

Pflegenachbarn (Vers. 2022-02-21 – Kurzfassung)

Allgemeine Informationen zum Projekt	
Projektleitung/ Konsortialführung	Caritas in Niedersachsen, Geschäftsstelle Hannover: Martin Schnellhammer
Beteiligte Einrichtungen: Konsortialpartner/ Kooperationspartner	<p>Konsortialpartner</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caritas Pflegezentrum Melle- Wellingholzhausen GmbH - Caritas-Pflegedienst Emsland-Mitte gGmbH - Sozialstation Caritasverband Braunschweig e.V. - Caritas-Sozialstation Wolfsburg-Süd - Living Lab - Wohnen und Pflege (Kompetenzzentrum der Science to Business GmbH – Hochschule OS) <p>Forschungspartner</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die wissenschaftliche Begleitforschung soll auf der Grundlage der Evaluationskizze ausgeschrieben und in Abstimmung mit dem MS beauftragt werden. <p>Kooperationspartner</p> <ul style="list-style-type: none"> - AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse. - Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) – Landesvertretung Niedersachsen - Landkreis Osnabrück - Landkreis Emsland - Stadt Braunschweig (LOI) - Stadt Wolfsburg (LOI) - Stadt Melle und Gemeinde Twist (Anfrage geplant) <p>Strategische Partner</p> <ul style="list-style-type: none"> - Health Innovation Hub des BMG (LOI) - Professional School der Hochschule Osnabrück (Fortbildungspartner) - BGW - Hausärzteverband oder KV (Anfrage geplant) - Selbsthilfe Pflegende Angehörige
Projekttitle/Akronym	Pflegenachbarn
Projektziele	Verbesserung der Arbeitsbedingungen der professionell Pflegenden und Erschließung von Ressourcen, des Empowerments und der Selbstvornahme der Betroffenen im Quartier der Pflegebedürftigen.
Arbeitshypothesen	Durch Bildung autonomer, eigenverantwortlicher kleiner Pflgeteams lassen sich die Arbeitszufriedenheit und die Berufsverweildauer steigern und der Krankenstand etwa halbieren. Im Quartier liegen Ressourcen brach, die durch eine bessere „Verortung“ des Pflgeteams und Stärkung des persönlichen Pflegearrangements zumindest teilweise erschlossen werden können.
Studienpopulation und Stichprobengröße	Geplant sind 6 Teams in vier Pflegediensten mit je 7 – 10 Mitarbeitenden (also insgesamt ca. 50 Mitarbeitende
Region des Projekts	Landkreise/kreisfreie Städte: Osnabrück (LK), Emsland, Braunschweig, Wolfsburg
Beantragte Förderdauer	24 Monate

1. Projektidee

1.1 KAP.Ni

Bessere Rahmenbedingungen für die Pflege in Niedersachsen wollten die Akteure auf Initiative des Niedersächsischen Sozialministeriums (=MS) schaffen, als sie sich im Juni 2019 zur Konzertierte Aktion Pflege Niedersachsen (KAP.Ni) zusammenfanden. Ihr gehören - neben dem MS selbst - Verbände der Wohlfahrt sowie der privaten Pflegeanbieter, die Kranken- und Pflegekassen, die Kommunalen Spitzenverbände, Unternehmerverbände und Gewerkschaften an. Das Verbindende: die gemeinsame Herausforderung, die Pflege im Flächenland Niedersachsen vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der angespannten Situation auf dem Fachkräftemarkt auch in Zukunft gut aufzustellen.

„Im Mittelpunkt steht die Gewährleistung einer guten Pflege und die Unterstützung der pflegenden Angehörigen“, heißt es in einer gemeinsamen Kooperationsvereinbarung, die die Partner im Oktober 2019 vorgestellt hatten. Dabei geht es neben der Stärkung der individuellen Pflegesituation im vertraglichen Zusammenspiel der Vereinbarungspartner vorrangig um bessere Arbeits- und Entlohnungsbedingungen in der Pflege. Diese sollen einen Beitrag leisten, den Beruf attraktiv zu gestalten und die Pflege damit auch künftig sicherzustellen¹.

Schwerpunkte sind u.a.: Tarifgerechte Bezahlung, betriebliches Gesundheitsmanagement, bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Digitalisierung, Entwicklung innovativer Versorgungsformen, bessere Versorgung der ländlichen Räume und vereinfachte Vergütungsverhandlungen.

1.2 Projektidee: Pflegenachbarn²

Die beteiligten Projektpartner wollen, basierend auf den Vereinbarungen in der KAP.Ni, risikoarme und wertschätzende Arbeitsbedingungen sowohl für die beruflich, als auch für die familiär Pflegenden schaffen.

