

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



Interview mit der Berliner Gesundheitssenatorin Dilek Kolat: „Jeder Arbeitgeber muss gute Arbeitsbedingungen schaffen.“

„Pflege ist erwachsen“

„Habt Mut. Nehmt es in die Hand und gestaltet“, rief Pflegerats-Präsident Andreas Westerfellhaus den tausenden Teilnehmern des Deutschen Pflorgetags zu.“

„Das Heft in die Hand“

Im Interview spricht sich Professorin i. K. Dr. rer. cur. Dr. Sandra Bensch für eine Bundespflegekammer als „Repräsentanz nach außen“ aus.

„Der Fehler liegt im System“

„Der Pflegeberuf muss von einer eigenen Profession weiterentwickelt werden.“ Damit spricht sich Karl-Josef Laumann ebenfalls für eine Bundespflegekammer aus.



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und „Monitor Pflege“ sowie Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

Pflege hat Rückenwind

>> **MoPf-Titelinterview mit Dilek Kolat, Berliner Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung** > S. 6 ff.

„Erstmalig trägt in Berlin eine Senatsverwaltung das Wort Pflege im Namen.“ **Dilek Kolat**, die neue Berliner Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, gibt zu Beginn ihrer Amtszeit einen Überblick zu den Vorhaben der Berliner Landesregierung im Bereich Pflege. Dabei geht es auch um „Verbesserungen im Bereich Pflege“, für die sie sich im Wahlprogramm der SPD zur Bundestagswahl einsetzt.

Interview mit Professorin i.K. Dr. rer. cur. Sandra Bensch, Katholische Hochschule Mainz

> S. 14 ff.

„Pflege ist in erster Linie ein inhaltlicher Leistungserbringer und kein Kostenfaktor.“ So **Sandra Bensch**, Professorin für Pflegepraxis und Pflegedidaktik und Mitglied der Vertreterversammlung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und gibt einen Überblick über die verschiedenen anstehenden pflegepolitischen Themen: Von Berechnungen zu „Pflegepersonal im Krankenhaus“ über den Fachkräftemangel und die Reform der Ausbildung aller Pflegeberufe bis zu Erfahrungen mit der Landespflegekammer und den Aufgaben einer Bundespflegekammer.

4. Deutscher Pfl egetag

> S. 10 ff.

Beim Deutschen Pfl egetag im März ging es um die Weiterentwicklung der Pflege und wie sie dafür Druck auf die Gesundheitspolitik ausübt. **Andreas Westerfellhaus**, Präsident des Deutschen Pfl egerates, formulierte die „Erwartungen und Forderungen“ der Pflege, Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** berichtete über erzielte Fortschritte in dieser Legislaturperiode. Die beiden Pflegestärkungsgesetze bezeichnete er als „einmaligen Kraftakt in der Geschichte unserer sozialen Sicherungssysteme“. Der Patientenbeauftragte und Pflegebevollmächtigte, Staatssekretär **Karl-Josef Laumann**, setzt sich nach anfänglicher Skepsis für die Schaffung einer Pflegekammer ein, denn „überall, wo an zentraler Stelle über Pflege entschieden wird, sitzt Pflege nicht mit am Tisch.“

Lesen Sie auch unsere Berichte über **Dr. Stefan Etgeton**, Bertelsmann Stiftung, zur Entwicklung eines neuen Pflegeportals, das „eine feingranulare Suche nach einer möglichst passgenauen Pflegeeinrichtung“ ermöglichen soll, über **Prof. Dr. Boris Augurzky**, Studienleiter der Untersuchung „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“ zu Personaluntergrenzen sowie die Stellungnahme zum selben Thema von **Torsten Rantzsch**, Vorstandsvorsitzender des Managementverbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (VPU). > S. 18 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

> S. 23 ff.

Mehmecke und **Simon** stellen Erfahrungen des US-Bundesstaats Kalifornien mit der Umsetzung staatlich vorgegebener Mindestbesetzungen in Form von „Nurse-to-Patient Ratios“ vor. Sie haben dazu die zahlreichen Veröffentlichungen zu den Auswirkungen der kalifornischen Nurse-to-Patient Ratios einschließlich mehrerer empirischen Studien analysiert. Die Literatur belegt überwiegend, dass befürchtete negative Auswirkungen nicht eingetreten sind und sich die Regulierung als zweckdienliches Instrument zur Sicherstellung einer ausreichenden Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser erwiesen hat.

Hartoch und **Konrad** präsentieren qualitative Interviews mit drei Ergotherapeuten zu ihren Eindrücken bei der Fixierung von Psychiatriepatienten. Fixierungen nehmen im stationären Setting einen immer größeren Stellenwert ein. Die Ergotherapeuten beobachten keinen Einfluss zwischen der Durchführung einer Fixierung und den Auswirkungen auf ihre Rolle als Therapeuten, sehen jedoch Maßnahmen und Methoden der Ergotherapie, um Verhalten, das Fixierung nötig macht, in Einzelsituation zu verhindern. > S. 30 ff.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Sommer und hier eine interessante Lektüre mit vielen Informationen, die für Sie und Ihre Arbeit nützlich sind.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski
Herausgeber „Monitor Pflege“

INHALT

Pflege hat Rückenwind

Editorial MoPF-Herausgeber Prof.Dr. Reinhold Roski

Weil „wollen“ alleine nicht mehr reicht

Editorial MoPF-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Gute Arbeitsbedingungen schaffen“

Titelinterview mit der Berliner Gesundheitssenatorin Dilek Kolat

„Pflege ist erwachsen“

DPT-Grundsatzrede von Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflgerates

„Rückenwind für alle Menschen“

DPT-Rede von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Der Fehler liegt im System

DPT-Rede von Karl Josef Laumann, Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter

„Das Heft in die Hand nehmen“

Interview mit Professorin i. K. Dr. rer. cur. Sandra Bensch, Katholische Hochschule Mainz

Lebensqualität messen

DPT-Vortrag von Dr. Stefan Etgeton, Bertelsmann Stiftung

Untergrenzen als Innovationshemmnis?

Studie zu Personaluntergrenzen: „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“

Offenes Fenster nutzen

Torsten Rantzsch (VPU) bezieht Stellung zu Personaluntergrenzen

News

WISSENSCHAFT

Sandra Mehmecke M.A. / Prof. Dr. phil. Michael Simon

Staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser: Kaliforniens Erfahrungen mit der Umsetzung

Kristin Hartoch / Dipl.-Ergoth. Marcel Konrad, MSc

Zwangmaßnahmen in der allgemeinen Psychiatrie – Subjektive Perspektiven von Ergotherapeuten zur Fixierung von Patienten

Impressum Monitor Pflege

Monitor Pflege
Fachzeitschrift zur Versorgung,
Management und Forschung in
der Pflege

3. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org
Verlagsleitung: Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
heiser@monitor-pflege.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste 1 vom
1.1.2015

Herausgeber
Prof. Dr. Reinhold Roski, Hochschule
für Technik und Wirtschaft Berlin
roski@monitor-pflege.de

Chefredaktion
Peter Stegmaier
(verantwortlicher Redakteur)

Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
stegmaier@monitor-pflege.de

Redaktion
Kerstin Müller
mueller@monitor-pflege.de
Jutta Mutschler
mutschler@monitor-pflege.de

Marketing/Online
Anke Heiser
heiser@monitor-pflege.de
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

Abonnement
Monitor Pflege erscheint viermal
jährlich. 4 Ausgaben kosten 90
Euro zzgl. Versandkostenanteil
in Höhe von 6,14 Euro pro Jahr
in Deutschland (Versandkosten
Ausland: 54 Euro). Das
Abonnement verlängert sich
automatisch um ein weiteres
Jahr, wenn es nicht spätestens
sechs Wochen vor Ablauf des
Bezugsjahres schriftlich gekündigt
wird.
Jahresvorzugspreis für Studenten
gegen Vorlage einer Immatrikula-
tionsbescheinigung 60 EUR zzgl.
jew. Versandkostenanteil.
Preisänderungen vorbehalten.

Layout
eRelation AG, Bonn

Druck
WIRMachenDRUCK GmbH
Mühlbachstr. 7
71522 Backnang
Deutschland
Printed in Germany
E-Mail: info@wir-machen-druck.de

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr
enthaltenen einzelnen Beiträge
und Abbildungen sind urheber-
rechtlich geschützt. Mit Annahme
des Manuskripts gehen das Recht
zur Veröffentlichung sowie die

Rechte zur Übersetzung, zur
Vergabe von Nachdruckrechten,
zur elektronischen Speicherung
in Datenbanken, zur Herstellung
von Sonderdrucken, Fotokopien
und Mikrokopien an den Verlag
über. Jede Verwertung außerhalb
der durch das Urheberrechtsgesetz
festgelegten Grenzen ist ohne
Zustimmung des Verlags unzulässig.
In der unaufgeforderten Zusendung
von Beiträgen und Informationen
an den Verlag liegt das jederzeit
widerrufliche Einverständnis, die
zugesandten Beiträge bzw. Informa-
tionen in Datenbanken einzu-
stellen, die vom Verlag oder Dritten
geführt werden.

Herausgeber

2

Prof. Dr. Reinhold Roski

Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbe-
reich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der
Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.



4

Herausgeber-Beirat

Wissenschaftlicher Beirat

10

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten Herdecke



12

13

Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher

IGV Research



14

18

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szepan

AOK-Bundesverband



20

Franz Wagner MSc, RbP

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) –
Bundesverband e.V., Berlin



22

19

Andreas Westerfellhaus RbP

Präsident, Deutscher Pflgerat e.V. – DPR, Berlin



Praxis-Beirat

23

Lutz Bandte

Geschäftsführung



30



Peter Stegmaier
Chefredakteur von „Monitor Pflege“ und „Monitor Versorgungsforschung“

Weil „wollen“ alleine nicht mehr reicht

>> In ihrem Vorwort zum kürzlich erschienenen 2. Pflegereport, vorgelegt von der AOK Nordost und dessen eigenem Versorgungsforschungsinstitut GeWINO, schrieb Univ.-Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier von der Berliner Charité, dass dieser nun schon 2. Pflegereport für die Länder Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern – eben dem Versorgungsgebiet dieser AOK – „auch für die Wissenschaft den richtigen Weg“ weisen würde, weil damit „aus den routinemäßig vorhandenen Daten die Basis generiert würde, „die wir für die wissenschaftliche Begleitung der pflegerischen Versorgungsinnovationen für Menschen mit einer Demenz brauchen“. Hinzuzufügen wäre: Nicht nur für jene mit Demenz, und vor allem: Warum gibt es solche Regional-Reports nur für diese drei Bundesländer, die das ausgesprochene Glück haben, durch eine aktive, verantwortungsvolle und obendrein gestaltungswillige Kasse versorgt zu werden? Ok, nicht alle, die dort leben, werden von der AOK Nordost betreut, aber doch ein Großteil. Auch folgende Frage darf man doch einmal stellen: Wer hat sich denn für solche Reports beispielsweise in Bayern, im Saarland und den restlichen Bundesländern verantwortlich gefühlt? Bitte Hand heben! Wir berichten gerne darüber.

> S. 19

Und zwar bitte bald, denn die Zeit drängt. Wer den 2. Pflegereport aufmerksam liest, dem fallen vor allem folgende Aussagen auf:

Erstens: 2015 hatte fast jeder dritte Demenzkranke im Nordosten Deutschlands, also in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, überhaupt noch keine Pflegestufe!

Zweitens: 63,3 % der 60+-jährigen AOK Nordost-Versicherten mit Demenz und Pflegestufe wurden 2015 in der eigenen Häuslichkeit gepflegt.

Drittens: Seit 2011 ist dieser Anteil um 4,4 Prozentpunkte gestiegen.

Viertens: 2015 lag die Demenzquote bei 60+-jährigen der AOK Nordost-Versicherten in allen Nordostregionen bei 14,6 % und ist innerhalb von fünf Jahren um 1,8 Prozentpunkte gestiegen.

Fünftens: Die geringste Demenzquote hatte mit 13 % die Metropole Berlin, wobei der Anteil der Demenzkranken sich hier in fünf Jahren um nur einen Prozentpunkt steigerte, was fast die Hälfte der Steigerungsrate im Vergleich zu Brandenburg ist.

Ergänzt man diese an sich schon erschreckenden Zahlen, um jene, die Dilek Kolat, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung des Landes Berlin, im Titelinterview dieser Ausgabe nennt, wird die gesamte Tragik deutlich, die da auf uns zurollt:

> S. 6

Erstens: Bereits derzeit sind rund 116.500 Berlinerinnen und Berliner pflegebedürftig, 2/3 davon sind Frauen.

Zweitens: Bis 2030 wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen insgesamt auf etwa 170.000 ansteigen.

Drittens: Laut Bevölkerungsprognose für Berlin steigt die Zahl der über 80-Jährigen bis 2030 um 62%.

Viertens: Die fünf Bezirke mit den höchsten Zuwachszahlen liegen im Ostteil der Stadt, an der Spitze Pankow mit +16%, Treptow-Köpenick und Lichtenberg mit je +9,8%.

Fünftens: Über 75% der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, davon 51% (bzw. 57.000 Menschen) ausschließlich durch Angehörige, während nur etwa 1/4 vollstationär gepflegt wird.

Nun ist es schon jetzt klar, dass alleine durch die Einführung der Pflegegrade in diesem Jahr mit einem deutlichen Anstieg der Demenzkranken mit Pflegegrad zu rechnen ist. Nicht, weil es auf einmal mehr Demente gibt, sondern weil die Krankheitslast besser als bisher abgebildet wird. Nur: Wer betreut und pflegt denn in Zukunft all diese Leute, wenn auch die Betreuenden und Pflegenden immer älter werden?

