigt. Wir verstehen uns eher als Lotsen im System und die Befähigung der Klient:innen hat oberste Priorität: Kompetenzen vermitteln und aufbauen, um selbst kompetent im System agieren zu können, das ist dabei das Ziel.

Warum sind es so wenige Fälle?

Wir müssten die Daten von September bis Dezember auf ein Jahr hochrechnen. Doch auch dann wären es angesichts von rund einer halben Million potenzieller Zielgruppe noch zu wenig. Das liegt aber nur daran, dass einerseits unser Team noch nicht vollständig besetzt ist und wir die Ansprechbarkeit beispielsweise durch Sprechzeiten derzeit noch etwas reduzieren müssen und dass andererseits mein Amt noch nicht bekannt genug ist. Daran arbeiten wir. Wir haben bspw. noch keine Flyer oder Plakate und müssen noch viel mehr Pressearbeit machen und auch Social-Media-Kanäle bedienen können, auch wenn letztere nicht unbedingt direkt unsere Hauptzielgruppen ansprechen, aber deren Kinder und Enkel.

Was machen Sie mit bildungsferneren Subgruppen, die weder Tageszeitungen lesen oder die rbb24-Abendschau sehen, aber dennoch in bestimmten Versorgungssettings leben?

Das ist ein großes Problem, für das wir noch keine Patentlösung gefunden haben. Vielleicht könnte man über die involvierten Pflegedienste eine Art Kommunikationsplattform installieren. Aber so weit sind wir leider noch lange nicht, was zum einen daran liegt, dass es sehr viele Anbieter mit monetären Interessen gibt, die zum anderen unterschiedliche IT-Steuerungsmodelle haben, die meist mit der Telematik-Infrastruktur nicht kompatibel sind. Dabei soll Mitte des Jahres die IT-Anbindung der Pflege umgesetzt werden, wo doch bekannt ist, dass das nur bei 40 Prozent der Pflegeeinrichtungen überhaupt technisch möglich ist, bei ambulanten Pflegediensten hat meines Wissens niemand eine Übersicht.

Volkswirtschaftlich gesehen spricht man vom Pflegemarkt.

Es wird zwar Markt genannt, aber ist ein absoluter Freiraum. Praktisch kann jeder machen, was er will. Wie soll man da die Verpflichtung zur Anbindung an die Telematik-Infrastruktur realisieren? Die hier tätigen Unternehmen können sich damit alle Zeit der Welt lassen, was für die Pflegeeinrichtung selbst gilt, aber auch für die IT-Unternehmen, die die entsprechenden Schnittstellen programmieren, wenn sie es selbst wollen. Auf dieser Basis wird es keine durchgängigen Pflegeberichte geben, weil einige Teilhaber dieser Dokumentation einfach nicht online dokumentieren können.

Wahrscheinlich einfach darum, weil das von der gematik nicht mitgedacht worden ist.

Kein Wunder, wenn man alles aus Arztsicht denkt. Die Ärzteschaft hat nun einmal eine viel bessere Lobby als die Pflege. Dieses Ungleichgewicht macht leider viel kaputt in der Pflege, weil die Arztzentriertheit immer nur einen kleinen Teil der Versorgung abbildet. Gut ist, dass endlich die Pflege im G-BA einen Sitz mit Stimmrecht bekommen soll, wie es im Positionspapier der Koalitionsparteien vorgesehen ist. Das soll dann mit dem 100-Tage-Programm und dem Pflegekompetenzgesetz umgesetzt werden. Das wäre schon einmal ein entscheidender Fortschritt.

Frau Professorin Meyer-Rötz, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Link zum Pflegemonitor:
1: https://t1p.de/uzbuw

Zitationshinweis

Meyer-Rötz, S., Roski, R., Stegmaier, P.: „Eine starke Stimme der Pflegebedürftigen in Berlin“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/25), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2711