Dabei sollen die Erkenntnisse der Resilienzforschung (s. Anhang 11.1) genutzt werden, die Verhältnisse in den Pflegediensten und –teams so zu verbessern, dass die Arbeitszufriedenheit, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Widerstandsfähigkeit und Resilienz steigen sowie der Krankenstand sinkt.

Im Sozialraum sollen Ressourcen erschlossen werden, um die professionellen und die ehrenamtlichen Akteure zu entlasten.

Um die deskriptive Komplexität des Projektes zu reduzieren, wird es in zwei Komplexen dargestellt, wenngleich es natürlich Überschneidungen gibt. (So dürfte z. B. die Einbindung des Pflegeteams in die Quartiersentwicklung sowohl als Maßnahme zur Unterstützung der Angehörigen, aber auch als persönliche Wertschätzung erlebt werden).

- a. **Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der professionell Pflegenden** (kleine Teams, mehr Autonomie, Entlastung durch Technisierung/Digitalisierung, effektivere Abläufe). Die Pflegedienste greifen dabei auf sozialpsychologische Erkenntnisse und die Erfahrungen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die Veröffentlichungen z. B. von Berufsgenossenschaft, Krankenkas-

¹ Mehr: www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/pflege/konzertierte-aktion-pflege-niedersachsen-kap-ni-178579.html [letzter Zugriff: 02.08.2021]

² www.pflegenachbarn.de ist gesichert. „Pflegenachbarn“ ist aber vorerst nur ein Arbeitstitel, weil nicht die gesamte Bandbreite des Vorhabens mit diesem Namen abgedeckt wird. Auch AAP [=Autonome ambulante Pflegeteams – mehr Menschlichkeit für ein attraktives Arbeitsfeld - Schleswig-Holstein] in Schleswig-Holstein sind noch auf Namensuche.

sen/Versicherungen und Wissenschaft zurück. Ziel sind gesunde und wertschätzende Arbeitsbedingungen, um die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Pflegenden zu stärken. Die notwendigen Vorhaben können stringent aus der verfügbaren Literatur hergeleitet werden. Im Zentrum stehen dabei die Erkenntnisse aus der Resilienzforschung³, dem ZRM⁴ und der systemischen Intervention. Es sind aber nicht nur verhältnispräventive Maßnahmen notwendig, sondern die Mitarbeitenden müssen auch zu Verhaltensveränderungen ermutigt werden.

Die Abrechnungsmöglichkeiten wahlweise nach Zeit oder Leistungskomplexen bieten Gestaltungsspielräume für die Leistungsgewährung. Bei Technisierung und Digitalisierung können die Beteiligten auf breite eigene Erfahrungen und Vorarbeiten zurückgreifen.

- b. **Maßnahmen im Quartier und zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen:** Weil bei allen Beteiligten weitgehende Einigkeit besteht, dass die Herausforderungen in diesem Handlungsfeld beachtenswert sind, wird die Bereitschaft, neue Versorgungsformen zu erproben als hoch eingeschätzt. Die notwendigen neuen Formen der pandemiebedingt kontaktarmen Zusammenarbeit zwischen hausärztlicher Medizin und Pflege, haben beispielsweise ein hohes Maß an Bereitschaft erkennen lassen, kollaborative Versorgungsmodelle zu entwickeln und stärker arbeitsteilig zu arbeiten. So besteht die Hoffnung, dass an den Schnittstellen auch ein tragfähiger Interessensausgleich erzielt werden kann.

Dadurch, dass zunehmend weniger eigene Kinder für vorpflegerische und pflegerische Leistungen zur Verfügung stehen, wird das Anliegen, die Ressourcen im Quartier/Sozialraum⁵ zu erschließen immer drängender, aber auch die Sicherstellung sozialer Teilhabe und vorpflegerischer/hauswirtschaftlicher Versorgung. Die Quartiersarbeit muss im Rahmen der Hilfeplanung eine höhere Priorität erhalten und ist insbesondere auf den Erhalt der eigenorganisierten Pflege auszurichten. Das kann durch Pflgeteams, die im Quartier verortet sind besser gewährleistet werden.

Weil diese Versorgungsbereiche natürlich nicht zu Lasten der GKV/SPV abgedeckt werden können, ist hier auch die Mitwirkung der Kreise/kreisfreien Städte und kommunalen Gebietskörperschaften, als Gewährsträger der Daseinsvorsorge unerlässlich.