Hier stehen wir sicher erst ganz am Anfang einer recht schwierigen Diskussion, die nichts dringender braucht als eine Rationale: Wie eben die von AOK Nordost und GeWINO vorgelegten kleinräumigen Analysen sowie der Prognose von Bedarf und Angebot im Nordosten Deutschlands, die als Voraussetzung für eine effektive Sozialplanung der Kommunen und eine umfassende pflegerische Versorgung durch die Pflegekassen gelten kann. Nun müssten die Verantwortlichen sie nicht nur nutzen (wollen), sondern müssen! <<

Ihr
Peter Stegmaier,
Chefredakteur „Monitor Pflege“



Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

16. Kongress | 4. - 6.10.2017 | Urania - Berlin

Zukunft regionale Versorgung – Forschung, Innovation, Kooperation



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

www.dkvf2017.de



Interview mit der Berliner Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Dilek Kolat (SPD)

„Gute Arbeitsbedingungen schaffen“

Der Berliner Senat bietet der Pflege eine größere Bühne. Sie wird erstmals in der Bezeichnung einer Senatsverwaltung benannt und in einer eigenständigen Abteilung Pflege bearbeitet. Für diese Abteilung ist die Senatorin Dilek Kolat (SPD) seit dem 8. Dezember 2016 zuständig. Im Kontext der kulturellen Vielfalt Berlins Pflege zu gestalten, ist eine Herausforderung, der Kolat sich im Sinne aller an der Pflege Beteiligten stellen will. Dabei soll eine hohe Qualität für die Pflegebedürftigen auf Landesebene weiter sichergestellt und eine Fachkräftesicherung mit dem Ziel, die Ausbildungszahlen mit gezielten Maßnahmen zu erhöhen, erreicht werden. Was Kolat alles im Blick hat, stellte sie als Referentin auch auf dem Deutschen Pflorgetag 2017 in Berlin vor.

>> Frau Kolat, was qualifiziert die Pflege, in der Senatsverwaltung Berlin erstmals durch eine eigene Abteilung vertreten zu sein?

Pflege geht uns alle an und kann einen schneller betreffen als man denkt. Dieses Thema gehört also in die Mitte der Gesellschaft. Etwa 17 Prozent der Menschen in unserer Stadt haben Kinder – aber alle haben Eltern, und die Wahrscheinlichkeit, dass diese einmal pflegebedürftig werden, ist hoch. Erstmals trägt in Berlin eine Senatsverwaltung das Wort Pflege im Namen. Es geht aber nicht nur um den Namen, sondern wir bauen derzeit eine neue Abteilung Pflege auf, wo wir alle diesbezüglichen Themen zusammenfassen. So können wir die wichtigen Themen der Zukunft viel besser angehen.

Der Senat will an dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ festhalten. Was sind da genau Ihre Pläne?

Ich will die Sicht der Betroffenen einnehmen, also derjenigen, die Pflege brauchen, deren Angehörigen und derjenigen, die in der Pflege arbeiten. Bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen beobachten wir häufig, dass sie Leistungen, auf die sie Anspruch hätten, nicht wahrnehmen. Die am 1. Januar in Kraft getretene Pflegereform bringt mehr Leistungen und einen umfassenderen Begriff von Pflegebedürftigkeit. Die meisten Menschen wollen so lange wie möglich zu Hause gepflegt werden. Ich möchte die besseren Leistungen zu den Menschen bringen. Dies kann insbesondere durch eine gute Beratung gelingen. Daher möchte ich die Pflegestützpunkte, die kostenlos und neutral beraten, weiter stärken. Knapp 43.000 Ratsuchende lassen sich dort jedes Jahr unabhängig und anbieterneutral informieren.

Weiter ist es mir wichtig, die pflegenden Angehörigen zu unterstützen. Diese sind der größte Pflegedienst Berlins und ihnen gehört

mein großer Respekt. Mit der Woche für pflegende Angehörige, die ich am 12. Mai 2017 eröffnen durfte, konnten wir ihre Leistung wenigstens für einige Tage öffentlich machen und anerkennen. Wichtig ist mir auch die Qualität im ambulanten Bereich. Es gibt ein stetig wachsendes Angebot von Pflege-Wohngemeinschaften, wo die Qualität noch nicht in demselben Maße wie im stationären Bereich gesichert werden kann. Hier will ich mit allen Akteuren ins Gespräch kommen und verbindliche Qualitätsstandards vereinbaren.

Sie bezeichnen die Fachkräftesicherung als die größte Herausforderung für die Pflege. Schon heute ist der Altenpflegeberuf in Berlin als Mangelberuf klassifiziert. Wie wollen Sie das Problem des Fachkräftemangels in der Pflege angehen?

Ich höre sehr oft, wie schwer es sei, Jugendliche für die Pflegeberufe zu gewinnen. Ich habe aber viele junge Menschen kennengelernt, die sehr sozial eingestellt sind und auch gerne in diesem Bereich arbeiten wollen. Wenn sie dann jedoch feststellen, dass die Arbeitsbedingungen nicht gut sind und auch die Bezahlung nicht stimmt, suchen sie sich schnell wieder etwas anderes. Deshalb muss die Ausbildung attraktiver werden, dann kommen auch die Jugendlichen, die nach der Schule lieber eine Berufsausbildung machen möchten.

Die nächste Herausforderung ist dann, die Verweildauer im Beruf zu erhöhen. Derzeit liegt die bei durchschnittlich acht Jahren. Das verschärft die Fachkräfteproblematik natürlich zusätzlich. Dafür muss jeder Arbeitgeber gute Arbeitsbedingungen schaffen und den Jugendlichen auch Aufstiegsperspektiven bieten. Aus meinem Amt als Arbeits- und Integrationsministerin weiß ich auch, dass wir zusätzlich ein großes Potenzial für die Fach-



kräfteentwicklung unter den Arbeitslosen und den Zugewanderten haben.

Stichwort Generalistik: Wie stehen Sie zu dem Beschluss der Koalitionsfraktionen zum Pflegeberufereformgesetz? Ein guter Kompromiss oder geht das in die falsche Richtung?

Ich habe immer darauf hingewiesen, dass wir das Pflegeberufereformgesetz dringend brauchen. Die Pflegeberufe müssen aufgewertet werden. Das neue Gesetz hebt die Dreiteilung der Pflegeberufe in Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege auf und fasst sie in einem generalistischen Ansatz zusammen. Das ist gut. Eine Anforderung des neuen Gesetzes haben wir in Berlin bereits erfüllt: Die Abschaffung des Schulgeldes! Das Gesetz fordert darüber hinaus eine Ausbildungsumlage. Das ist überfällig und wir freuen uns schon sehr auf die Umsetzung!

In drei Bundesländern ist die Landespflegekammer bereits Realität oder auf dem besten Wege, in diese umgesetzt zu werden. Ist eine solche Institution sinnvoll oder gibt es Ihrer Meinung nach effektivere Wege, die professionelle Pflege zu stärken? Wie sieht das in Berlin aus?

Grundsätzlich ist es ein berechtigtes Anliegen der Beschäftigten in der Pflege, wenn sie mehr Würdigung und auch eine institutionelle Vertretung fordern. Ob aber eine Kammer nach althergebrachtem Muster mit Zwangsmitgliedschaft eine zeitgemäße Lösung ist, kann man durchaus bezweifeln. Es gibt auch sehr gute Argumente für einen mit Mitwirkungsrechten ausgestatteten Pflegeverband mit freiwilliger Mitgliedschaft. Wirkungsvoll, freiwillig und für alle.

Eine repräsentative Bevölkerungsbefragung der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) im Februar ergab, dass in der für den Wahlausgang besonders maßgeblichen Altersgruppe 50+ 53 Prozent die Versorgung älterer, hilfebedürftiger Menschen als sehr wichtiges Thema ansehen. Im Hinblick auf die Bundestagswahl: Wo kommt die Pflege im Wahlprogramm der SPD vor? Hat sie den notwendigen Stellenwert?

Im Entwurf des Wahlprogramms der SPD, der seit dem 15. Mai vorliegt, hat die Pflege einen hohen Stellenwert. Es geht unter anderem darum, jene, die Angehörige pflegen, zeitlich und auch finanziell zu unterstützen. Deshalb wollen wir beispielsweise eine Familienarbeitszeit für Pflege, bei der pflegende Angehörige Lohnersatzleistungen bekommen, wenn sie ihre Arbeitszeit ganz oder teilweise reduzieren müssen. Wer das über einen längeren Zeitraum machen muss, erhält ein Familiengeld für Pflege, das je nachdem bis zu 24 Monaten gezahlt wird.

Ich freue mich sehr, dass das erfolgreiche Modell der Pflegestützpunkte ebenfalls ein Teil des Wahlprogramms ist. Es ist wichtig, dass sich pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen Beratung und Unterstützung sichern können. Dafür sind die Pflegestützpunkte da. Das Wahlprogramm ist zurzeit noch in der parteiinternen Diskussion. Sie können aber sicher sein, dass ich in der Debatte eine energische Streiterin für Verbesserungen im Bereich Pflege bin.

Frau Kolat, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MoPf-Redakteurin Kerstin Müller.

Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive „Für ein gutes Leben im Alter in Berlin“

Seit 2011 besteht die Berliner Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive „Für ein gutes Leben im Alter in Berlin“. Die Initiative, von der Senatsverwaltung für Arbeit ins Leben gerufen, setzt dabei die Kernpunkte der auf Bundesebene angesiedelten „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012-2015“ um. Vor dem Hintergrund des prognostizierten Fachkräftemangels sowie des demografischen Wandels wird die Aus- und Weiterbildung als eine zentrale Herausforderung für die strukturellen Wandlungsprozesse in der Altenpflege identifiziert. Dabei geht es um die Qualität der Pflege genauso wie um die Qualität der Arbeit in den pflegenden Berufen.

Die Altenpflege bietet sowohl hinsichtlich des ökonomischen Wachstums als auch der Beschäftigung umfangreiche Potenziale. Diese wollen die Initiatoren nutzen, denn eine gute Dienstleistung erfordert die Wertschätzung der Beschäftigten und bewirkt die Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden. Tragfähige Arbeitsbeziehungen und Tarifbindung bilden die Voraussetzung für die Wertschätzung und Wertschöpfung eine wichtige Voraussetzung.

Die Umsetzung der in der Initiative verankerten Punkte wird vom Berliner Bündnis für Fachkräftesicherung in der Altenpflege begleitet. In diesem Bündnis schließen sich Partnerinnen und Partner zusammen, die gemeinsam Verbesserungen in der Berliner Altenpflege vorantreiben wollen.

Die Initiative soll unter Beteiligung anderer Senatsverwaltungen sowie rund zwanzig weiterer Akteure (Arbeitgeberverbände, Arbeitsagentur, Wohlfahrtsverbände, Kranken- und Pflegekassen und Arbeitnehmervertretungen) in der laufenden Legislaturperiode fortgesetzt werden, wie Kolat in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften Anfang März referierte. Das Bündnis verfolgt dabei vier Zielsetzungen:

- Mehr Fachkräfte durch Ausbildung und Qualifizierung, Befreiung vom Schulgeld
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen, z.B. durch eine angemessene Entlohnung
- Höhere gesellschaftliche Wertschätzung für die Altenpflege
- Bereitstellung eines adäquaten Angebots in der Altenpflege für die Vielfalt der Lebensentwürfe in Berlin.

Die bisherigen Aktivitäten im Rahmen der Landesinitiative haben laut Senatsverwaltung gezeigt, dass ein starkes Interesse sowie hoher Bedarf an Austausch und Kooperation der zentralen Akteurinnen und Akteure der Branche besteht.

Dilek Kolat

hat an der TU Berlin mit dem Abschluss Diplom-Wirtschaftsmathematikerin studiert. Anschließend war sie bei der Deutschen Kreditbank AG in den Bereichen Controlling, Assetmanagement und Compliance tätig. Kolat ist seit 2001 Mitglied des Abgeordnetenhauses von Berlin für den Wahlkreis Friedenau im Wahlbezirk Tempelhof-Schöneberg und seit 2004 Kreisvorsitzende der SPD Tempelhof-Schöneberg. Die 1967 in der Türkei Geborene war 2006-2011 stellvertretende Fraktionsvorsitzende und finanzpolitische Sprecherin der Berliner SPD-Fraktion und übernahm am 01.12.2011 als Senatorin das Ressort für Arbeit, Integration und Frauen. 2014 übernahm sie das Amt der Bürgermeisterin von Berlin und war Stellvertreterin des amtierenden Regierenden Bürgermeisters von Berlin, Michael Müller. Seit dem 8. Dezember 2016 ist Dilek Kolat Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin.

Deutscher Pfl egetag 2017 in Berlin

Eine runde Sache

Die zahlreichen Besucher hatten die Qual der Wahl zwischen vielen thematischen Programmsäulen, die Reden, Vorträge oder Podiumsdiskussionen beinhalteten. Nach der Theorie lud dann die voll besetzte Messehalle zur Praxis ein und hielt dabei von Info-Ständen über Massage-Anwendungen bis zum Virtual-Reality-Erlebnis eine große Bandbreite an Angeboten bereit. Der 4. Deutsche Pfl egetag unter dem Motto „Pflege hat die Wahl“ fand vom 23. - 25. März 2017 in der Station Berlin statt. Als Veranstalter sorgten der Deutsche Pfl egerat e.V. und die Schlütersche Verlagsgesellschaft für ein umfangreiches, aussagekräftiges Programm. Unterstützt wurden sie dabei vom Gründungspartner AOK-Bundesverband sowie den Premiumpartnern Hartmann-Gruppe, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), dem Arzneimittelunternehmen Sevier, der Arbeiterwohlfahrt (AWO) und der Sparkasse.



