



Lehrpflegeheime – eine echte Innovation für die Zukunft

04. November 2021

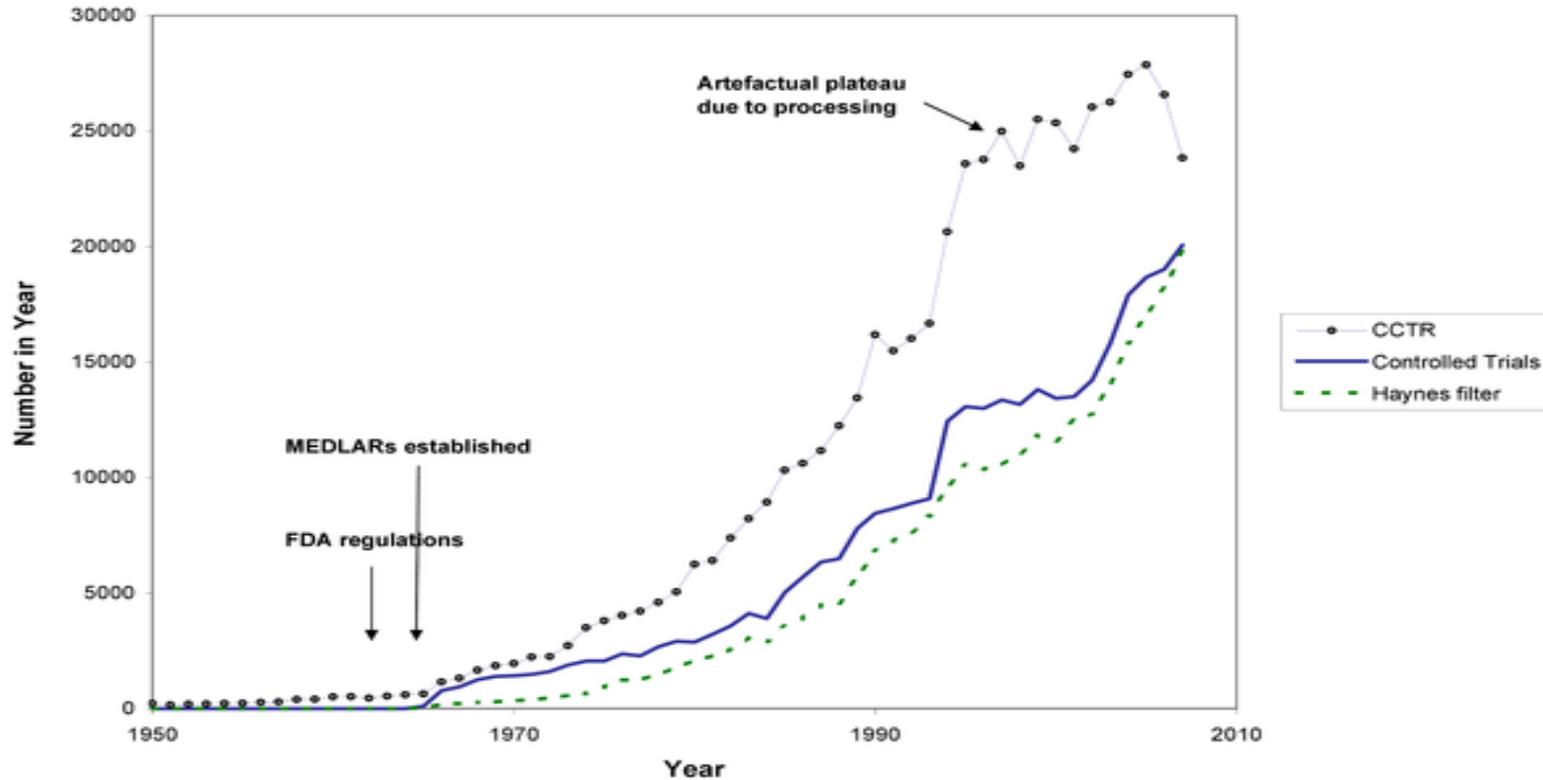
Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg (Prodekan)
Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
Pflegewissenschaftliche Fakultät
Kontakt: hbrandenburg@pthv.de



I. Problemaufriss: Hintergründe und Notwendigkeit



Die Explosion des Wissens



Bastian H, Glasziou P, Chalmers I (2010) Seventy-Five Trials and Eleven Systematic Reviews a Day: How Will We Ever Keep Up? PLoS Med 7(9): e1000326. doi:10.1371/journal.pmed.1000326



STELLENMARKT

Die Position

Pflege in den Hörsaal!

In keinem Gesundheitsberuf fehlen so viele Fachkräfte – und in keinem ist die Ausbildung so veraltet



Doris Schanfer, 66, war die erste Professorin für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Heute leitet sie dort das Institut für Pflegewissenschaft

Zurzeit ist hierzulande wohl in keinem Beruf der Fachkräftemangel größer als in der Pflege. Immer mehr Menschen aus den geburtenstarken Jahrgängen werden alt, das strapaziert die gesundheitliche und soziale Versorgung. Heute gibt es 3,5 Millionen Pflegebedürftige, nach seriösen Hochrechnungen werden pro Jahr 200.000 dazukommen. Deshalb sind immer mehr Fachkräfte nötig: zur ambulanten Versorgung und Pflege, zur Unterstützung pflegender Angehöriger, in Heimen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken und in Hospizen.

1,1 Millionen Männer und Frauen arbeiten in der Pflege, Tendenz steigend – im gesamten Gesundheitssystem gibt es keinen Beruf, in dem mehr Menschen tätig sind. Zum Vergleich: Es gibt 380.000 Ärzte. Aber während diese in Deutschland eine der besten Ausbildungen der Welt erhalten, werden Pflegekräfte in überholten Sockelstrukturen ausgebildet. Pflegeschulen gehören oft zu Krankenhäusern, sie sind nicht Teil des deutschen Ausbildungssystems und haben oft auch nicht dessen Niveau.

Noch schlimmer: Es gibt für diesen komplexen Beruf keine ausgebauten, international anschließbare hochschulische Qualifizierung.