Das Projektkonsortium ist überzeugt, dass durch eine bessere Zusammenarbeit und ggf. wechselseitige Unterstützung bei der Leistungserbringung die Mittel effektiver eingesetzt werden können.

Die Arbeitspakete zu a) können die jeweiligen Pflegedienste überwiegend autonom umsetzen, ohne dass es Absprachen mit Dritten bedürfte. Die Vorhaben im Themenpaket b) setzen umfangreiche Abstimmungen mit den Kostenträgern (Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger) und Kommunen als Verantwortlichen für die Daseinsvorsorge, ferner mit Kooperationspartnern (z. B. Hausärzten) voraus.

Hier wird es Aufgabe des Konsortialführers sein, mit den Beteiligten Lösungsvorschläge zu erarbeiten und abzustimmen.

Das Projekt unterscheidet sich von vergleichbaren Projektansätzen dadurch, dass gezeigt werden soll, wie durch einen Change-Prozess bestehende Pflegedienste umstrukturiert werden können. Während Buurtzorg und AAP neue Pflgeteams gründen, will das Projekt „Pflegenachbarn“ die Verhältnisse (Prozesse, Weisungsstruktur, Personalführungsinstrumente, pp.) in bestehenden Pflgeteams, bzw. –diensten verbessern.

Dadurch ergibt sich eine Übertragbarkeit für alle Pflegedienste. Ergebnis soll ein Rahmenkonzept (Manual) sein, das von interessierten anderen Pflegediensten lizenzfrei kopiert/übernommen werden kann.

Will man die Situation grundsätzlich verbessern, braucht die Pflege dringend „gute Botschaften“, nämlich Perspektiven für eine Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen und eine positive Darstellung in

³ Die aus der Literatur hergeleiteten Maßnahmen werden unten weiter ausgeführt.

⁴ ZRM = Züricher Ressourcenmodell, eine Intervention zur Stärkung der Handlungsfähigkeit. Mehr: <https://zrm.ch/> [letzter Zugriff: 27.07.2021]

⁵

Medien und öffentlicher Wahrnehmung. In diesem Sinn wertvolle Ansätze der letzten Monate sind u. a. die Kompetenzerweiterung der Pflege (eigenständige Verordnung von Hilfsmitteln), die bessere Bezahlung (Entgeltverhandlung nur mit Anbietern, die nach tarifähnlichen Systemen bezahlen). Der Negativberichterstattung müssen positive Botschaften entgegengesetzt werden: Pflegedienste, die nach öffentlichen Tarifsystemen bezahlen, bieten durchaus akzeptable Gehälter. Die Ausbildungsvergütung der Pflege im tariflichen Bereich ist die höchste über alle Branchen⁶. Auch die noch von der BGW⁷ als besonders belastenden Faktor, der fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung hat sich vor allem im Rahmen der Bewältigung der Pandemie zum Positiven gewandelt.

Das Projekt Pflegenachbarn ist so angelegt, dass die Idee ohne dauerhaften Zuschuss - im aktuellen Vergütungsrahmen - realisiert werden kann⁸. Lediglich der in der Entwicklungs- und Experimentierphase zusätzliche Aufwand, sowie die Fortbildungskosten werden aus den Projektmitteln bestritten.

1.3 Ziele des Projektes sind:

- a) Zu erproben, welche Maßnahmen geeignet sind, gesunde und wertschätzende Arbeitsbedingungen in ambulanten Pflegediensten zu erlangen, die die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Pflegenden stärken.
Gradmesser sollen ein sinkender Krankenstand, als Folge achtsamer Führungsstrukturen, sowie eine höhere Arbeitszufriedenheit und eine längere Berufsverweildauer der Mitarbeitenden sein. Technische, insbesondere digitale, Hilfsmittel sollen zur Entlastung der Pflegenden eingesetzt werden.
- b) Zusammen mit den Akteuren im Projektkonsortium sollen Maßnahmen identifiziert und erprobt werden, wie die Ressourcen im Sozialraum der Pflegebedürftigen besser erschlossen werden können, um die bestehende Versorgung zu verbessern. Die Angehörigen sollen sich messbar entlastet und für die Selbstvornahme befähigt fühlen. Die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern (z. B. Hausärzt*innen, Ehrenamtlicheninitiativen, Beratungsstrukturen der Kommunen) soll durch die größere räumliche Nähe und Verbesserung der Kommunikationsstrukturen, -mittel und -inhalte effizienter werden.

Beide Ziele sollen durch die Bildung autonomer, eigenverantwortlicher, regional zugeordneter kleiner Pflegeteams unterstützt werden. Allein durch die Senkung des Krankenstandes auf den branchenübergreifenden Mittelwert ließe sich etwa 5 % mehr verfügbare Pflegezeit generieren.