Sandra Postel, Vizepräsidentin der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Jürgen Graalman, Sprecher der Geschäftsleitung des Deutschen Pfl egetages, Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pfl egerates, Hermann Gröhe, Bundesgesundheitsminister, Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Lutz Bandte, Geschäftsführer der Schlüterschen Verlagsgesellschaft (v.l.n.r.). Foto: Meike Kenn



Der Präsident des Deutschen Pfl egerates, Andreas Westerfellhaus, hält seine politische Grundsatzrede. Foto: Meike Kenn



Podiumsdiskussion „Kammer öffnet Türen – Neuer Raum für Pflegeberufe“. Yvonne Falckner, Moderatorin, Iris Meyer-Altward, Medizinische Hochschule Hannover, Dr. Markus Mai, Präsident der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Patricia Drube, Vorsitzende des Vorstands des Errichtungsausschusses der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Foto: Meike Kenn

„Als ausführende Veranstalter freuen wir uns sehr, dass der Deutsche Pfl egetag von Jahr zu Jahr wächst. 2017 konnten wir über 8.000 Besucher begrüßen, ein Anstieg um 30 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Das tolle Feedback von Teilnehmern, Ausstellern, Partnern und Sponsoren zeigt uns, dass wir ein Event geschaffen haben, das die Pflege begeistert. Wichtig ist auch die Signalwirkung nach außen, denn die große Medienresonanz trägt die Bedeutung der Pflege und ihrer Herausforderungen mitten in die Gesellschaft. All das nehmen wir bei der Schlüterschen als Rückenwind, um den Deutschen Pfl egetag 2018 in jeder Hinsicht nochmals zu verbessern.“

Lutz Bandte, Geschäftsführer der Schlüterschen Verlagsgesellschaft

„Der Deutsche Pfl egetag hat sich zu der zentralen Kongress-Veranstaltung der Pflege entwickelt. Wir wollen damit die notwendige gesellschaftliche Wertschätzung der Pflege erhöhen und auch Botschaften setzen. Das heftig diskutierte Pflegeberufegesetz hätte ohne Deutschen Pfl egetag politisch wohl keine Chance mehr gehabt. Starke inhaltsreiche Debatten in einem umfassenden Programm und starken Partnern prägen den Deutschen Pfl egetag. Die Pflege wird ihre Interessen selbstbewusst, qualifiziert und mündig vertreten und ihre Zukunft selbst gestalten. Das freut mich als Mitinitiator sehr. Und 2018 werden wir die starke Rolle der Pflege in interdisziplinären Teams in den Fokus rücken.“

Jürgen Graalman, Sprecher der Geschäftsleitung des Deutschen Pfl egetages

Partner des Deutschen Pflorgetages 2017 berichten

Neues Selbstbewusstsein überzeugt

Den Deutschen Pflorgetag im Rahmen einer dreitägigen Veranstaltung auf die Beine zu stellen, ist eine Herausforderung, der sich der Deutsche Pflegerat und die Schlütersche Verlagsgesellschaft als Veranstalter seit 4 Jahren stellen. Doch braucht es starke Partner, um das umfangreiche Programm und die Organisation auf die Beine zu stellen und vor allem – reibungslos durchzuführen. „Monitor Pflege“ hat auf dem Pflorgetag mit einigen Partnern über ihre Motivation zur Unterstützung der Veranstaltung gesprochen.

>> „Wir sind immer schon eng an der Pflege gewesen“, sagt Raimund Koch, Leiter des Referats Gesundheitspolitik der Paul Hartmann AG, und berichtet, dass die Produkte, die das traditionsreiche, knapp 200 Jahre alte Unternehmen anbietet, überwiegend von Pflegekräften genutzt werden. In Sachen Wundversorgung, (Hände)Hygiene und OP sowie Inkontinenz ist man unterwegs.

Am Stand von Hartmann findet der Besucher allerdings keine Produkte. „Die meisten Pflegekräfte kennen die Produkte sehr gut“ so Koch, stattdessen kann man sich informieren, diskutieren und mit Kaffee versorgen lassen. Mehrere Tabletterminals, an denen man mit Unterstützung von Mitarbeitern eine Befragung zum Thema Pflege absolviert werden kann, stehen außerdem bereit.

„Wir sehen so seit 4-5 Jahren, dass sich ein neues Selbstbewusstsein in der Pflege entwickelt“, sagt der Referatsleiter, und macht das daran fest, dass Pflege sowohl bei der Verkammerung als auch in Sachen Berufsausbildung mitreden wolle. Dass sich die Pflege zunehmend als eigenständige Profession versteht, begrüßt er besonders und so will Hartmann durch die Premiumpartnerschaft dafür Unterstützung signalisieren. Der Claim „Pflege neu denken“ unterstreicht dies und Koch reicht eine Broschüre, die die Positionen des Unternehmens aufzeigt. Entschieden ist auch, dass es ab die-

sem Jahr wieder einen Hartmann-Pflegepreis geben wird. Thema ist diesmal der Beitrag der Pflege zum Entlassmanagement.

Der Preis selbst wird ab nächstem Jahr in Form einer offiziellen Veranstaltung im Rahmen des Deutschen Pflorgetages als praxisorientierter Preis verliehen werden. Hartmann beabsichtigt damit „gute Ideen, die sich in der Praxis bewährt haben, die aber noch keiner kennt, publik zu machen“, erklärt Raimund Koch. Der Preis wird sich neben dem bereits existenten Deutschen Pflegepreis einreihen. Hinzu sollen auch ein Pflegeförderpreis der Sparkasse sowie der Pflegenachwuchspreis der Berufsgenossenschaft an Schüler kommen. Die Schlütersche ist laut Koch mit dem „Freund der Pflege“ dabei, der einem Prominenten zuteil wird.

Pflege „on Tour“

Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) kam auf anderem Wege zur Premiumpartnerschaft. Im Jahr 2016 auf der Reisebörse vertreten, die im Rahmen des Deutschen Pflorgetages abgehalten wurde, fiel die Frage nach der Zufriedenheit mit der Veranstaltung eher ernüchternd aus. „Wir haben unser Landhaus Fernblick in Winterberg beworben, eine Vorsorgeklinik für Menschen mit Demenz und deren Angehörige, konnten unsere Zielgruppe damit hier aber nicht erreichen“, schaut der Geschäftsführer der AW Kur und Erholungs-

GmbH, einer Tochtergesellschaft des AWO Bezirks Westliches Westfalen e.V., zurück. Nach längerem Austausch mit dem Veranstalter und der Information um die Schaffung eines Programmbeirates für den Pflorgetag 2017 war die AWO wieder mit an Bord. Über das Konzept wurde länger beraten, schließlich war aber klar, dass die gegenseitige Wertschätzung von pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden im Fokus stehen sollte. Kernaussage war: „Pflegende Angehörige gilt es nicht erst zu bestärken und zu befähigen, wenn der Pflegefall eintritt, sondern grundsätzlich Beratung präventiv anzusetzen, und zwar für die Pflegenden selbst.“ Zur thematischen Programmsäule kam auf dem Pflorgetag 2017 eine Ausstellung hinzu, die die Besucher mit großformatigen Zitatwänden lockte. Spielerisch – am „Black Jack Tisch“ – sollten sowohl pflegende Angehörige als auch die Pflegeprofis für die Belange der pflegenden Angehörigen sensibilisiert werden.

Damit ist laut Frank auch der Startschuss für eine Tour-Veranstaltung des Deutschen Pflorgetages unter Beteiligung der AWO gefallen, der die Programmsäule pflegende Angehörige in die Städte und Kommunen bringen will. Dabei steht die Vernetzung von und mit Akteuren vor Ort im Mittelpunkt, erklärt Andreas Frank und verweist auf die zu optimierende Vernetzung zwi-

schen Pflegestützpunkt und einer Kurberatungsstelle. Darüber hinaus sollen mit der Aktion Akteure, Kostenträger und Dienstleister außerhalb der Gesundheitsbranche erreicht werden, da das Thema einen gesamtgesellschaftlichen Auftrag impliziert. Der Geschäftsführer macht klar, dass dies ein Prozess ist, der Zeit braucht, was sich in der geplanten Laufzeit des „Deutschen Pflorgetag on Tour“ von drei Jahren manifestiert. Auftakt soll in diesem Herbst in Dortmund sein. Die Tour ist noch offen für zusätzliche Stationen: Interessierte Städte und Kommunen können sich bei der AWO melden.

„Angehörige von Pflegeberufen sind täglich enormen Belastungen ausgesetzt. Dies wird in der Öffentlichkeit jedoch nicht immer angemessen wertschätzt“, so Oliver Kirst, Geschäftsführer des forschenden Pharmaunternehmens Servier Deutschland. „Im Sinne einer langfristigen Partnerschaft unterstützt Servier Deutschland daher den Deutschen Pflorgetag zum wiederholten Male“, sagt Kirst und Arnd Prilipp, Head of External Communications, ergänzt: „Der Pflorgetag ist zu unserer vollsten Zufriedenheit verlaufen: Sowohl unser Stand als auch unsere Themen-Slots waren sehr gut besucht. Wir haben eine Reihe sehr interessanter und konstruktiver Gespräche mit verschiedensten Akteuren aus Pflegeberufen führen können.“ <<

Politische Grundsatzrede von Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates

„Pflege ist erwachsen“

„Wir sind hier nicht zusammengekommen, um zu jammern und zu klagen, sondern wollen Aufbruchsstimmung vermitteln“, gab der Präsident des Deutschen Pflegerates, Andreas Westerfellhaus, die Marschrichtung für den Deutschen Pfl egetag 2017 vor. Großen Raum nahm dabei das virulente Thema Generalistik ein, das Westerfellhaus aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtete, dabei Kritiker in ihre Schranken wies und eins ganz klar machte: „Wir wollen keine Spaltung. Im Gegenteil. Alle sind unverzichtbar.“ Es gehe um die Stärkung der Profession und die Zukunftsfähigkeit des Berufsbildes. Die Diskussion um die Reform der Pflegeberufe habe außerdem deutlich gezeigt, dass eine Selbstverwaltung der Pflege obligatorisch sei. Will die Pflege in Zukunft jedoch mit einheitlicher Stimme eine starke, autonome Position vertreten, bedarf es des Engagements der Pflegenden – und der Politik.

>> Nachdem Senatorin Dilek Kolat (siehe auch Titelinterview) mit den politischen Pflege-News aus der Hauptstadt die Bühne für Andreas Westerfellhaus bereitet hatte, feierte dieser zuerst das Publikum. Waren doch so viele Besucher gekommen, dass in der Haupthalle nicht genügend Platz vorhanden und in einem Nebenraum Public Viewing angesagt war. Rund 8.000 Besucher ließen Westerfellhaus das „Wagnis“ der Etablierung des Deutschen Pfl egetages in nunmehr 4. Auflage als Erfolg verbuchen.

Beim Dank an Kolat ließ der Präsident des Deutschen Pflegerates es sich nicht nehmen, der Berliner Senatorin zum Aufbau der neuen Abteilung Pflege zu gratulieren und ihr im selben Atemzug die Einrichtung des Ressorts Pflegekammer wärmstens „ans Herz zu legen“.

Nachdem die Präsidiumsmitglieder des Deutschen Pflegerates, die Ratsmitglieder und Gertrud Stöcker als Ehrenpräsidentin begrüßt waren, richtete Westerfellhaus besondere Worte an Professor Michael Isfort, der am Abend zuvor mit dem Deutschen Pflegepreis 2017 ausgezeichnet worden war. „Was du für die Profession Pflege in Deutschland tust ist bemerkenswert. Du hast diese Auszeichnung verdient“, lautete die Vortragende, bevor er auch speziell die Kammervorteiler aus nunmehr drei Bundesländern begrüßte.

„Wir sind viele“, proklamierte Westerfellhaus und jeder Einzelne könne etwas für die Profession ausrichten. „Zum Beispiel Wählen gehen“ und die Kandidaten dazu befragen, wohin die Reise mit ihnen in Sachen Pflege denn geht. „Ich möchte zu Beginn meiner Rede eins klarstellen: Wir und ich stehen hier nicht als Bittsteller gegenüber den politischen Mandatsträgern oder denen, die sich zur Wahl stellen, nach dem Motto: Wir sind auch mal dran, tut endlich was für uns. Nein. Wir stehen hier mit Erwartungen und Forderungen.“ Die Profession Pflege brauche endlich Handlungsinstrumente zur Ausgestaltung ihres Berufes an die Hand.

„Worum geht’s denn?“

„Es geht doch nicht darum, die Ideologie einer Berufsgruppe zu befriedigen“, stellte Westerfellhaus fest. „Sondern es geht um eine qualifizierte Versorgungssicherheit der Menschen in dieser Gesellschaft.“ Das nahe Ende der Legislaturperiode lade zu einem Rückblick ein, meinte der Referent und resümierte, was denn tatsächlich umgesetzt wurde.

Die Pflegestärkungsgesetze I-III wurden beschlossen und umgesetzt. Hinzu kam die Einsetzung einer Expertenkommission „Pflege im Krankenhaus“, ein neues Pflegestellenförderprogramm sowie die Umwidmung

des Versorgungszuschlages in Höhe von 550 Mio Euro. Die Verabschiedung eines eHealth-Gesetzes, ohne Schreib- und Leseberechtigung der Pflegenden sei ein Skandal, so Westerfellhaus.

Nicht zu vergessen sei darüber hinaus die geplante Einführung des Pflegeberufereformgesetzes, einer generalistischen Pflegeausbildung mit Schwerpunktbildung. Dieser Prozess sei für ihn beispielhaft, so der Pflegerat-Präsident. „Beispielhaft, wie einerseits mit viel Ernsthaftigkeit an der Lösung von längst überfälligen Gesetzgebungsverfahren gearbeitet wird. Allerdings auch, wie wenig Kompetenz unserer Berufsgruppe von einigen politischen Akteuren zugesprochen wird.“ Denn bei der Gesetzesentwicklung hätte keine andere Berufsgruppe eine solche Einmischung geduldet, ist sich Westerfellhaus sicher. Die mächtigen Lobbyistengruppen versuchten, ihren Einfluss geltend zu machen, um eine Weiterentwicklung der professionellen Pflege zu verhindern. „Die Angst vor einer starken, selbstbewussten Profession Pflege muss wohl sehr ausgeprägt sein“, mutmaßte Westerfellhaus.

Er reflektierte daraufhin den seit 2015 andauernden Gesetzgebungsprozess zur Pflegeberufereform, der bis dato nicht über einen Kompromissvorschlag der Koalitionsfraktionen hinausgekommen ist.

Aus der Diskussion heraushalten

Der Vortragende monierte im Folgenden teils widersprüchliche Argumente von Gegnern der Reform. Einige Verbände hätten in der Diskussion die Berufsgruppe Pflege plötzlich als Thema entdeckt: „Wo waren denn die Entrüstungstürme der Institutionen, als es um die Arbeitsbedingungen im Fachkräftemangel ging?“, fragte Westerfellhaus.