Zwar bieten Fachhochschulen zahlreiche Bachelorstudiengänge an, von denen viele für die Arbeit am Patienten qualifizieren und zu einer staatlichen Berufszulassung führen. Das neue Pflegeberufgesetz erlaubt es, sie ab 2020 in Regelsstudiengänge zu überführen. Aber es fehlt an weiterführenden Masterstudiengängen, ebenso an Promotionsprogrammen. Nur 0,6 Prozent der Pflegefachkräfte in Deutschland haben ein Hochschulstudium absolviert. Der Wissenschaftsrat drängte schon 2012 darauf, dass es mindestens 10 bis 20 Prozent sein sollten. In den Nachbarländern ist die akademische Ausbildung die Regel. Unter den interdisziplinären Dach Health Sciences finden sich dort an den Universitäten Medizin, Zahnmedizin, Pharmazie, Public Health und Pflegewissenschaft. In diesem geordneten Nebeneinander kann sich jede Disziplin selbstständig entfalten.

In Deutschland hingegen sitzen die alten Muster aus dem vorigen Jahrhundert noch in den Köpfen, mit der Vorstellung von Pflege als helferischem Beruf ohne eigenständige Aufgabe, als Anhängsel der Medizin. Welche behutsame Umwälzung, Alterung, neue Kompetenzmuster, Digitalisierung stellen völlig neue Anforderungen an die Gesundheitsberufe – besonders in der Pflege.

Doch die deutschen Hochschulen haben unter dem Druck der mächtigen Fakultäten am Alten festgehalten. Zahnmedizin und Pharmazie entwickeln sich prächtig, Pflegewissenschaft und Public Health können sich kaum entfalten. Insgesamt gibt es vielleicht 20 Lehrstühle für Public Health, die Pflegewissenschaft ist ähnlich schlecht vertreten. In den vergangenen Jahren entstanden zwar einige neue Lehrstühle, aber alle an medizinischen Fakultäten.

Um sich zu entwickeln, bräuhne die Pflegewissenschaft jedoch die Autonomie eines eigenen Fachbereichs. Gesucht wird deshalb keine Universität, die eine Pionierrolle übernimmt; und einen Fachbereich

für Pflegewissenschaft etabliert – die erste deutsche School of Nursing, mit allen Stufen der Ausbildung und Qualifikation bis hin zu Promotion und Habilitation. Denn die Voraussetzungen, um neue Professoren auszubilden und Forschung zu betreiben, haben nur die Universitäten.

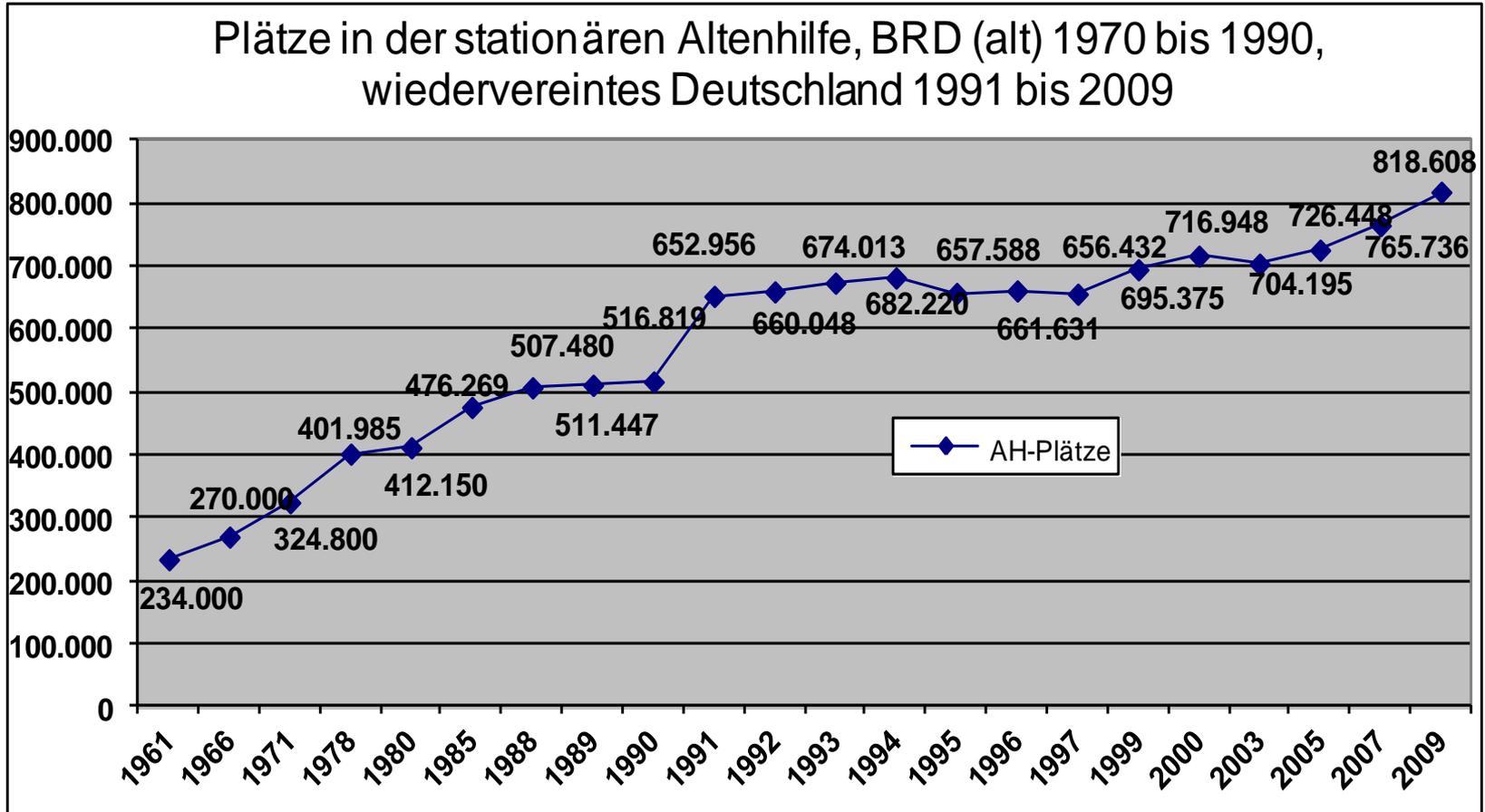
Der Pflegezustand stellt nicht nur eine politische, sondern auch eine wissenschaftliche Herausforderung dar. Den Universitäten böte die Stärkung der Pflegewissenschaften und der damit einhergehenden Forschung enorme Chancen. Ebenso der Gesellschaft: Wissenschaftlich qualifizierte Pflegekräfte können in Kindergärten, Schulen und Betrieben, aber auch in Regionen mit dünner Besiedlung neuartige Leistungen der gesundheitlichen Versorgung übernehmen, die Ärzte nicht bewältigen können.