Die im Sozialraum brach liegenden Ressourcen, sollen durch eine bessere „Verortung“ des Pflegeteams zumindest teilweise für die Pflegebedürftigen und die Angehörigen erschlossen werden.

Durch eine Nachqualifizierung in Beratungstechniken sollen die Pflegenden entlastet und das Reflexionsniveau bezüglich effektiver Zielplanung angehoben werden. Die Beratungskompetenz im Pflegeteam soll insgesamt gesteigert werden.

Geplant ist, das neue Organisationsmodell zunächst in sechs Teams in vier Pflegediensten mit je 7 – 10 Mitarbeitenden (also insgesamt ca. 50 Pflegenden) zu erproben und bei Bedarf nachzujustieren.

Die Pflegebedürftigen und ihre Familien sollen durch eine Verbesserung der Zusammenarbeit im Rahmen regionaler, trägerübergreifender Kooperationen profitieren. Insbesondere sollen unterstützende Netzwerke gefördert und ggf. mit technischen Möglichkeiten unterstützt werden (z. B. intelligenter Hausnotruf). In der

⁶ „Auszubildende in der Pflege im öffentlichen Dienst sind die Spitzenverdiener unter allen, die sich für eine Berufsausbildung entscheiden.“ Zit. nach: www.altenpflege-online.net/artikel/2021_07/2021_07_19_pflege_azubis_fuehren_die_gehaltsliste_an? [Letzter Zugriff: 20.07.2021]

⁷ Weitere Ausführungen finden sich in Anlage 11.2

⁸ Ggf. laufende Verhandlungen der Spitzenverbände sollen durch diese Aussage nicht präjudiziert werden.

Begleitung und Beratung pflegender Angehöriger sollen psychodynamische Aspekte sowie Unterstützungsmöglichkeiten verstärkt eingebracht werden, um die Pflegebereitschaft zu fördern, bzw. zu erhalten.

Förderliche Aspekte aus dem Resilienzmodell sind auch für die familiär Pflegenden zu erschließen.

Das Verwertungspotenzial für die Versorgungspraxis soll dadurch gesteigert werden, dass die organisatorischen Maßnahmen so dokumentiert werden, dass als Ergebnis ein Manual vorliegt, das alle interessierten Pflegedienste als Anleitung für einen eigenen Changeprozess nutzen können.

1.4 Herangehensweise:

Die beteiligten Pflegedienste werden erproben, wie die Pflegeorganisation verändert werden muss, damit die Pflegeleistungen für die Patienten ganzheitlicher abgebildet werden können, die Pflegebereitschaft von Nachbarschaft und Angehörigen gefördert sowie stabilisiert und die Arbeitszufriedenheit der professionell Pflegenden verbessert werden kann.

Durch eine Verschlankeung der Führungsstrukturen, insbesondere eine weitgehende Verselbständigung der Pflegeteams und eine agile Arbeitsweise, sollen Overheadkosten und –aufwand reduziert werden.

Die Leitung soll die Aufmerksamkeit neben Qualitätssicherung/Gefahrenabwehr auf die psychosozialen Bedürfnisse der Mitarbeitenden richten (achtsame Führung), Reibungsverluste im Team reduzieren (durch Coaching) und dafür sorgen, dass die Vorgehensweisen und Pflegetechniken stets auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnis sind.

Im Pflegedienst sollen technische und digitale Unterstützungsmöglichkeiten ständig auf dem aktuellen Stand gehalten werden. Zurzeit zeichnen sich Handlungsfelder in völlig neuen Konzepten der hausärztlichen und pflegerischen Betreuung von multimorbiden Patienten durch Vitaldatentracking und maschinelle Auswertung sowie in der Vernetzung der wesentlichen Akteure (Hausarzt, Angehörige und Pflege) ab, die demnächst die Marktreife erlangen werden.

Die durch diesen Technikeinsatz frei werdenden Ressourcen sollen den Mitarbeitenden in der Pflege als Entlastung zur Verfügung stehen.

Die administrativen Eingriffe der Leitung sollen auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt werden, um Gefahrensituationen abwehren zu können und die Qualität der Leistungen auf dem geforderten Niveau zu halten.

Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden soll dadurch gesteigert werden, dass sie auf die Abläufe und Prozesse weitgehend autonom steuern können und mehr Verantwortung und Entscheidungskompetenz übertragen bekommen. Dadurch soll die Resilienz gefördert und ein Beitrag zur Gesunderhaltung der professionell Pflegenden generiert werden.