Bass erstaunt sei er auch über diverse Mails von plötzlich auf der Bildfläche erscheinenden Ärztenverbänden, pädiatrische oder gerontopsychiatrische etc., gewesen, die sich gegen die Ausbildungsweiterentwicklung wendeten, wobei er mit dem Marburger Bund eine positive Ausnahme einräumte: Der Vorsitzende Dr. Rudolf Henke habe die Mitglieder im Frühjahr 2016 vor dem Deutschen Ärztetag aufgefordert, sich aus der Diskussion herauszuhalten. „Bravo“, rief Westerfellhaus.

Selbst generalistisch ausgebildet – „wie alle anderen Gesundheitsberufe übrigens auch“ – ließ Westerfellhaus die Absurdität der Kritik aus Teilen der Ärzteschaft bezüglich angenommener Qualitätsverluste in der Ausbildung durch die Generalistik anklingen. Durch dieses Ausbildungsmodell solle die Alten- und Kinderpflege keineswegs abgeschafft werden, sondern Ziel sei die Weiterentwicklung der Profes-

sion, die nur mit einem gesamten Pflegebildungskonzept von einer bundeseinheitlichen Pflegeassistentenausbildung, einer generalistischen Pflegeausbildung mit Schwerpunktbildung und unter Einbindung akademischer, grundständiger Qualifikation, dem Anschluss von Fachweiterbildungen sowie weiterführenden Studiengängen sinnvoll sei.

Er berichtete außerdem von Sanktionsandrohungen durch Arbeitgeber wie: „Wenn das Gesetz kommt, dann schließen wir unsere Ausbildungsstelle.“ Für den Präsidenten des Pflgerates eine ganz klare Sache: „Was für ein Eigentor für diese Arbeitgeber. Die haben die Welt wohl nicht verstanden.“

Auch für die Befürchtung um die Abwanderung in jeweilige andere Sektoren hatte Westerfellhaus nur ein müdes Lächeln übrig: „Ja, wohin denn bitte? Attraktivität der Arbeitsplätze: Der Arbeitgeber bestimmt diese Wanderungsrichtung.“

Fit für die Zukunft

Eine Ausbildungsverbesserung in Theorie und Praxis sei selbstverständliches Ziel des Deutschen Pflgerates. Zukunftsfähige Ausbildungsstätten mit qualifizierten Pädagogen und einheitlichen Schlüsseln von Lehrer- und Schülerverhältnissen von 1:15 machte Westerfellhaus als weitere Ziele aus. Die Kritik, dass mit diesem Modell die praktischen Ausbildungspartner überlastet würden, ließ er nicht gelten und die Monierung „fehlender Wertschöpfung“ während der Ausbildung bedachte der Vortragende mit einem höhnischen Stirnrunzeln: „Wer qualifizierten Nachwuchs in der Praxis und im Beruf haben will, der muss gerade diesen

jungen Menschen eine Perspektive bieten. Der muss ihnen Raum geben. Der muss ihnen Wertschätzung geben“, forderte Westerfellhaus.

Das Pflegeberufereformgesetz fest im Blick, appellierte er an seine Kollegen in allen Sektoren: „Werdet wach. Hier geht es um mehr als ein Wort ‚Generalistik‘ als emotionaler Katalysator oder eine neue Berufsbezeichnung. Hier geht es um ein neues Kompetenzgefüge.“ Westerfellhaus bedauerte, dass eine solche Diskussion nur durch eine fehlende Selbstverwaltung überhaupt möglich sei.

„Scheitert die Generalistik, dann scheitert die geplante Aufwertung der Pflegeberufe“, proklamierte er und forderte die Politik dazu auf, im Wahljahr ein Zeichen für die Pflegenden zu setzen.

Der Prozess dieser Gesetzgebung sei ein Paradebeispiel dafür, wie andere auf dem Rücken der Pflege ihre Interessen durchsetzten und Westerfellhaus hält daher eine Selbstverwaltung auf Bundes- wie auf Landesebene für obligatorisch. „Pflege ist erwachsen“, rief er aus, könne für sich selber sprechen, wie alle anderen Berufsgruppen auch. Mit der Aufforderung an die Berufsangehörigen, ihre Stärke auch nach außen zu tragen und mit Engagement die Profession zu stärken – auch durch Mitgliedschaften in Berufsverbänden und Gewerkschaften – thematisierte er die kontroversen, weil beitragspflichtig, diskutierten Pflegekammern.

Doch was die Zahntechniker, Hörgeräteakustiker oder Lotsen könnten, das kann die Pflege schon lange: „Habt Mut. Nehmt es in die Hand und gestaltet“, rief er den Pflegenden zu. Darüber hinaus müsse man nach außen einheitlich auftre-



ten und für Gesellschaft, Politik und Industrie einen eindeutigen Ansprechpartner anbieten. Eine Kammerbildung sei also absolut notwendig.

Die Gesellschaft als Verbündeter

Neben der ausführlich behandelten Generalistik brannten Westerfellhaus jedoch noch weitere Themen unter den Nägeln, wie zum Beispiel der Fachkräftemangel. Seine Analyse: „Wir sind einfach zu wenige, für das Aufgabenspektrum, welchem wir in allen Sektoren gegenüberstehen.“ Freie Stellen, zunehmender Leistungsdruck und Arbeitsausfall sowie Berufsausstieg ließen sich durch Prozessänderung zwar minimieren, jedoch nicht wegdiskutieren. Die Sicherheit der Patienten legitimiert nach Meinung des Pflgerat-Präsidenten die Diskussion um eine Personalbemessung – „und zwar mit Fachpflegekräften“.

Für die Politik hielt Westerfellhaus folgende Forderungen parat, wie:

- Reformgesetze nicht nur immer auf ihre Finanzierbarkeit zu überprüfen, sondern auch Prozesse einzuleiten, die genügend qualifiziertes Personal gewährleisten

- eine angemessene tarifliche Entlohnung
- ausreichend finanzierte Bildung, Weiterbildung und Studium
- klar beschriebene Karriereentwicklung
- Weiterentwicklung der Aufgabfelder professionell Pflegenden
- klar beschriebene Eigenverantwortung
- Wertschätzung durch Politik und Arbeitgeber
- flächendeckendes betriebliches Gesundheitsmanagement.

„Eins habe ich in den Jahren als Präsident gelernt: Wir müssen weitere Verbündete suchen. Machen wir die Gesellschaft doch einfach zu unserem Verbündeten. Pflege geht uns alle an“, sagte Westerfellhaus und stellte fest, dass es in Zukunft valide Daten brauche, um Fakten und Forderungen durch Zahlen zu belegen und ein Handeln zu fordern. Er stellte dazu die Initiierung eines Care-Klima-Index in Aussicht, der 2017 zum ersten Mal Zahlen liefern soll.

Zum Schluss gab es Standing Ovationen für den letztmalig auf dem Deutschen Pflgetag auftretenden Andreas Westerfellhaus in der Funktion des Präsidenten des Deutschen Pflgerates. <<

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

„Rückenwind für alle Menschen“

„Ich betrachte Ihre Ungeduld als unseren Rückenwind, in der Pflege gemeinsame Ziele zu erreichen“, schüttete Bundesminister Hermann Gröhe gleich ein ganzes Füllhorn an Lob über Vorredner Westerfellhaus aus. Vieles, was lange liegengeblieben sei, konnte nur angepackt werden, „weil Sie Druck gemacht haben. Und damit dürfen Sie auch nicht aufhören“, forderte der Minister vom bald aus dem Amt scheidenden Westerfellhaus. Doch das durch dessen Engagement durchaus gestärkte Selbstbewusstsein der Pflege weise eine große Diskrepanz zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung auf, so Gröhe. Laut Umfrageergebnissen rangierten die Pflegeberufe in Bezug auf das Vertrauen in die Berufsbilder ganz oben.



Bildquelle: BMG/Jochen Zick (action press)

>> „Wenn man die Werte für Pfleger und Politiker addiert, ist man noch nicht bei den Pflegern“, berichtete er schmunzelnd aus dem Ergebniskeller der Umfrage, bevor er den Einsatz der Pflegekräfte vor dem Hintergrund der Anschläge in London und Berlin lobte. Das Ziel sei, auch für solche Notsituationen verbesserte Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Zwei öffentlich wahrgenommene Pflegestärkungsgesetze bezeichnete Gröhe als „einmaligen Kraftakt in der Geschichte unserer sozialen Sicherungssysteme“. Es war ihm jedoch wichtig, auch die pflegenden Angehörigen mit ins Boot zu holen, denn „wir brauchen Rückenwind für alle Menschen, die es als ihre Aufgabe ansehen, für Pflegebedürftige da zu sein“. Deshalb habe man im Leistungskatalog auch Änderungen vorgenommen, die ganz stark auf die Situation der pflegenden Angehörigen zielen. Im PSG I sei bereits eine bessere Absicherung der Zahlung von Tariflöhnen in der hauptberuflichen Pflege verankert worden. „Und wir haben das PSG III nicht zur Freude aller Arbeitgeber dazu genutzt zu sagen, wer als nicht tarifgebundener Arbeitgeber bei Kostenverhandlungen den Kassen erklärt, Messlatte für seine Personalkosten sei der Tariflohn, der muss anschließend zeigen, dass er den Tariflohn auch tatsächlich zahlt.“

Dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem PSG II nun

endlich Anwendung findet, freute den Minister besonders, sind nun auch demenziell Erkrankte gleichermaßen anspruchsberechtigt. Der Minister machte darauf aufmerksam, dass dies jedoch nur mit einer entsprechenden Personalausstattung praktikabel sei und aus diesem Grund seit dem 1. Januar 2017 die Personalschlüssel neu verhandelt werden müssen. „Das ist mitunter ein bisschen unter den Tisch gekehrt worden, weil alle darauf geschaut haben, dass wir auch gesagt haben bis 2020 brauchen wir ein erprobtes, wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren.“ In elf Bundesländern seien spürbare Verbesserungen durch die Neuverhandlungen erzielt worden. Doch vor allem der nächste Schritt sei von großer Bedeutung: Die auch auf Landesebene lange geführte Diskussion, wie ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren eigentlich aussieht. „Und da ist lange nichts passiert“, sodass die Konsequenz der klare gesetzgeberische Auftrag an die Vertragspartner auf Bundesebene sei, das zu erarbeiten.

Zusätzliche Betreuungsassistenten, die Vereinheitlichung des Altenpflegebedingten Eigenanteils – welche letztlich auch eine reale Einschätzung des Pflegebedarfs ermögliche – Entbürokratisierung, das Pflegestellenförderprogramm sowie die Umwandlung des Versorgungszuschlages in einen Pflegezuschlag zählte der Bundesgesund-

heitsminister als Erfolge der Legislaturperiode auf.

Gerade letztgenanntes hob er für den Krankenhausbereich hervor, da hierdurch der Krankenhausmanager, der sein Haus adäquat mit Pflegekräften ausstatte, auch eine bessere Berücksichtigung in der Krankenhausfinanzierung erfahre. Im Zuge dessen rückte Gröhe die Expertenkommission in den Fokus, die 10 Monate früher als geplant ihre Arbeit vollenden konnte und bereits im Februar 2017 die Ergebnisse präsentiert hatte. So sind nun Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen verpflichtet festzulegen, in welchen pflegesensitiven Bereichen Untergrenzen sinnvoll sind und in welchem Maße.

Und der Minister macht Dampf: „Um die Termintreue der Verhandlungspartner zu stärken, haben wir gesagt, ihr schafft das sicher in einem Jahr, sonst ermächtigen wir das Bundesgesundheitsministerium zu einer Satzvorname.“ Laut Gröhe standen in der Kommission bis zu 70 Prozent der Bereiche für eine Festlegung von Untergrenzen im Raum, aber die Festlegung liegt nun erst einmal bei den Verhandlungspartnern.

Neben dieser längerfristigen Maßnahme will Gröhe schon jetzt in die Kalkulation der Fallpauschalen die neuen Pflegegrade über die Prozedurenschlüssel eingepflegt wissen, und damit erreichen, dass der erhöhte Pflegebedarf bei demenziell Erkrankten – denn dort gibt es

die größte Veränderung durch die Höherstufung – sich in angemessener Weise in der Vergütung wie auch letztlich im erhöhten Personalbedarf widerspiegeln.

Doch woher kommen die zusätzlichen Kräfte? Momentan gebe es einen Run auf die Pflege, so Gröhe, aber die Herausforderung liege darin, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Kräfte auch bleiben werden. Dafür müsse jeder Einzelne mit seiner Stimme sorgen und sich aktiv beteiligen. Hier liegt für den Minister großes Potenzial im betrieblichen Gesundheitsmanagement, das im eigenen Interesse von den Arbeitgebern gesehen und genutzt werden sollte.

Natürlich fehlte auch das Thema Pflegeberufereform in Gröhes Rede nicht und so machte er klar, dass eine Reform an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ausgerichtet sein müsse. Einsatzmöglichkeiten und nicht zuletzt auch Aufstiegschancen würden durch die Generalistik gestärkt. „Wenn es bei den einen (Pflegeheimbetreiber, die nicht nach Tarif zahlen, Anm. d. Red.) die Sorge gibt, die Altenpflege könnte am Ende besser bezahlt werden, dann verstehe ich nicht, warum ausgerechnet ver.di und DGB sich in den Reihen der Generalistikgegner finden“, wurde der Minister noch seine Gewerkschaftskritik los. Gute Kompromisse seien hier aber möglich und müssten auch in dieser Legislaturperiode beschlossen werden. <<

Staatssekretär, Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter Karl-Josef Laumann

Der Fehler liegt im System



Karl-Josef Laumann hat Pionierarbeit geleistet. Als erster Pflegebevollmächtigter einer Bundesregierung konnte er sich intensiv mit der Profession beschäftigen, was er wohl als Gewinn empfindet. „Ich bin deshalb gerne hier, weil die Pflege ohne Zweifel der sympathischere Teil der deutschen Gesundheitspolitik ist.“ Ein klares Statement auf dem 4. Deutschen Pfl egetag. Politik und Gesellschaft müsse der Stellenwert der Pflege im System bewusst werden und so fordert Laumann eine institutionelle Lösung der Selbstverwaltungsfrage, die die einzige Möglichkeit sei, um die Profession zukunftsfähig zu machen. Dass Transparenz dabei eine ganz große Rolle spielt, machte er am Beispiel der DRG oder der dualen Krankenhausfinanzierung deutlich.