Auch in Deutschland brauchen wir deshalb die akademische Ausbildung in vielen Berufen unter dem Dach der Health Sciences – einschließlich des am meisten vernachlässigten Gesundheitsberufs, der Pflege.



Klaus Hurrelmann, 75, war Gründungsdirektor der ersten deutschen School of Public Health an der Universität Bielefeld. Heute ist er Professor an der 'Health School of Governance' in Berlin

Zunahme der Heime



Quelle: Schöllkopf 1998, Statistisches Bundesamt 1961-2011, BMFSFJ 2006 (nur Dauerplätze, ohne Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege), Zusammenstellung: Prof. Werner 2013.

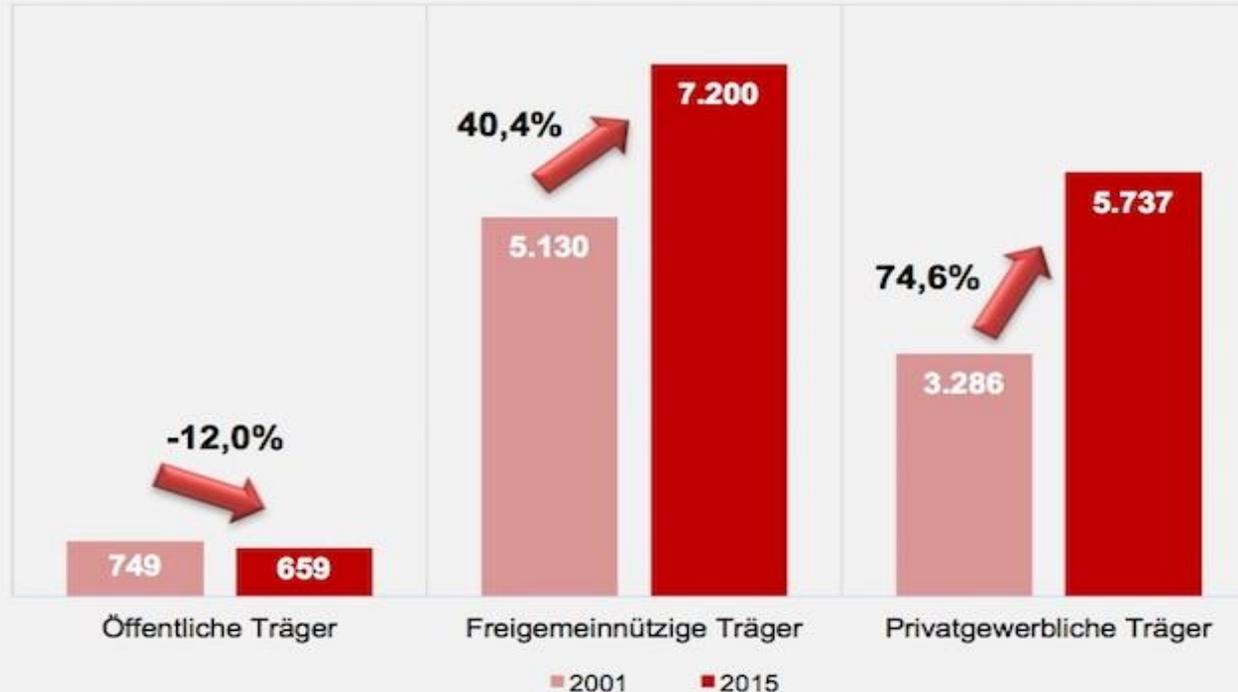
Plätze am 15.12.2017: 952.367 in 14.480 Pflegeheime

(Quelle: www.gbe-bunde.de v. 10. Juli 2019)

Weitere Entwicklung



Pflegeheime 2001 und 2015 nach Trägerschaft



Quelle der Daten: Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2001 und 2015

Aktuelle Sozialpolitik

Öffentliche Träger am 15.12.2017: 682

Freigemeinnützige Träger am 15.12.2017: 7631

Privatgewerbliche Träger am 15.12.2017: 6167

(Quelle: Statistisches Bundesamt 2018)

Qualitätsunterschiede



M. Neumayr, K. Meichenitsch: Sind Non-Profit-Organisationen die Guten?

Tabelle 2: Empirische Befunde zur Qualität der Dienstleistungen von non-profit und for-profit APH

Qualitäts- ebene	Indikatoren	Anzahl der Einzel- vergleiche (absolut)	Anteil der Vergleiche die eine höhere Qualität feststellen bei		
			non-profit APH (in %)	for-profit APH (in %)	weder/noch (in %)
<i>Struktur</i>	Personal (Qualifikation, Betreuungsschlüssel)	33	54,5	3,0	42,4
<i>Prozess</i>	Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen	23	47,8	17,4	34,8
	Anteil der KlientInnen mit Katheder	10	40,0	10,0	50,0
	Anteil der KlientInnen mit Magensonden	3	100,0	0,0	0,0
	Anteil der KlientInnen die Sedativa erhalten	7	57,1	0,0	42,9
<i>Ergebnis</i>	Sterblichkeitsrate	11	18,2	9,1	72,7
	Dekubiti (wundgelegene Stellen)	28	32,1	3,6	64,3
<i>Sonstige</i>	Gesamtbewertung nach OSCAR	22	54,5	0,0	45,5
	Alle anderen Indikatoren	41	41,5	4,9	53,7
SUMME		178	44,9	5,6	49,4

Quelle: Davis (1991), Hillmer et al. (2005), Comondore et al. (2009), Chesteen et al. (2005), eigene Berechnungen

Quelle: Neumayr, M. & Meichenitsch, K. (2011). Sind Non-For-Profit-Organisationen die Guten? Qualitätsunterschiede zwischen gemeinnützigen und gewinnorientierten Alten- und Pflegeheimen. Kurswechsel 4, 77-87.