>> „Das Thema Pflege ist in Deutschland – auch in unserer Gesellschaft – nie so intensiv diskutiert worden wie im letzten Jahr“, stieg Laumann in seine Rede auf dem Deutschen Pfl egetag ein. Halle 3 ist bis auf den letzten Platz besetzt, gerade hat Andreas Westerfellhaus die Bühne verlassen. Er hat Laumanns Einsatz gelobt und sich für eine sehr gute Zusammenarbeit bedankt. Die Chemie hat gestimmt. Nach Westerfellhaus' emotionaler Rede, der oft wie Gewehrsalven niedergehende Worte auf die Zuhörer feuerte, schien das Auditorium jetzt wieder in ruhigeres Fahrwasser zu gelangen.

Die Politik habe sich bisher aus vielen Verteilungsfragen des Gesundheitssystems herausgehalten, „weil wir das der Selbstverwaltung überlassen haben“, sagt Laumann und wertet die fachliche Auseinandersetzung und Ausgestaltung des SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Gewinn. Als er die Zusammensetzung der Gremien anspricht, ist Kritik zu vernehmen, da neben Ärzten, Kostenträgern und Krankenhäusern – diese meist mit ihren kaufmännischen Direktoren seien – keine Pflege auszumachen ist. Laumann outet sich selbst als anfänglicher Skeptiker der Pflegekammer ob der Zwangsmitgliedschaft, doch „überall, wo an zentraler Stelle über Pflege entschieden wird, sitzt Pflege nicht mit am Tisch.“ Eine Ände-

rung, so Laumann, sei nur institutionell möglich und verwies auf die Kammern, in denen „seit Jahrhunderten in Deutschland und Österreich die Selbstverwaltung der Berufe“ organisiert sei. Wenn die Pflege an einer systematischen, mittelfristigen Lösung interessiert sei, dann müsse auch der Pflegeberuf von einer eigenen Profession weiterentwickelt werden, wie man das von anderen Berufen über das Berufsbildungsgesetz auch kenne, ist sich der Staatssekretär sicher. Hier liege nun der Spielball bei den Ländern, die entscheiden müssen, ob sie eine Kammer wollen oder nicht, sprach und verwies auf die zu studierenden Wahlprogramme der Parteien zu den anstehenden Landtags- und Bundestagswahlen. Laumann hatte Fahrt aufgenommen.

Grenzen eines sinnvollen Kompromisses

Überzeugt von einem gelungenen Gesetzesentwurf der Pflegeberufereform aus den beiden zuständigen Ministerien – für Gesundheit (zuständig für Krankenpflege) und Familie, Senioren, Frauen und Jugend (zuständig für Altenpflege) – unter Berücksichtigung der vorgebrachten Interessen von Verbänden, Vereinen und Institutionen, gebe es für Laumann jedoch eine Grenze eines akzeptablen Kompromisses. „Für mich liegt die Grenze in folgender Frage:

„Das macht alles nur Sinn, wenn wir in der Regel die Ausbildung so gestalten, dass wir eine einheitliche Berufsbezeichnung verantworten können.“ Zwar brachte er ein gewisses Verständnis für die differierenden Meinungen der Fraktionen des Bundestages auf, da gerade die Pflegeschulen bundesweit sehr unterschiedliche Signale senden würden. Doch die Tatsache, dass in drei Bundesländern noch Schulgeld für die Ausbildung bezahlt werden müsse und in den meisten Bundesländern die Altenpflegeschulen erheblich weniger Geld haben als Krankenpflegeschulen, lässt Laumanns Ansicht nach keinen Raum für Alternativen.

Seine Erfahrung im Berufsbildungsausschuss in NRW als Arbeitsminister habe ihn gelehrt, das zu sehr spezialisierte Berufe nicht förderlich seien. Eine breite Grundausbildung erhöhe die beruflichen Chancen auf dem Arbeitsmarkt und andere Berufe machten es vor: „Die richtigen Erfahrungen sammelt man erst nach der Lehre und spezialisiert sich selbstverständlich in dem Bereich, in dem man dann arbeitet.“

Das Pflegeberufegesetz habe man nicht an Interessen ausgerichtet, sondern an der Frage, was man in der heutigen Zeit tun müsse, dass die Ausbildung eines jungen Menschen in der Pflege sich so gestaltet, dass er mit der Grundausbildung möglichst gute,

für sich zu nutzende berufliche Chancen in der Profession habe. „Das verstehe ich im übrigen als einen wichtigen Auftrag der Sozialen Marktwirtschaft. Dazu gehört doch nicht der dienende, sondern der mündige Arbeitnehmer, der seine beruflichen Qualifikationen selbstverständlich auch auf diesem Markt zur Geltung bringen darf.“

Eklatante Missstände sieht Laumann auch in der Vergütung der stationären Altenpflege. Oft gebe es aus Wettbewerbsgründen keine Tarifverträge, was er am Negativbeispiel Niedersachsen veranschaulichte. Das habe ihn veranlasst, im Pflegestärkungsgesetz zu verankern, dass die Kostenträger höhere Löhne für die Mitarbeitern refinanzieren *müssen*. Insgesamt brauche das System mehr Transparenz. Die DRGs beinhalten eigentlich „genug Pflege“, aber das sei nicht nachvollziehbar. Ebenfalls harsch kritisiert wurde von Laumann die duale Krankenhausfinanzierung, die Räume öffne, um „Umverteilungen“ vorzunehmen – oft zu Lasten der Pflege. Die kritiklose Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrages zeige jedoch den hohen Stellenwert der Pflege in der Gesellschaft.

Die Profession dürfe Missstände nicht verschweigen, müsse aber auch die guten, erfüllenden Seiten nach außen tragen, was die Pflege gesellschaftlich und politisch stärke. <<

Interview mit Professorin i. K. Dr. rer. cur. Sandra Bensch, Katholische Hochschule Mainz

Das Heft in die Hand nehmen

Der Deutsche Pfl egetag, der vom 25.-27. März in Berlin stattfand, hatte sich das Thema „Pflege hat die Wahl“ auf die Fahne geschrieben. Nicht allzu ungewöhnlich im Jahr der Bundestagswahl, doch auf semantischer Ebene auf jeden Fall mehrdeutig zu verstehen, und so wollte „Monitor Pflege“ von Professorin Sandra Bensch, die eine Professur für Pflegepraxis und Pflegepädagogik an der Katholischen Hochschule Mainz innehat und Mitglied der Vertreterversammlung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ist, wissen, in welchem Kontext sich der Pflege weitere Wahlmöglichkeiten eröffnen. Da zeigt sich, dass nicht nur die Qual der Wahl an der Urne eine Herausforderung sein kann, sondern auch die Einstellung zu Themen wie Pflegekammer, Ausbildungsweg oder Strukturen in der Pflege. Dabei gilt grundsätzlich: Aktive Teilhabe am Geschehen im beruflichen Umfeld ist die Voraussetzung für mehr Mitbestimmungsmöglichkeit. Und davon braucht es mehr. Aber auch die Politik ist am Zug.

>> Mit dem Motto „Pflege hat die Wahl“ betont der Deutsche Pfl egetag in diesem Jahr die politische Dimension. Was erwarten Sie von der Politik in Sachen Pflege? Was kann und muss die Politik Ihrer Meinung nach zur Attraktivitätssteigerung durch Verbesserung der Rahmenbedingungen tun?

Zunächst geht es erst einmal um die Veränderung des Blickwinkels. Das fordere ich von der Politik. Pflege ist in erster Linie ein inhaltlicher Leistungserbringer und kein Kostenfaktor. Mittelfristig gehe ich davon aus, dass verbindliche Aussagen zur Pflegepersonalbedarfsbemessung und Akademisierung sowie Generalistik der Pflege getroffen werden. Zu letzterem wissen wir vermutlich zur Veröffentlichung dieses Interviews mehr.

Ich bin gespannt, welche Ergebnisse von der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ vorgelegt wird. Ergebnisse sind ja zum Ende 2017 im Bundesgesundheitsministerium zu erwarten. Allerdings möchte ich schon mal vorsichtig andeuten, dass es schwierig ist, von den Pflegebedarfen demenzerkrankter, pflegebedürftiger oder behinderter Patientinnen und Patienten auf Anzahl und Qualifikationen von Pflegenden zu schließen. Welche (neuen) Rechenmodelle liegen da vor?

Professor Michael Simon, der an der Hochschule Hannover bis 2016 Gesundheit und Soziales mit den Arbeitsschwerpunkten Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik gelehrt hat, stellte Ende Februar eine Studie zu Mindestpersonalvorgaben vor. Wäre das was?

Es darf vermutet werden, dass die Ergebnisse der kürzlich erschienenen Studie von Sandra Mehmecke und Michael Simon – „Nurse-to-Patient Ratio“ – von der Expertenkommission aufgegriffen werden. Immerhin hat das Forscherteam zusammengetragen, dass eine Pflegefachkraft in deutschen Kliniken durchschnittlich für 13 Patienten zuständig ist. In den USA sind es hingegen „nur“ 5,3 Patienten und in den Niederlanden sieben. Zu beachten sei bei der Vorgabe einer Mindestpersonalbesetzung, so die Forscher, dass ein Regulierungssystem das jeweilige Fachgebiet und die Schwere der Pflege-

bedürftigkeit durch ein Patientenklassifikationssystem beachten sollte. Mittelfristig sollten zudem politische Entscheidungsträger auch offiziell zur Erkenntnis kommen und beachten, dass Anleitung eines körperlich oder kognitiv beeinträchtigten Menschen wesentlich mehr Zeit und Pflegefachlichkeit in Anspruch nehmen kann als Übernahme, das heißt Kompensation von Maßnahmen.

Das Zweite und Dritte Pflegestärkungsgesetz zielen auf Förderung und Erhalt von Selbständigkeit ab. Menschen sollen solange wie möglich im häuslichen Umfeld verbleiben. Neben Beratung wird pflegefachliche Anleitung gefordert, für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige. Diese Leistungsformen werden in den kommenden Jahren zunehmen. Anleitung braucht Pflegefachlichkeit, denn damit ist eine Problem- und Bedarfs einschätzung verbunden. In beiden Pflegestärkungsgesetzen wird gefordert, dass Betroffene von ihren Angehörigen auch dann gut betreut sein sollen, wenn Pflegekräfte nicht anwesend sind. Das heißt konkret, es braucht mehr und fachlich qualifiziertes Personal sowie einen Abschied vom grundsätzlichen sozialversicherungsrechtlichen Denken: „Kompensation ist aufwändiger als Anleitung.“ Und das muss sich auch in der Bezahlung von den genannten politisch geforderten Leistungsformen widerspiegeln. Grundsätzlich wird Pflege für Schulabgängerinnen und -gänger attraktiv, wenn sie von der Politik auch so dargestellt wird – mit Hochschulstudium, Karrieremöglichkeiten und angemessener Bezahlung. Es geht darum, ihr die Wichtigkeit zu geben, die sie verdient.

Welche der Parteien bietet für Sie da derzeit – sowie im Hinblick auf die Bundestagswahl im September – programmatisch die beste Perspektive?

Verschiedene Politikerinnen und Politiker haben sich ja im Rahmen des Deutschen Pfl egetags zur Frage geäußert, welche Maßnahmen sie



gegen den Fachkräftemangel im Bereich „Pflege“ vorschlagen. Hilde Mattheis kann so verstanden werden, dass die SPD eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, eine moderne Ausbildungsordnung mit Aufstiegsmöglichkeiten durch Akademisierung sowie eine stärkere Durchlässigkeit der Berufszweige unterstützt. Pia Zimmermann gibt an, dass Die Linke, einen Pflegepersonalfonds fordert, von dem sie sich gute Löhne und mehr Fachkräfte verspricht. Zudem fordert diese Partei eine integrierte Ausbildung mit eigenständigen Berufsabschlüssen und ohne Schulgeld, sowie eine kostenfreie Weiterbildung.

Elisabeth Scharfenberg informiert über die Forderung von Bündnis 90/Die Grünen, schnell bundeseinheitliche, verbindliche Personalbemessungsinstrumente zu entwickeln und sieht in der Wiederbelebung der Pflegepersonalregelung (PPR) eine Übergangslösung. Von mehr mitarbeiterorientierter Betriebsführung, zum Beispiel Arbeitsschutz und familienfreundlichen Arbeitszeiten, verspricht sich diese Partei, mehr Personal zu gewinnen und zu halten.

Maria Michalk betont als Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion die Reform der Ausbildung aller Pflegeberufe. Konkret werden Berufseinsteiger mit variablen Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung, mehr Flexibilität in der Ausübung des Berufs und der Durchlässigkeit zu anderen Einsatzmöglichkeiten und generellen Aufstiegchancen beworben, so die Sprecherin.

Sie sehen, es existieren parteiübergreifende Themen, die sich teilweise auch mit meinen Forderungen decken. Allein, ich bin mir nicht sicher, ob alle vom Gleichen reden und unter Pflege, jenes verstehen, was es ist. Pflege ist Beziehungshandeln. Ein Aufteilen in pflegerische Einzelhandlungen ist vollkommen überholt!

Wählen bedeutet Freiheit, die Freiheit sich zu entscheiden. In Ihrem Statement zum diesjährigen Motto des Pfl egetages appellieren Sie in Ausgabe 01/2017 von „Monitor Pflege“ an die Pflegefachkräfte, das Heft selbst in die Hand zu nehmen und damit die Pflege professionell zu gestalten. In welcher Form ist es den Pflegefachkräften denn möglich, Entscheidungen mitzugestalten?

Diese Frage möchte ich zunächst auf landespolitischer Ebene beantworten. Die Pflegekammer Rheinland-Pfalz, die zum ersten Januar 2016 ihre Arbeit aufgenommen hat, steckt via Ausschüssen, Arbeitsgruppen, im Rahmen von Vertreterversammlungen und vielem mehr, mitten in der Generierung von Ordnungen, Satzungen und so weiter. Dazu gehört auch eine Berufsordnung für Pflegende. In dieser wird stehen, was Pflege ist und was Pflege darf. So können Vertreterinnen und Vertreter aus der Pflege auf Landesebene in verschiedenen Gremien, Kommissionen usw. beeinflussen und je nach Konstrukt mitbestimmen, was Pflege ausmacht.

Festzulegen, was Pflege von anderen Berufsgruppen emanzipiert, bedeutet für die Berufsangehörigen aber auch, zu klären, was Pflege tun will. Dazu könnten in weiteren Schritten Fachgesellschaften in der Pflege gegründet werden, die für ihre jeweiligen Bereiche pflegerisch fundierte und begründete Indikatoren, Messkriterien und Zahlen

liefern. Mein Statement in der Januarausgabe der Zeitschrift „Monitor Pflege“ weist einen Appell an die Pflegefachkräfte auf, wie Sie sagen, „das Heft selbst in die Hand zu nehmen“. Diese Aussage habe ich vor dem Hintergrund unzähliger Begegnungen mit Pflegefachkräften im Bundesgebiet getroffen. In vielen Gesprächen stelle ich fest, dass Pflegende zu „Was ist Pflege?“ vor sozialversicherungsrechtlichen oder anderen fremd bestimmten Hintergründen antworten.

Haben Sie ein Beispiel?

Beispiele sind „Ich muss doch die Braden-Skala einsetzen, weil die Klinik das so will.“ oder „Ich muss das Körpergewicht einmal im Monat bestimmen, weil der MDK das prüft.“ Mir fällt eine passive Haltung Pflegender auf, häufig verbunden mit der Aussage: „Das hat mir noch keiner gesagt.“ Diejenigen, die sich so verhalten, kommen aus allen Altersstufen sowie Pflegeausbildungen und aus verschiedenen Settings. Es trifft aber nicht auf alle Pflegenden zu! Von denen, die sehen, was Pflege ist und was Pflege sein kann, in ihrer planerischen und evaluativen Arbeit und in ihrem konkreten Handeln beispielsweise miteinander verknüpfen können, wie Mobilität und Kognition zusammenhängen, wie wichtig eine pflegerisch-strukturierte Überleitung vom Krankenhaus ins langfristige Wohnumfeld ist und dass sich interdisziplinäre Zusammenarbeit lohnt, wünsche ich mir mehr. Das sind die, zumindest hoffe ich das, die sich als Pflegende wichtig nehmen, aufstehen und ihr berufliches Schicksal selbst in die Hand nehmen.

„Pflege ist Beziehungshandeln. Ein Aufteilen in pflegerische Einzelhandlungen ist vollkommen überholt!“

Bleiben wir beim Stichwort „Pflegekammer“. Andreas Westermann, Präsident des Deutschen Pflegerates, fordert die Einrichtung einer Bundespflegekammer

in diesem Jahr. Dabei haben erst drei Bundesländer eine Landespflegekammer beschlossen. Wie kann sich eine Kammer auf Bundesebene vor diesem Hintergrund konstituieren?

Zur gestrigen Eröffnung des Deutschen Pfl egetags 2017 hat sich der Präsident der rheinland-pfälzischen Pflegekammer, Markus Mai, ebenfalls für die Errichtung einer Bundespflegekammer stark gemacht. Wichtig ist zu wissen, dass die Bundespflegekammer die Spitzenorganisation der Landespflegekammern ist und deren Aktivitäten bündelt. Die Vertreterinnen und Vertreter der Landespflegekammern können den Zeitpunkt zur Gründung einer Bundespflegekammer frei wählen. Es ist davon auszugehen, dass aus Niedersachsen und Schleswig-Holstein, die sich im Gründungsprozess ihrer Landespflegekammern befinden, hierzu Signale kommen, sobald dies den Landesvertreterinnen und -vertretern aus der Pflege rechtlich möglich ist.

Für Rheinland-Pfalz kann ich sagen, dass sich die Mitglieder der Vertreterversammlung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz für die Gründung der Bundespflegekammer ausgesprochen haben. Für den Gründungsprozess soll ihrer Ansicht nach eine Gründungskonferenz zur Errichtung der Bundespflegekammer mit mindestens den Vertreterinnen und Vertretern der bereits vollständig etablierten Kammern gebildet werden. Damit sind neben Rheinland-Pfalz Niedersachsen und Schleswig-Holstein gemeint, denn es sind Bundesländer, in denen es bereits Gesetze zur Errichtung von Landespflegekammern gibt.

Was wird denn die Aufgabe der Bundespflegekammer sein?

Eine Bundespflegekammer ist eine Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern auf Landesebene, anders als dort keine Anstalt öffentlichen Rechts! Sie verfolgt in erster Linie ideelle Zwecke, die die Mitglieder selbst festlegen können.

Ursula Jendrsczok und Manuela Raiß verweisen in ihrem kürzlich erschienen Buch „Die Bundespflegekammer“ darauf, dass das Ziel einer Bundespflegekammer sein wird, die Arbeit der Landespflegekammern zu koordinieren und eine kooperative Zusammenarbeit herzustellen. Zu ihren Aufgaben wird es unter anderem gehören, sich aktiv in das gesundheitspolitische Geschehen einzubringen, Meinungsbildungsprozesse der Gesellschaft zu prägen und bürgernahe und verantwortungsbewusste Perspektiven der Gesundheits- und Sozialpolitik zu entwickeln.

Die Bundespflegekammer wird die Repräsentanz nach außen sein, das heißt auf europäischer und internationaler Ebene agieren. Dort wird sie die Meinung der deutschen professionell Pflegenden in gesundheits-, berufsrechtlichen und pflegespezifischen Belangen vertreten. Übrigens existiert seit gestern eine Homepage – nämlich www.bundespflegekammer.de – auf der Informationen rund um den Start zur Etablierung der Bundespflegekammer abgerufen werden können.

Andreas Westerfellhaus fordert ebenso ein größeres Mitspracherecht der Pflege in Form der Aufnahme von Angehörigen des Berufsfeldes in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Für Sie eine realistische Möglichkeit zur größeren Einflussnahme?

Die Frage lässt sich nicht so einfach beantworten. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird von den vier großen Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen gebildet: der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband. Diese vier Trägerorganisationen sind sitz- und stimmberechtigt. Zusätzlich existieren noch fünf Sitze für Patientenvertreterinnen und -vertreter. Diese haben ein Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht. Somit ist schon mal klar, was Pflege braucht für eine realistische Möglichkeit zur größeren Einflussnahme: Sitze mit Stimmrecht! Eine Bundespflegekammer wird jedoch – anders vielleicht, als viele hoffen – keinen automatischen Platz im G-BA erhalten. Die Bundesärztekammer ist dort auch nicht vertreten.

Für die im SGB V definierten Leistungsbereiche macht der G-BA im Auftrag des Gesetzgebers Vorgaben zu Behandlungsstandards, Strukturen und Abläufen. Hier würden mir unzählige Aufgaben einfallen, die die Pflege betreffen. Zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement beispielsweise oder zu Vorgaben einer Mindestpersonalbesetzung.

Die eben angesprochene Reform der Pflegeberufe wird kontrovers diskutiert – sowohl von Seiten der Pflegefachkräfte als auch von Seiten der Ärzte und der Politik. So befürchten diverse Spezialisten wie zum Beispiel Kinderärzte oder Geriater, dass durch die geplante gemeinsame Ausbildung wertvolles Fachwissen nicht vermittelt wird und da-

durch die Qualität der Pflege leidet. Ist diese Sorge berechtigt?

Die Vertreterversammlung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz hat sich für die Generalistik zur Reform der Pflegeausbildung ausgesprochen. Ich beschäftige mich seit vielen Jahren mit verschiedenen Pflegemodellausbildungen und war von Anfang an für die Generalistik. Pflege ist nicht nur Pflege des einzelnen, sondern die pflegerische Beziehung sollte stets im Kontext von Familie und Gemeinde mitgedacht werden. Wenn der pflegerische Auftrag endet – Menschen also (wieder) selbständig ihre Alltagsaktivitäten bewältigen können – sollen sie einen sicheren Platz in ihrem Umfeld haben, das sie in ihrem Tun bestärkt. Aber die (ehemaligen) Pflegebedürftigen sollen auch etwas an ihre Familie und Gemeinde zurückgeben können, für ein stabiles soziales Konstrukt.

Ist das nicht schon ziemlich abstrakt gedacht?

Zu abstrakt? Nein, das finde ich nicht. Wenn ich Kinder pflege, sehe ich sie im Kontext ihrer Familie. Wie sind die familiären Beziehungen? Wie verhalten sich Bezugspersonen? Was ist förderlich, was ist hinderlich für den Erhalt und die Förderung von Selbständigkeit? Diese Fragen können Sie übertragen auf den Demenzbetroffenen in seinem Demenzdorf oder die unheilbar Krebskranke im Hospiz.

Es geht um das große Ganze oder auch Quintessenz, nämlich um das, was allen pflegerischen Settings gleich ist und sich in den Vorbehaltsaufgaben des Pflegeberufsgesetzes widerspiegeln würde.

Heiner Friesacher spricht von einem identitätsstiftenden Kern. Es kommt also darauf an, ob und inwieweit Pflegenden ihren Handlungsgegenstand definieren können. Und glauben Sie mir bitte, das Definieren ist nicht einmal das

Problem. Ich gebe in Seminaren oft diese Aufgabe. Da wird nach kurzem Zögern häufig der Stift geschwungen und heraus kommen schöne Definitionen, die viel mit der diesbezüglichen Definition des Internationalen Pflegerats zu tun haben. Wenn ich dann aber frage: „Was von dem setzen Sie täglich um?“, blicke ich in betretene Gesichter und ich muss mich bemühen, die Pflegenden aus einer Rechtfertigungshaltung wieder herauszuholen.

Und auf der Basis von dem, was sie täglich tun und von ihnen verlangt wird, stemmen sich Pflegenden gegen die Generalistik, beeinflusst durch Arbeitgeberverbände, Kinderärzte und Geriater. Eine Kinderkrankenpflegende hat mir stolz berichtet, dass sie die Petition gegen die Generalistik unterschrieben hat, weil sie ihre Identität behalten wolle. Dabei hat sie aber nicht mit bedacht, dass sie damit quasi die wieder aufgekommene Diskussion um das Y-Modell unterstützt.

Das Y-Modell?

Will heißen, die ersten beiden Jahre gemeinsam und das dritte Ausbildungsjahr im Differenzierungsbereich. Damit bleibt alles beim Alten beziehungsweise der Status quo wird untermauert, wie Carsten Drude sagt. Und mit der bisherigen Ausbildungssituation war die betreffende Kinderkrankenpflegende aber auch nicht zufrieden. Dennoch kann ich Ihre Frage nicht mit einem entschiedenen „Nein!“ beantworten. Wissen Sie, als die Berufsgesetze im Jahr 2004 in Kraft traten, gab es lei-

„Die Bundespflegekammer wird die Repräsentanz nach außen sein, das heißt auf europäischer und internationaler Ebene agieren.“

der Schulen, die den lernfeldorientierten Ansatz nicht inhaltlich umgesetzt haben. Es wurde einfach überlegt, welche Fächer zu welchen Themenbereichen und Lernfeldern gehören. Gemacht wurde weiter wie bisher. Das ist nicht der Sinn der Sache. Es wäre also fatal, wenn mit Inkrafttreten des Pflegeberufsgesetzes und seiner Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Lehrende „containerorientiert“ Altenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflege unterrichten würden. Generalistische Ausbildung bedingt ein Umdenken.

Ich als Professorin muss mich bemühen, Themen so anzubringen, dass sie die eben gestellten Fragen für Kinder, junge Erwachsene, Schlaganfallbetroffene und Sterbende beantworten. Das heißt, ich stelle den Rahmen und begleite die Lernenden bei der inhaltlichen Ausgestaltung, je nachdem in welchem pflegerischen Setting sie sich bewegen (wollen). Das ist zunächst eine Herausforderung, aber das gibt sich mit der Zeit. Zudem – eine generalistische Pflegeausbildung bildet erst einmal die Voraussetzung für spezialisierte Weiterbildungen. Wenn Arbeitgeberverbände, Geriater und Pädiater Angst haben, ihre Fachkräfte zu verlieren, sollen sie sich stark machen für die Weiter- und Fortbildungen in der Pflege. Dann erhalten sie nämlich hochkarätige Pflegefachkräfte, die möglicherweise noch besser gebildet sind als nach bisherigen Maßnahmen. Als Mitglied des Ausschusses der Weiter- und Fortbildung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz setze ich mich dafür ein, dass der Gedanke von generalistischen Ausbildung zur spezialisierten Weiterbildung in der Ausschussarbeit mitbedacht wird.

Professor Isfort hat in einer Studie für das Kuratorium Wohnen im Alter kürzlich dargelegt, dass nicht der bundesweite Bedarf an Pflegefachkräften, sondern der regionale Bedarf analysiert werden muss. Sehen Sie die Kommunalisierung bzw. Regionalisierung der Pflege auch als zentralen Aspekt für eine zukunftsfähige Pflege?

Michael Isfort hat im Februar 2017 im Rahmen eines Symposiums des Kuratoriums Wohnen im Alter dargelegt, dass im Landkreis München von 2015 bis 2030 die Zahl der über 80-Jährigen um 75 Prozent steigen wird. Im Landkreis Wunsiedel hingegen im gleichen Zeitraum nur um sieben Prozent. Gleichzeitig verriet Michael Isfort, dass es im Oktober 2016 gerade einmal 199 arbeitslose Altenpflege-Fachkräfte in Bayern gab – also keinerlei Reserven. Arbeitgebern, die Stellenanzeigen schalteten, bescheinigte er Nicht-Erfolg und forderte sie auf, das Geld lieber zu spenden.