Die Ökonomisierung (Pflegesektor)



- Kapitalrendite im öff.-recht. Pflegesektor: 2,8%
- Kapitalrendite im priv.-erwerbswirtschaftl. Pflegesektor: 8,3%
- Ausgaben f. Personal im öff.-recht. Pflegesektor: 62%
- Ausgaben f. Personal im priv.-erwerbswirtl. Pflegesektor: 50%

Die Ware Pflege

BZ-GASTBEITRAG: Wolfgang Kessler kritisiert die zunehmende Übernahme von Pflegeheimen durch Finanzinvestoren

Unter dem Stichwort Pflegenotstand wird über vieles diskutiert, was wichtig und richtig ist. Aber eines wird gerne verschwiegen: Dass immer mehr Pflegeheime an private Betreiber verkauft werden. Und zu diesen privaten Betreibern zählen zunehmend Finanzinvestoren, die vor allem lukrative Anlagemöglichkeiten suchen. Das hat Folgen.

Gerade in den vergangenen Jahren kaufen Großinvestoren in großem Stil Pflegeheime auf. Der größte Betreiber ist die französische Korian-Gruppe mit 220 Pflegeheimen und mehr als 25 000 Pflegeplätzen. Auch groß im Geschäft ist die schwedische Alloheim-Gruppe mit 165 Heimen. Wie attraktiv der deutsche Pflegemarkt für weltweit agierende Kapitalanleger ist, zeigt die Übernahme der Hamburger Vitanas Holding mit 8300 Mitarbeitern durch die kalifornische Investment-Gesellschaft Oaktree Capital vor wenigen Monaten. Insgesamt ist der Anteil privatwirtschaftlicher Betriebe im deutschen Pflegesektor zwischen 1999 und 2015 von 43,7 Prozent auf 52,3 Prozent angestiegen. Nicht alle sind Finanzinvestoren, aber ihr Anteil wächst rasant.

Natürlich können auch private Betreiber von Pflegeheimen gute Pflege bieten.

Bei Finanzinvestoren handelt es sich aber um spekulative Fonds oder Vermögensverwalter, die vor allem ein Ziel verfolgen: Sie wollen das Geld jener reichen Institutionen und Einzelpersonen mehren, die es bei ihnen angelegt haben. Sie streben nach Renditen zwischen fünf und zehn Prozent. Deshalb erwerben sie Pflegeheime oft mit rein spekulativen Zielen: Sie wollen den Wert des Kaufobjekts in wenigen Jahren steigern, um es zu einem hohen Preis zu verkaufen. Der Gewinn geht an die Anleger der Investment-Gesellschaft. Glaubt man der Gewerkschaft Verdi, so wollen auch Manager der Oaktree Capital ihre Pflegeheime nach sieben Jahren wieder verkaufen. Der Wert der Pflegeheime lässt sich am besten steigern, wenn man die Kosten senkt. In der Pflege kann dies bedeuten: Pflegekräfte unter Tarif bezahlen, Küchendienste und Reinigung outsourcen, Arbeit verdrängen. Es gibt Studien, die zeigen, dass öffentliche Pflegeheime ihre Beschäftigten in der Regel besser bezahlen als private.

Die Politik schweigt zu dieser Entwicklung – nicht ohne Grund. Denn sie hat den Finanzinvestoren einst selbst die Türen geöffnet. Mitte der 1990er-Jahre hat die rot-grüne Bundesregierung private Anbieter mit anderen Anbietern in der Pflege

gleichgestellt. Im gleichen Zeitraum hat sie spekulative Fonds auf dem deutschen Kapitalmarkt zugelassen. Allerdings wehte dieser neoliberale Zeitgeist nicht nur bei Rot-Grün. Auch die ehemalige Familienministerin Kristina Schröder (CDU) trat für die verstärkte Privatisierung der Pflege ein. Mit dieser Öffnung für Private wollte die Politik mehr privates Kapital in die Pflege locken. Dies ist ihr gelungen. Der hohe Anteil der privaten Anbieter und die zunehmende Dominanz der Finanzinvestoren sorgen jedoch dafür, dass oft fünf bis zehn Prozent der Beiträge zur Pflegeversicherung als Gewinnanteil an private Investoren fließen.

Aus diesem Grund braucht es derzeit mehr als eine Debatte über mehr Pflegekräfte. Es braucht eine radikale Umkehr: nämlich das Bekenntnis, dass Pflege in erster Linie eine öffentliche Aufgabe ist. Das heißt: Der Staat muss mehr Steuergelder investieren. Und im Gegensatz zu den Wahlkampf-Versprechen der großen Parteien darf eine Erhöhung der Beiträge zur Pflegeversicherung kein Tabu sein. Denn hier lässt sich mit einer geringen Beitragserhöhung viel bewegen. Nach einem Gutachten für die Gewerkschaft Verdi würde es ausreichen, den Beitragssatz für Arbeitnehmer und Arbeitgeber zusammen um 0,1 Prozentpunkte anzuheben, um 38 000 zusätzliche Beschäftigte – die Hälfte davon

Fachkräfte – zu finanzieren. Für Arbeitnehmer mit einem Bruttoeinkommen von 3000 Euro im Monat würde die Abgabenglast dann gerade mal um 0,05 Prozent steigen, also um 1,50 Euro. Zwei Schokoriegel im Monat für eine bessere Pflege, das würde keinen Arbeitnehmer überfordern.

Damit diese Gelder wirklich die Pflege stärken, sollten die Gewinne privater Anbieter in der Pflege staatlich begrenzt werden. Die Niederlande machen dies seit 2015 vor: Sie bevorzugen seither „nicht gewinnorientierte Anbieter“ und haben die Gewinnmöglichkeiten beschränkt. Werden die Renditen zum Beispiel auf zwei Prozent begrenzt, dann sind private Anbieter immer noch willkommen. Doch für spekulative Finanzinvestoren wird das „Pflegebusiness“ uninteressant. So würde die Politik deutlich machen: Es muss mehr Geld in die Pflege fließen. Aber Pflegebedürftige sind keine Renditeobjekte.



Wolfgang Kessler
ist Wirtschaftspublizist und Chefredakteur der christlichen Zeitschrift Publik-Forum.