In dieser Veranstaltung hat er, den aktuellen Strukturen folgend, dennoch Lösungsvorschläge unterbreitet, zum Beispiel aus 60-Prozent-Arbeitsstellen 75-Prozent-Arbeitsstellen zu machen. Oder die Altenpflege dahin zu bringen, dass sie für Abiturienten interessant wird. Dazu sollten sich trägerübergreifende Allianzen bilden.

Es muss Geld in die Hand genommen werden, damit sich etwas in der Pflege ändert. Und der Bundespolitik muss die pflegerische Versorgung ihrer Bevölkerung noch viel, viel wichtiger werden als bisher. Mit echten Kennzahlen und einer breit aufgestellten Zuarbeit, was sich im Bundesgebiet tut. Die Kommunalisierung ist ein Aspekt einer zukunftsfähigen Pflege. Als den zentralen würde ich ihn nicht bezeichnen. Der Unterversorgung von Pflegebedürftigen auf dem Land werden viele Modelle entgegengestellt, von arzt nahen Modellen wie „AGnES“ und „VERAH“ und pflegepräventiven wie die „Gemeindeschwester Plus“.

Die Kommunen mehr in die Verantwortung zu nehmen, finde ich wichtig. Die Umsetzung wird sich voraussichtlich daran messen lassen, wie wichtig Pflege der Politik auf verschiedenen Ebenen in den kommenden Jahren wird.

Frau Professor Bensch, vielen Dank für das Gespräch. <<
Das Interview führte MoPf-Redakteurin Kerstin Müller.

Nachtrag von Professor Bensch aufgrund der aktuellen politischen Entwicklung in der Generalistik

Der Kompromiss der Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und SPD vom 6. April 2017 zur geplanten Reform der Pflegeberufe wird vom Deutschen Pflegerat als „Reform in Scheiben“ bezeichnet. Es bestätigt sich die Absicht der Weiterführung eines Y-Modells. Dieses Mal aber nicht für die Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege, sondern für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege. Man könnte fast annehmen, die Lobbys der Geriater, Pädiater und diverser Arbeitgeberverbände der Altenhilfe haben gewirkt. Es wundert mich, vor welchen Karren eine Profession mit eigenem Gegenstand, (zunehmend) wissenschaftlichem Wissen und einem immensen Verantwortungsbereich für Pflegebedürftige und ihren Familien sowie Gemeinden gespannt werden kann. Ich sehe in den Ergebnissen des Kompromisses zunächst zwei Vorteile und möchte der Kürze halber „nur“ drei Nachteile aufzählen: Die Notwendigkeiten der Generalistik der Pflegeausbildung und der hochschulischen Ausbildung von Pflegefachfrauen und -männern scheinen beim Gesetzgeber angekommen zu sein. Damit nähert sich Deutschland internationalen Standards. Die Beibehaltung der Spezialisierung erschwert den sich in diesen Ausbildungsgängen befindlichen Lernenden, das Originäre pflegerischen Handelns zu entdecken. Eine Identitätsfindung als Pflegendende erscheint daher nur über Umwege möglich. Die Generalistik mit Vertiefungsschwerpunkt – als dritter Weg neben dem Y-Modell – birgt aus meiner Sicht die Gefahr, dass sich Schulen in der Curriculumplanung zu sehr auf Inhalte der Gesundheits- und Krankenpflege konzentrieren. Daher begrüße ich die Überlegungen zu einem bundesweiten Rahmenlehrplan. Die Heterogenität der Abschlüsse erschwert den zukünftigen AbsolventInnen pflegesetting-übergreifende Arbeitsplatzwechsel und verbaut ihnen Karrierewege. Eine Pflegefachfrau aus der Altenpflege kann weiterhin nicht ohne weiteres an einer Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege teilnehmen. Zudem knüpfen die Weiterbildungsstätten möglicherweise an unterschiedlicheren Grundkompetenzen der AbsolventInnen an als bisher: Für eine Weiterbildung zum/zur Stationsleitung würden dann im Kurs gleichermaßen Pflegefachfrauen und -männer der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege und der generalistischen Pflege mit Vertiefungseinsätzen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege sitzen. Bei dieser Zunahme an Heterogenität wird es noch schwieriger, in der deutschen Pflegelandschaft den Überblick zu behalten. Die Pflegenden und ihre vertretenden Institutionen auf berufs- und bildungspolitischer Ebene haben das bestimmt nicht so gewollt.

Prof. Dr. rer. cur. Sandra Bensch

absolvierte von 1996 - 1999 eine Ausbildung zur Krankenschwester, und nahm 2002 den Diplomstudiengang der Pflegepädagogik an der Katholischen Fachhochschule Mainz auf, den sie 2006 erfolgreich abschloss und den Master an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar anschloss. Dort promovierte sie auch 2012 und lehrt seit 2014 an der Katholischen Hochschule Mainz, wo sie eine Professur für Pflegepraxis und Pflegedidaktik inne hat.

Dr. Stefan Etgeton, Bertelsmann Stiftung, präsentiert neues Pflegeportal

Lebensqualität messen

„Die ‚Weisse Liste‘ hat den Betrieb der Pflegedienstsuche, der Pflegeheimsuche und des Pflegeplaners im Internet bis auf Weiteres ausgesetzt.“ Mit diesen Zeilen wird der Nutzer auf der Webseite der „Weissen Liste“ überrascht und im Folgenden darüber aufgeklärt, dass der „Weissen Liste“ seit dem 01. Januar 2017 keine Qualitätsinformationen über Pflegeanbieter (Transparenzberichte) mehr zur Verfügung stehen. Ein nützliches Angebot mit „spürbarem Mehrwert“ zu erstellen, sei unter diesen Voraussetzungen nicht mehr möglich, denn die Pflegenoten, so Referent Dr. Stefan Etgeton von der Bertelsmann Stiftung in seinem Vortrag auf dem Deutschen Pfl egetag 2017, seien wenig aussagekräftig, wenn es um die Bewertung der Pflege-, aber auch der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen gehe. So schickt sich die „Weisse Liste“ an, einen Datenpool aufzubauen, der eine feingranulare Suche nach einer möglichst passgenauen Pflegeeinrichtung ermöglicht.

>> Um einen Beitrag zur aktuellen Überarbeitung der Pflegenoten durch den Qualitätsausschuss zu leisten, präsentierte Etgeton Reformvorschläge, bei denen die Nutzerorientierung im Vordergrund steht, denn diese – so Etgeton – laufe Gefahr, zu kurz zu kommen. Auf der Basis der drei Thesen

1. zwischen Pflegeanbietern gibt es Qualitätsunterschiede, die für die Auswahl relevant, aber bislang kaum sichtbar sind,
2. über die gesundheitsbezogene Pflegequalität hinaus ist die Lebensqualität der Pflegebedürftigen wichtig und
3. das Personal von Pflegeanbietern ist ein entscheidender Qualitätsfaktor

hat die „Weisse Liste“ das „Online-first“-Prinzip in den Fokus gerückt, weil man damit dem Nutzer am besten gerecht werden könne.

Gut 1.000 Nutzer des Pflege-moduls „Weisse Liste“ beantworteten laut Referent auf dem Portal Fragen nach Informationsbedarf, -art und -verfügbarkeit in Sachen Pflege. „Ganz oben steht da der Aspekt Würde und Respekt. Eine ganz wichtige Dimension der Lebensqualität. Aber danach kommt dann gleich schon die Priorisierung der fachlichen Pflegequalität und die nächsten drei Punkte betreffen die perso-

nalbezogenen Kriterien“, fasste Etgeton die Ergebnisse kurz zusammen und begründete: „Das hat uns darin bestärkt, dass wir auf Personal und Lebensqualität besonderen Wert legen.“ Zudem zeige sich ein Ungleichgewicht zwischen dem Informationsbedarf und dem Informationsangebot, was den Handlungsbedarf in der Pfl egetransparenz der Public Reportings noch einmal deutlich mache. „Da muss sich was ändern, wir müssen da besser werden“, sprach’s und präsentierte einen Prototypen für die Pflege-suche im Netz, die die Besichtigung des Heimes vor Ort voroder nachbereitend unterstützen will.

„Wie könnte ein Instrument aussehen, das die Entscheidungsfindung begleitet?“

Mehrere Schritte führen den User zu einem Suchergebnis, das anhand der eingegebenen Parameter den Wünschen und Neigungen des Pflegebedürftigen und nicht zuletzt auch den seiner Angehörigen am besten abbildet. Dass zu Beginn immer die Beratung stehen sollte, darauf macht der erste Step des Suchprogrammes aufmerksam und zeigt die bei vielen noch unbekannte Beratungsinfrastruktur

der Pflegestützpunkte auf.

Danach geht es darum, den passenden Pflegeplan und das Pflegesetting zu bestimmen. Im vierten Schritt wird die Suche lokal begrenzt, bevor darüber hinaus mit einem Assistenten eine explizite Bestimmung der Entfernungen zu Wohnort von Pflegebedürftigem oder seiner Angehörigen wie auch die Festlegung von privatem Zahlungslimit oder die Spezialisierung (z.B. Demenz) angeklickt werden kann.

Strukturinformationen der Einrichtung, die die Lebensqualität abbilden, hebt Stefan Etgeton in der Folge besonders hervor. Feingranulare Erfassungen, angefangen bei der möglichen Haltung eines Haustieres, über Kochmöglichkeiten bis zur hin Religionspräferenz: „Lebensqualität macht sich fest an harten Fakten, die ich aber dann auch präsentieren muss“, forderte er.

Art und Herkunft der Daten

Für die Erstauswahl einer Pflegeeinrichtung besonders wichtig sind der Befragung nach, so Etgeton: der Preis und das Erfahrungswissen aller Beteiligten, der Pflegebedürftigen selbst, sowie Angehöriger und Mitarbeiter. Diese müsse ein neues Qualitäts-



Dr. Stefan Etgeton, Senior Expert bei der Bertelsmann Stiftung, präsentiert den Prototypen des neuen Pflegeportals auf dem Deutschen Pfl egetag 2017 in Berlin.

und Public Reporting-System auf jeden Fall abfragen; sei es in einer strukturierten Befragung oder in einem offenen System über das Internet, resümiert der Referent.

Auch die Mitarbeiterqualifikation sowie der Pflegeschlüssel sind Themen, die die Menschen bewegen und die nach Aussage Etgetons kommuniziert und transparent gemacht werden sollen. In Bezug auf den Pflegeschlüssel schlägt die Bertelsmann Stiftung zudem vor, dass über eine externe Prüfung durch den MDK oder die Heimaufsicht auch die reale Personalbesetzung untersucht und daraufhin ausgewiesen wird, ob der verhandelte

Zentrale Thesen als Ausgangspunkt für die Konzepterarbeitung

1. Zwischen Pflegeanbietern gibt es **Qualitätsunterschiede**, die für die Auswahl relevant, aber bislang kaum sichtbar sind
2. Über die gesundheitsbezogene Pflegequalität hinaus ist die **Lebensqualität** der Pflegebedürftigen von zentraler Bedeutung
3. Das **Personal** von Pflegeanbietern ist ein entscheidender Qualitätsfaktor



„Zentrale Thesen als Ausgangspunkt für die Konzepterarbeitung“, stellte Dr. Stefan Etgeton vor. Die Lebensqualität wird von der Bertelsmann Stiftung als zentraler Aspekt angesehen. Aber wie diesen messen und bestimmen?

Pflegeschlüssel über- oder unterschritten wird. Dies wird grafisch für die Nutzer dann mit einem Daumen hoch- oder -runter-Symbol dargestellt. „Das ist eine Logik, die man gleich auf den ersten Blick erfassen kann und die gleiche Logik würden wir dann auch für die Pflegequalität vorschlagen“, beschrieb Etgeton den Plan der Bertelsmann Stiftung für diesen Aspekt, der, wie er selbst sagte, zahlreiche Dimensionen habe. Diese würden jedoch, das zeige die Befragung, von den Nutzern im Detail nicht wahrgenommen. „Wichtig für ihre Auswahlentscheidung ist, ob die Qualität eher überdurchschnittlich oder unauffällig ist oder ob es Warnungen gibt, die man beachten muss.“

Dabei geht die Stiftung davon aus, beim Thema Pflegequalität auf unterschiedliche Informationsquellen zu treffen. Etgeton zählte auf: Zum einen das System der Wingenfeld Ergebnisqualität, das derzeit im Qualitätsausschuss bearbeitet wird, die externen Prüfungen durch den MDK und „einige Bundesländer sind dazu übergegangen die Berichte der Heimaufsicht zu veröffentlichen. Das wäre eine dritte Informationsquelle.“ Der bisher nicht vorhandene Teil der für dieses Portal benötigten Daten, kann nach Meinung Etgetons nur über eine verpflichtende Abgabe durch die Betreiber

erfolgen. „Rein freiwillig wird das nicht gehen.“

Gerade für Pflegeheimbetreiber sieht Etgeton in einem zentralen Datenportal einen großen Gewinn: „Wenn es gelänge eine zentrale Plattform für die Eingabe der Qualitätsdaten zu finden, dann wäre der Aufwand für die Einrichtungen überschaubar. In Moment ist es ja der Fall, dass sie unterschiedlichen Datendiensten Informationen geben.“ Eine zentrale Datenbank einer neutralen Stelle, in der ohne spezielle Software online die Angaben gemacht werden können, ist hier der Vorschlag der Bertelsmann Stiftung. Und dabei sei das Benchmarking inklusive.

Etgeton fasste die sechs Schlussfolgerungen, die die Stiftung aus diesem Prototypen zieht noch einmal plakativ zusammen:

- Online-First-Prinzip
- Einführung eines verpflichtenden Strukturberichts mit Merkmalen, die Lebensqualität beeinflussen können
- Personalbezogene Indikatoren erheben und veröffentlichen
- Darstellung der Pflegequalität: Warnen und Empfehlen ist relevanter als gradueller Vergleich
- Erschließung und Veröffentlichung des Erfahrungswissens von an der Pflege beteiligten
- Open-Data-Prinzip und effizientes Datenmanagement. <<

2. Pflegereport: Analyse und Prognose

>> Im Vorwort zum kürzlich vorgelegten Pflegereport des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost schreibt Univ.-Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier von der Berliner Charité, dass „der 2. Pflegereport der AOK Nordost den, auch für die Wissenschaft, richtigen Weg“ weisen würde, weil damit „aus den routinemäßig vorhandenen Daten die Basis generiert würde, „die wir für die wissenschaftliche Begleitung der pflegerischen Versorgungsinnovationen für Menschen mit einer Demenz brauchen“.