Fünf Veränderungen



Veränderte Zweckbestimmungen der Heime



Heterogenität der Personalstruktur



Wachsende Anforderungen an die Pflegequalität



Marktzugang für internal operierende Hedge Fonds



Unterschiede in der Versorgungsqualität



Konsequenzen

1. Es gibt Unterschiede in der Versorgungsqualität zwischen „non for profit-Organisationen“ und „for profit-Organisationen“.
2. Pflege ist ein öffentliches Gut, daher sollte die Kommune einen Raum für Diskurs bieten und moderierend, begleitend, anregend diese Debatte unterstützen.
3. Heime stehen am Ende der Versorgungskette und werden gesellschaftlich als „Entsorgungsinstitutionen“ angesehen
4. Es kommt darauf in diesem Bereich Innovationen freizusetzen, d.h. die Versorgung zu verbessern, die „totale Institution“ zu verändern, die Quartiersentwicklung voranzutreiben



Herausforderung:

Wie gelingt es die Lebensqualität für die Bewohner zu ermöglichen – und gleichzeitig die Interessen, Anliegen und Bedürfnisse der Mitarbeiter im Blick zu behalten?

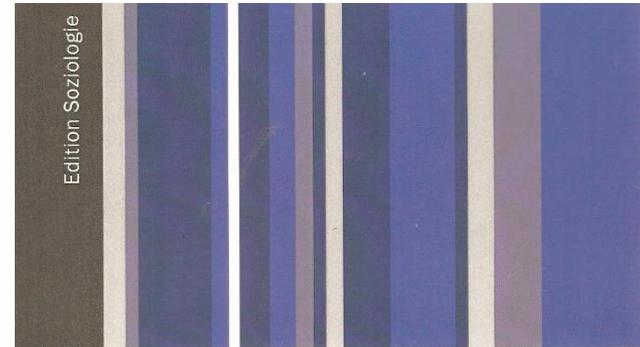


II. Was sind Innovationen?



Was sind Innovationen?

Wir bezeichnen „soziale Innovationen in einem nicht normativ angelegten analytischen Konzept als intentionale Neukonfiguration sozialer Praktiken“ (Howaldt et al. 2014, 13).



Jürgen Howaldt | Ralf Kopp |
Michael Schwarz

Zur Theorie sozialer Innovationen

Tardes vernachlässigter Beitrag
zur Entwicklung einer soziologischen
Innovationstheorie



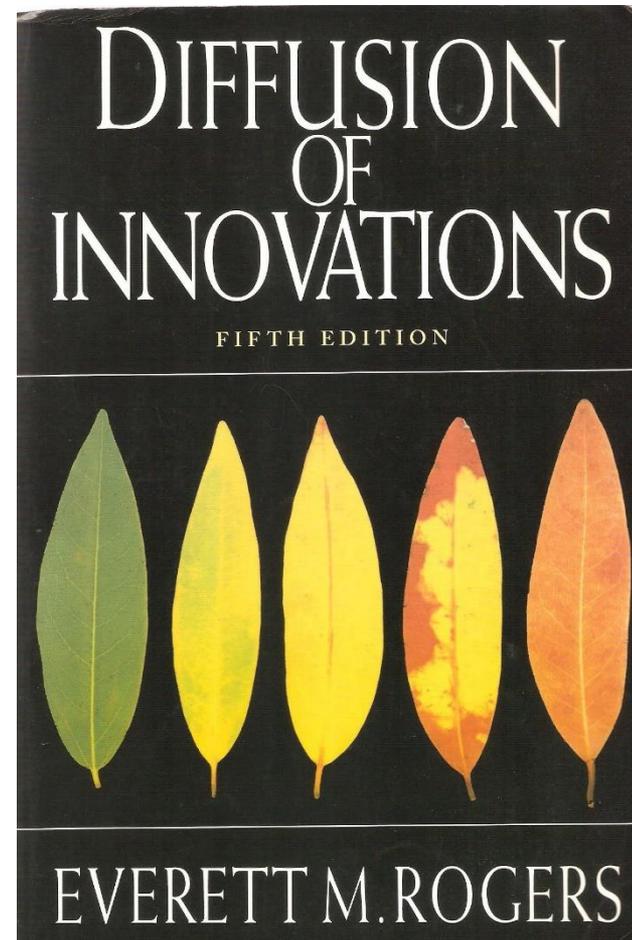
Was sind Soziale Innovationen?

- Unter Soziale Innovationen verstehen wir **neue gesellschaftliche oder soziale Praktiken** (Handlungsweisen, Organisationsformen, Haltungen, Werte), die von **bestimmten** Personen, Gruppen oder Organisationen ausgehen
- auf die **Lösung von Problemen** zielen
- direkt oder indirekt gesellschaftliche oder soziale **Bedarfe** decken
- häufig aus **informellen oder kollaborativen Kontexten** heraus entstehen
- auch partizipativ umgesetzt werden können
- in **Wechselwirkung mit technischen Innovationen** stehen können
- und in den entsprechenden Handlungsfeldern **angenommen** werden.



Ein Klassiker aus den USA

Diffusion is the process in which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system (Rogers 2003, 5).





Die Debatte in Deutschland

Implementierungswissenschaft befasst sich mit der Frage, wie Implementierungsprozesse funktionieren und effektiv beeinflusst werden können (Hoben et al. 2016, 26).

Hoben, Bär, Wahl (Hrsg.)

Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie

Grundlagen, Forschung
und Anwendung – Ein Handbuch

Kohlhammer

Bezüge zur Pflege und zum Gesundheitswesen

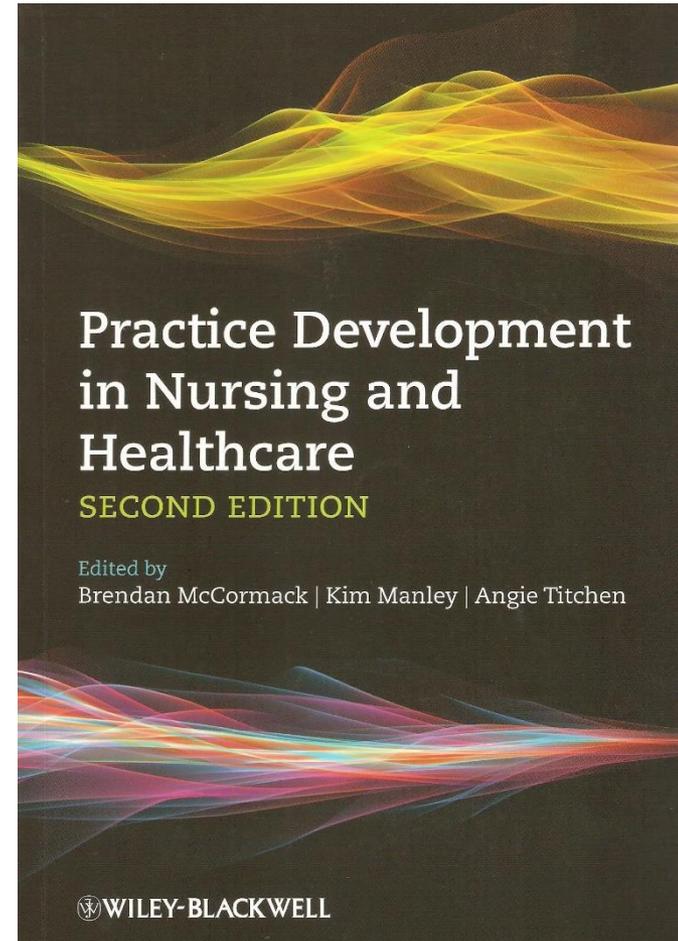
PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR

philosophisch und theologisch orientierte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft

Pflegewissenschaftliche Fakultät



Practice development is „a continuous process of improvement towards increased effectiveness in patient centred care. This is brought about by enabling health care teams to develop their knowledge and skills and to transform the culture and context of care“ (Mc Cormack et al. 2013, 4).





III. Lehrpflegeheime – eine echte Chance für Innovationen



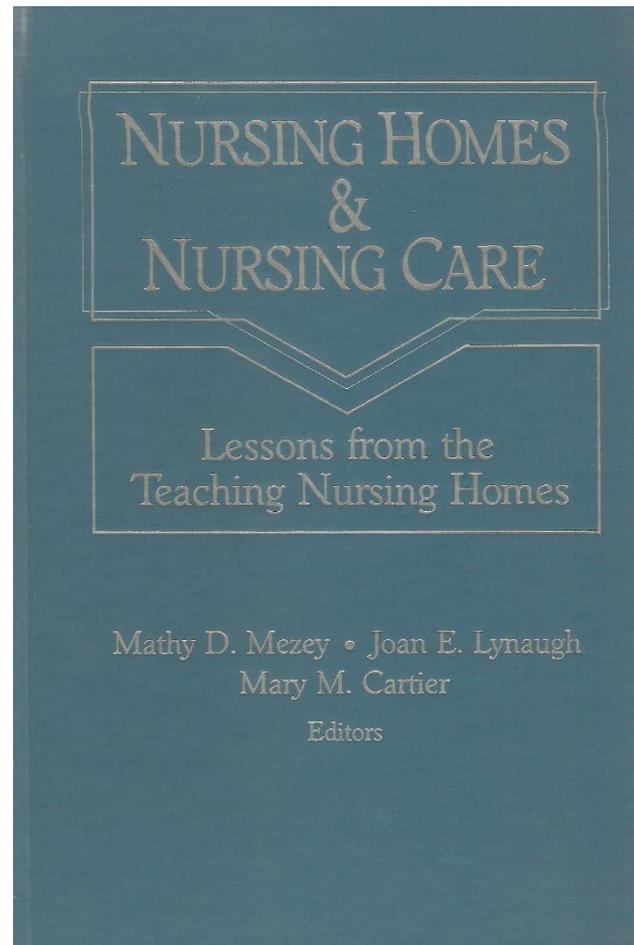
Vorläufer (wie entstand die Idee?)

- USA – Butler (Geriatric); Mezey (Pflegewissenschaft)
- Die Robert Wood Johnson Foundation (USA) hat in den Jahren 1982-1987 ein Teaching Nursing Homes Programm (THNP) finanziert – in der Höhe v. 7 Millionen US-Dollar



Die Akteure der ersten Stunde in den USA

- Co-sponsored von der American Academy of Nursing und durchgeführt von der School of Nursing (University of Pennsylvania [Prof. Aiken] wurden aus einem Pool v. 53 “nursing schools” 11 ausgewählt , die mit insgesamt 12 Pflegeeinrichtungen kooperierten
- Das Programm verteilte sich auf acht US-Bundesstaaten





Grundidee

Es geht darum ...

- Pflegeheime als zukunftsorientierte, innovative und qualitätsorientierte Versorgungszentren zu etablieren
 - die (klinische) Pflegqualität zu verbessern
 - die Quartiers- und Sozialraumorientierung umzusetzen
 - die personelle Situation qualitativ und quantitativ auszubauen



Prinzipien

- Verbesserung der Wissensbasis
- Vernetzung von Forschung, klinischer Praxis und Ausbildung
- Qualitätsverbesserung durch wissenschaftlich fundierte Kompetenzerweiterung
- Parallele Ausbildung in Praxis und Theorie



Erfolgsfaktoren

- Gemeinsames Handeln ‚vor Ort‘
- Vernetztes Agieren ‚auf Augenhöhe‘
- Übereinstimmung in Haltung und Menschenbild



Eckpunkte

- Aufrechterhaltung, Förderung und Weiterentwicklung der Pflege- und Lebensqualität
- Reduktion des „gap“ zwischen Theorie und Praxis
- Ausbildung für Studierende in klinischer Perspektive
- Integration der Einrichtung in den Sozialraum



Umsetzung

- Qualifikationsarbeiten und Forschungspraktika
- Synergieeffekte in der Forschung
- Universitär begleitete Fort- und Weiterbildung in den Einrichtungen
- Wissenschaftliche Evaluation



Lehre und Forschung (Hochschulen und Universitäten)	Ausbildung (Fachschulen)	Praxis (Einrichtungen)
<p>Nutzung von Synergieeffekten für universitäre Lehre und Forschung:</p>	<p>Nutzung von Synergieeffekten für die fachschulische Ausbildung</p>	<p>Nutzung von Synergieeffekten für Innovationen und Qualitätsentwicklung:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - die Schaffung einer gemeinsamen Ausbildungszielsetzung unterschiedlicher Lernorte 	<ul style="list-style-type: none"> - Der regelgeleitete Austausch der beteiligten Akteurinnen und Akteure 	<ul style="list-style-type: none"> - die angestrebte Organisationskultur
<ul style="list-style-type: none"> - eine institutionelle Vernetzung von Pflegepraxis, Fachschule und Hochschule als Lernort 	<ul style="list-style-type: none"> - die Schaffung von gemeinsamen Lernsituationen 	<ul style="list-style-type: none"> - die angestrebte gemeinsame Haltung der beteiligten Akteurinnen/Akteure
<ul style="list-style-type: none"> - die Etablierung einer gemeinsamen Forschungskultur für Praxis und Hochschule 	<ul style="list-style-type: none"> - die Entwicklung einer gemeinsamen Ausbildungszielsetzung unterschiedlicher Lernorte 	<ul style="list-style-type: none"> - die angestrebte Fachlichkeit und Erhöhung des Ausbildungsniveaus



Vorteile

Stakeholder	Positive Auswirkungen
Bewohner (und ihre Angehörigen)	Versorgung, Pflegequalität, Zufriedenheit
Fachpersonal in Heimen	Erhöhung der klinisch-praktischen (Pflege)-Kompetenz, Beteiligung an Forschung
Studenten / Auszubildende	Höhere Qualität von Trainings, Bezug zur Altenpflege

Pflegeheime: Organisationswandel, Innovationen

Fakultät / Bildungsinstitutionen: Zusammenarbeit mit der Praxis



Herausforderungen

Robert Wood Johnson Foundation TNH Program

1. „Culture gap“ zwischen Heimen und (akademischen) Ausbildungsinstitutionen
2. Personalnotstand, Personalbedarf, Personalwechsel (vor allem in Heimen)
3. Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit
4. Negative Einstellungen gegenüber Alter, Pflegebedürftigkeit, Demenz

Wichtig ist, dass ein echter **Wille** zur Zusammenarbeit vorhanden ist



Barrieren

Barrieren	% der Antworten
1. Ungenügende finanzielle Ressourcen („funding“)	53.0
2. Fehlen von Commitments (d.h. verbindlichen Formen der Kooperation)	36.0
3. Zurückhaltung der Praxis bei Innovationen und klinischen Veränderungen	18.0
4. Zeitliche Engpässe der Praxis, auch der Partner	13.0
5. Unzureichende Verankerung des Mentorensystems	11.0
6. Fehlendes Verständnis zwischen den Partnern	4.0



Internationale Befunde

- Forschung in den USA and Australien hat gezeigt, dass TNH-Programme dazu geführt haben, dass ...
 - Studierende nach ihrem Studium qualifizierte Positionen in der Altenpflege (“aged care post-graduate positions“) übernommen haben (LeCount 2004; Leppa 2004; Trossman 2003; Hollinger-Smith 2003; Burke & Donley 1987)
 - evidenzbasierte Praxis und Forschung im Bereich Kontinenzmanagement, Sturzprävention und Wundversorgung implementiert wurde (Kethley 1995: 99; Lindemann 1995: 79; Wallace et al 2007: 7 - citing Quinn et al 2004; Trossman 2003; Popejoy et al 2000; Mezey & Fulmer 1999)



Internationale Befunde

- Forschung in den Niederlanden hat gezeigt, dass TNH-Programme dazu geführt haben, dass ...
 - Pflegequalität in den Einrichtungen gestiegen ist
 - die Beziehung zwischen Ärzten und Bewohnern intensiviert wurde (das Modell war auf die Arbeit v. Ärzten fokussiert)
 - sich die Pflegeplanung verbessert hat
 - überflüssige Hospitalisierungen vermieden wurden
 - medizinische Versorgungsqualität in den Heimen optimiert wurde (Hoeck et al. 2003: 248)



Internationale Befunde

- Forschung in den Norwegen hat gezeigt, dass TNH-Programme dazu geführt haben, dass ...
 - das Kompetenzspektrum Pflegenden verbreitert wurde
 - der “Theorie-Praxis-Transfer” zwischen Pflegeeinrichtungen verbessert wurde
 - die Lernerfolge für Studenten erhöht wurden
 - Partizipation der einzelnen Berufsgruppen gesteigert wurde (Kirkevold 2008: 284-285 und zitiert bei Hagen et al.: 2000)



Eine große Studie aus den USA

- Shaughnessy et al. (1995): Quality of Care in Teaching Nursing Homes: Findings and Implications. Health Care Financing Review, 16, 4, 55-83.



Table 1

Before/After Changes in Hospitalization Rates, Hospital Days, and Community Discharge Rates for TNH and CNH Patients¹

	TNH Patients			CNH Patients			Before/After Change					
	Before Mean	After Mean	Significance ²	Before Mean	After Mean	Significance ²	TNH Change	CNH Change	Mean Difference	Significance ³	Case-Mix Adjusted ⁴ Difference	Significance
Hospitalization Rates (Admission Sample Patients)												
Percent Hospitalized in:												
	Percent			Percent								
3 Months	19.3	12.3	.015	19.2	18.1	.130	-7.0	4.9	-11.9	.007	-17.2	.005
6 Months	20.6	14.1	.010	21.5	21.9	.943	-6.5	0.4	-6.9	.109	-9.9	.073
12 Months	25.3	16.0	.003	28.0	25.1	.406	-9.3	-2.8	-6.4	.128	-10.9	.061
Live Discharges												
Percent Discharged to Hospital	41.5	27.0	<.001	42.2	42.8	.765	-14.5	0.6	-15.1	.016	-12.5	.055
Hospital Days (Admission Sample Patients)												
Hospital Days in:												
	Days			Days								
3 Months	2.3	0.7	.009	0.7	1.2	.053	-1.6	0.5	-2.1	<.001	-2.3	<.001
6 Months	3.0	1.0	.006	1.5	1.7	.068	-2.0	0.3	-2.3	.001	-2.2	.002
12 Months	3.4	1.3	.003	2.5	2.3	.609	-2.1	-0.2	-1.9	.030	-2.2	.013
Community Discharge Rates (Admission Sample Patients)												
Percent Discharged to Community in:												
	Percent			Percent								
3 Months	34.0	45.7	.001	25.2	29.2	.246	11.7	4.7	7.0	.355	0.7	.882
6 Months	38.5	48.1	.002	26.0	34.1	.047	9.6	8.1	1.5	.982	-7.6	.229
12 Months	39.4	48.3	.003	28.8	35.3	.078	8.9	8.5	2.4	.820	-4.7	.481

¹ Retrospective and prospective admission sample sizes are presented in the article. The results for live discharges are based on an overall sample size of 2,437 discharges.

² Exact significance level for comparisons of hospitalization rates and community discharge rates are based on Fisher's exact test or the chi-square test approximation to Fisher's test. For comparisons of hospital days, significance levels are based on *t*-tests or Wilcoxon tests, depending on the underlying probability distribution.

³ For hospitalization rate and community discharge rate comparisons, the exact significance level for unadjusted mean differences based on significance of the coefficient of an interaction dichotomy (TNH x intervention [post] period) in a logistic regression model that also included dichotomies for pre/post and TNH/CNH. For comparisons involving hospital days, an ordinary least squares regression model was used.

⁴ Significance of the adjusted mean difference is the significance of the coefficient of the (TNH x post) interaction in a logistic (ordinary, for hospital days) regression model with case-mix covariates/risk factors and the pre/post and TNH/CNH dichotomies present. The adjusted mean difference was estimated from this logistic (ordinary, for hospital days) regression model.

NOTES: "Before" includes 1981-82. "After" includes 1985-87. TNH is teaching nursing home, CNH is comparison nursing home.

SOURCE: Primary data collected by nursing home and research staff on Teaching Nursing Home Program study patients (from TNHs and CNHs).



Table 2
Risk-Factor-Adjusted Patient Status Outcomes in TNHs and CNHs:¹
Prospective Admission Sample

Prospective Admission Sample	TNH Mean	CNH Mean	Unadjusted Mean Difference	Unadjusted Significance ²	Case-Mix-Adjusted Mean Difference ³	Case-Mix-Adjusted Significance ³
Discharged to Community						
Percent						
Stabilized in Bathing	45.7	31.9	13.8	<.001	15.7	<.001
Stabilized in Ambulation	42.1	30.1	12.0	<.001	10.5	<.001
Improved in Transferring	30.1	19.5	10.6	<.001	10.1	<.001
Improved in						
Decubitus Ulcer Pattern	95.8	75.0	20.8	.033	10.1	.227
Bowel Incontinence	54.8	32.8	22.0	.013	27.5	.004
Stabilized in						
Catheter Pattern	91.9	83.1	8.8	.007	11.7	.002
Decubitus Ulcer Pattern	88.0	83.0	5.0	.119	3.9	.231
Patients in Facility 6 Months						
Improved in Dressing	28.2	36.6	-8.4	.046	-5.8	.177
Improved in Feeding	43.7	52.4	-8.7	.086	-7.6	.166
Stabilized in Urinary Incontinence	78.2	85.8	-7.6	.077	-5.0	.315

¹ Data correspond to the intervention-period prospective admission sample. Prospective admission sample sizes are presented in the article. The number of valid cases for each variable may differ due to the exclusion of cases with incomplete or missing data.

² The unadjusted significance level for dichotomous variables is that of the odds ratio (coefficient) in a logistic regression model using only the 0/1 TNH indicator as an independent variable.

³ The mean difference for dichotomous variables was adjusted using logistic regression. The significance for the adjusted mean difference is the significance of the odds ratio, i.e., $\exp(b)$, where b is the coefficient of the TNH versus CNH dichotomy in a logistic regression model, with case-mix covariates in the model.

NOTES: TNH is teaching nursing home. CNH is comparison nursing home.

SOURCE: Primary data collected by nursing home and research staff on Teaching Nursing Home Program study patients (from TNHs and CNHs).



Table 7

Cost of Hospital and Nursing Home Care for TNH and CNH Patients, Adjusted for Case Mix¹

Institutional Cost per Patient for Fixed Time Periods	TNH Mean	CNH Mean	Unadjusted Mean Difference	Unadjusted Significance ²	Case-Mix- Adjusted Mean Difference ³	Case-Mix- Adjusted Significance ³
Hospital Care						
3 Months	\$1,396	\$2,110	-\$ 714	.003	-\$ 759	.002
6 Months	2,502	3,533	-1,031	.020	-1,220	.007
TNH/CNH Care						
3 Months	3,512	3,598	-86	.407	229	.010
6 Months	5,341	5,648	-307	.163	460	.015
Other Nursing Home Care						
3 Months	169	115	54	.022	31	.212
6 Months	421	360	61	.305	-16	.792
All Hospital and Nursing Home Care						
3 Months	5,077	5,823	-746	.002	-533	.031
6 Months	8,264	9,541	-1,277	.006	-850	.067

¹ Institutional cost results are based on samples of 1,103 TNH and 1,027 CNH patients for whom a full 6 months of followup data were available, including community or other-institution followup for discharged patients.

² The unadjusted significance level for each cost variable (continuous variables) is the coefficient in an ordinary regression model using only the 0/1 TNH indicator as an independent variable.

³ The mean difference for the cost variable was adjusted using ordinary regression. The significance for the adjusted mean difference is the significance of the coefficient of the TNH versus CNH dichotomy in an ordinary regression model with case-mix covariates in the model.

NOTES: TNH is teaching nursing home. CNH is comparison nursing home.

SOURCE: Primary data collected by nursing home and research staff on Teaching Nursing Home Program study patients (from TNHs and CNHs).



Zusammenfassend

- Forschung der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Mezey et al. (2008: 10) identifizierte folgende Punkte:
1. Vision (Fokus auf Lebensqualität)
 2. Lernumwelt
 3. Strukturen partnerschaftlich-reziproker Zusammenarbeit
 4. Wertebasierte Pflegepraxis, die innovativ und zukunftsorientiert ist
 5. Adäquate Ressourcen (Zeit, Personal, etc.)
 6. Qualitätsentwicklung (Pflegequalität, Lernerfolge v. Mitarbeitern, Kooperation)
 7. Funding (Land, Bund, Stiftungen etc.)
 8. Einfluss auf Akkretierungen zur Verbesserung der Altenpflege
 9. Öffnung in den Sozialraum (Kommune)



III. Zum Schluss ...

Dürers Mutter

geboren 1451,
porträtiert von Albrecht Dürer im
Alter von 63 Jahren

„Meine fromme Mutter hat 18
Kinder getragen und erzogen, hat
oft Seuchen gehabt, viele andere
schwere Krankheiten, hat große
Armut gelitten, Verspottung,
Verachtung, höhende Worte,
Schrecken und große
Widerwärtigkeit“





Politisches Ziel muss es sein, nicht allein die Versorgung sicherzustellen, sondern diese mit einer Qualitätsperspektive zu verbinden, die am Stand der pflegewissenschaftlichen Fachdiskussion orientiert, wertebasiert und gemeinwohlorientiert sein muss.



Man muss ins Gelingen verliebt sein,
nicht ins Scheitern
(Ernst Bloch, 1885-1977)

PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR

Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft

Pflegewissenschaftliche Fakultät



Herzlichen Dank