Der Grund: Eine breit verfügbare kleinräumige Analyse sowie eine Prognose von Bedarf und Angebot ist eine wesentliche Voraussetzung für eine effektive Sozialplanung der Kommunen und eine umfassende pflegerische Versorgung durch die Pflegekassen. Gerade für die kleinräumige Planung innerhalb von Gemeinden oder Ämtern fehlten bisher in der Nordostregion Deutschlands belastbare Daten zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen und zur Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung.

Diese Lücke will der Zweite Pflegereport Nordost und die 2016 durch die vom GeWINO gestartete Online-Bereitstellung von Pflegestrukturkennzahlen auf Gemeinde- bzw. Berliner-Be-

zirksraum-Ebene für die Sozialplaner der Kommunen (SAHRA) schliessen. „Die AOK Nordost stellt sich als Partner der Regionen den Herausforderungen des demografischen Wandels. Zum einen ermöglichen wir den Kommunen, unsere GeWINO-Forschungsdatenbasis über die SAHRA-Analyseplattform auch für die Planung im Sozialleistungsbereich durch öffentliche Stellen zu nutzen“, sagt dazu GeWINO-Geschäftsführer Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn.

Die Ergebnisse des 2. Pflegereport Nordost zeigen, dass die Demenzquote bei 60+-jährigen AOK Nordost-Versicherten in allen Nordostregionen 2015 bei 14,6 % lag und innerhalb von fünf Jahren um 1,8 Prozentpunkte gestiegen ist. Rund 61 Prozent aller über 60-jährigen bei AOK Nordost Versicherten, die an Demenz erkrankt sind und in Berlin leben, werden zu Hause gepflegt. Damit stieg der Anteil zwischen 2011 und 2015 um 4,8 Prozent. Gleichzeitig zeigt der zweite Pflegereport, auch dass 2015 fast jeder dritte Demenzkranke noch keine Pflegestufe hatte. So ist in den drei Ländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern von 2011 bis 2015 im Schnitt nur ein geringer Anstieg um 0,7 auf 69,7 Prozent des Anteils von Demenzkranken mit Pflegestufe zu erkennen. <<

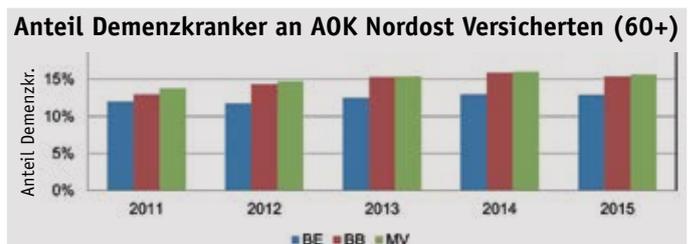


Abb.: Anteil Demenzkranker an den AOK Nordost Versicherten 60+ (Alter- und geschlechts-standardisiert auf AOK Nordost Versichertenstruktur im Jahr 2015). Aus: 2. Pflegereport Nordost, GeWINO 2016.

Studie zu Personaluntergrenzen: „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“

Untergrenzen als Innovationshemmnis?

Zu einem differenzierten Ergebnis in Sachen Personaluntergrenzen kommt Professor Dr. Boris Augurzky, der als Studienleiter der Untersuchung „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“ diese auf dem Gesundheitskongress des Westens 2017 im März in Köln vorstellte. Von der Techniker Krankenkasse 2016 in Auftrag gegeben, hat Augurzky als Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) in Zusammenarbeit mit der Uni Bielefeld und dem Institute für Health Care Business, in dem er als Geschäftsführer fungiert, eruiert, ob eine gute Ausstattung mit Pflegekräften die Qualität der Krankenhäuser verbessert. Das Ergebnis überrascht.

>> Vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussion um dem zu geringen Einsatz von Pflegekräften, einer sinkenden Versorgungsqualität wie Patienten- und Arbeitszufriedenheit in der Pflege nach Einführung des DRG-Systems, wurde im Rahmen der Studie die These aufgestellt, dass eine Erhöhung der Zahl der Pflegekräfte zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit führt.

Augurzky legte drei Fragestellungen vor, denen die Studienautoren nachgegangen waren:

1. Wie hat sich die „pflegerelevante Leistungsmenge“ in den Jahren verändert?
2. Ist eine Verschlechterung der medizinischen Qualität oder der Patientenzufriedenheit erkennbar?
3. Würde mehr pflegerisches Personal die Qualität spürbar erhöhen?

Um diesen Fragen auf den Grund zu gehen, präsentierte der Studienleiter die Entwicklung der Anzahl des in Vollzeit tätigen Krankenhauspersonals insgesamt und fokussierte dabei die Zeitreihen ab 2002, die vor allem auch die Veränderungen ab 2004 mit Einführung des DRG-Systems abbilden. Hier wurde neben einem starken Aufbau im ärztlichen Dienst, ein Abbau von 3,4% der Vollzeitkräfte im Pflegedienst festgestellt.

Weniger Vollzeitkräfte je Belegungstag, Fall und Einwohner

Der anschließende internationale Vergleich der Anzahl an Pflegekräften in Vollzeit, ergab sowohl in der Betrachtung je Belegungstag, wie auch je Fall eine unterdurchschnittliche Ausstattung für Deutschland im Jahr 2010. An Japan, das bei der Analyse der Vollzeitkräfte im Pflegedienst je 1.000 Fälle im Jahr 2010 mit 47,9 Personen ganz vorne rangiert, kommt Deutschland mit 17,4 Kräften bei weitem nicht heran. Indessen verzeichnet Deutschland mit 4,2 Vollzeitpflegekräften im selben Jahr nur einen leicht unterdurchschnittlichen Wert je 1.000 Einwohner. Allen voran geht hier Norwegen mit 7,5 Kräften.

Das von Augurzky im Folgenden Artikuliert ließ einige Teilnehmer dann schlucken. Denn auf Basis der statistisch verfügbaren Daten sei „keine signifikante Belastungsveränderung der Pflege zwischen 2002 und 2014“ auszumachen. Denn hat die Zahl der Pflegekräfte je Fall um 11,7% abgenommen, so verzeichnet sie je Belegungstag ein Plus von 11,8%. Pro pflegerelevanter Leistungsmenge, die im Bezug auf die These die aussagekräftige Größe bei der Untersuchung ist, ist die Zahl der Pflegekräfte demnach bei einem fallfixen Aufwand von 40% um 1%

gestiegen, bei einem 50-prozentigen Aufwand um 1,3% gesunken.

Kritische Töne

Prof. Frank Weidner kritisierte bereits 2016 dieses „[...] unsinnige Zahlenspiel [...]“, wie der Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege in seiner Stellungnahme zur Studie den Direktor des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) zitiert. Weidner zeigte auf, dass dieselbe Berechnungsgrundlage im ärztlichen Dienst einen aktuellen Überhang von 30.000 vollzeitbeschäftigten Ärzten bedeuten würde. Darüber hinaus bemängelt Weidner, dass die Zunahme der Ärztstellen um 34% im Untersuchungszeitraum nicht als Belastungsfaktor für die Pflegekräfte gewertet wurde. Es liege auf der Hand, dass diese zusätzlichen Mediziner diagnostizieren und therapieren und damit zusätzliche Arbeitsaufwände im Bereich der Pflegeberufe produzierten. Dr. Christian Bünnings, Wissenschaftler im Kompetenzbereich „Gesundheit“ am RWI hält dem entgegen: „In unseren multivariaten Regressionsanalysen wurden stets auch die Ausstattungen mit ärztlichem Personal berücksichtigt.“

Doch, so räumte Augurzky auf dem GDW 2017 ein, hänge der Pflegeaufwand von weiteren Faktoren ab, für die es allerdings zum Zeitpunkt der Studiendurch-

führung keine Evidenz gegeben habe. So nannte er beispielsweise die Fluktuation der Pflegekräfte, den Bürokratieaufwand oder das Aufgabenspektrum der Pflege (z.B. Transportdienste, Essensausgabe). Das Alter der Patienten sei zum Teil messbar, so sei der Anteil der über 80-Jährigen von 11,3% im Jahr 2002 auf 15,6% im Jahr 2014 gestiegen. Aber, so vermuten die Studienautoren, es findet eine Verlagerung von Pflege aus dem Krankenhaus statt und so resümierte Augurzky, dass keine spürbare Veränderung der Zahl der Pflegekräfte in Relation zu der pflegerelevanten Leistungsmenge zu verzeichnen ist.

Als Bestätigung nannte der Referent einen steigenden Anteil der von der GKV finanzierten ambulanten Pflege von 1,1%-Punkten in den Jahren 2002 bis 2013 und immer mehr Direktüberweisungen vom Krankenhaus in Pflegeeinrichtungen. Hier liegt die Steigerung im genannten Zeitraum bei 300.000 Fällen.

Diese Zahlen können jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Unzufriedenheit der Pflegekräfte deutlich gestiegen ist. So stellte Augurzky die subjektiven Einschätzungen des Pflegepersonals in Form eines Anstiegs „emotionaler Erschöpfung“, der sinkenden Zufriedenheit mit dem Arbeitsklima und der Personalausstattung objektiven Indikatoren gegenüber: dem Anstieg des Kran-

kenstandes seit 2006 wie auch dem Anstieg der Teilzeitquote, die allerdings in allen Branchen stattgefunden hätten. Der Anteil der Pflegenden mit Kündigungsabsicht in Deutschland im europäischen Durchschnitt wird als ein weiterer objektiver Indikator ausgewiesen.

Schlechtere Versorgungsqualität?

Im Bezug auf die Versorgungsqualität konnten die Studienautoren keine Verschlechterung feststellen. Die herangezogenen QSR-, AQUA- und BQS-Daten weisen partiell sogar auf eine Verbesserung der Situation hin. Die Patientenzufriedenheit bewegt sich den Untersuchungsergebnissen nach auf konstant hohem Niveau. Als Beleg führte Augurzky eine Befragung der TK ins Feld, bei der sich die Zufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung zwischen 2007 und 2013 mit 77% auf gleichbleibendem Niveau befand. Als weiteren Aspekt nannte der Studienleiter den gesunkenen Patientenanteil mit postoperativen Wundinfektionen: So sank die Dekubitusrate bei entlassenen Patienten, die bei Aufnahme keine Infektion aufwiesen von 1,5% im Jahr 2004 auf 0,9% im Jahr 2012.

Demgegenüber steht die durch das Personal empfundene, reduzierte pflegerische Versorgungsqualität. 82% der Pflegedirektoren, 68% der Chefarzte und 51% der Geschäftsführer bemängeln Defizite in der pflegerischen Versorgung wegen wirtschaftlicher Rahmenbedingungen. Indikatoren zur Versorgungsqualität sind aus Sicht der Pflegenden zum einen die Pflegequalität auf der Station, die zwischen 1998/99 und 2009/10 nach Wahrnehmung der Pflegenden von 80% auf 65% gesunken sei sowie der Mangel an psychosozialer Aufmerksamkeit, was sich in einem

Wert von 82% (2009/10) im Gegensatz zu 54% im Jahr 1998/99 manifestiert. Nur die Patientensicherheit auf der Station hat nach Meinung der Pflegenden deutlich zugenommen (Anstieg von 69% auf 94%).

Doch – so stellen die Autoren fest – gibt es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Pflegepersonalausstattung und Rationierungsintensität. Einerseits bezieht man sich hier auf Ergebnisse einer Studie von Reifferscheid, Pomorin und Wasem (2014), andererseits rekurriert Augurzky auf Multivariate Regressionsanalysen auf Basis von Krankenhausdaten des Statistischen Bundesamtes.

Bei der Untersuchung der Daten aus den Jahren 2002 bis 2013 wurde demnach ein „leicht positiver“ Zusammenhang zwischen der Anzahl der Vollzeitpflegekräfte und der Mortalitätsrate festgestellt, der jedoch „keine relevante Größenordnung darstelle und sich statistisch nur schwach auswirke: Die Erhöhung der Pflegekraft in Vollzeit pro Fall um 10 % korreliert im Durchschnitt mit einer Verringerung der Mortalitätsrate um 0,05%.

Kritik an der Mortalitätsrate als wesentlicher Ergebnisgröße übt der Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege und sieht darin keinen durchgängig pflegesensitiven Qualitätsindikator, weil er womöglich in weit größerem Ausmaß durch das ärztliche Leistungsgeschehen und zahlreiche weitere Faktoren beeinflusst werde. Bünings (RWI) erklärt hingegen: „Die Mortalitätsrate ist in der internationalen Literatur ein Standardindikator.“

Handlungsempfehlungen

Abschließend hatte Professor Augurzky noch Handlungsempfehlungen im Gepäck, da eine

Zunahme an offenen Stellen für Gesundheits- und Krankenpfleger und damit ein absehbarer Mangel an Pflegefachkräften ein Handeln notwendig mache. Als Ziele wies er aus, die Teilzeitquote zu reduzieren, eine längere Verweildauer im und die Rückkehr in den Beruf zu evozieren. Das könne jedoch nur mit einer Erhöhung der Attraktivität des Berufes erreicht werden, was allerdings neuer Karrierepfade und des Aufbrechens des Berufsgruppendenkens im Krankenhaus bedürfe. Denn die Essenz aus Expertengesprächen sei, dass die Patientenzufriedenheit dort am größten ist, wo die Zusammenarbeit zwischen Pflege- und ärztlichem Dienst am intensivsten ist und wo darüber hinaus eine gute Führungsstruktur im Pflegedienst herrsche.

Als zweite Größe bringen die Autoren die Akquise zusätzlicher Pflegekräfte durch Aus- und Weiterbildung wie auch qualifizierte Zuwanderung ins Spiel, wobei durch effiziente Prozesse und gutes Pflegemanagement, die Reduktion der Krankenhausnachfrage, die Ambulantisierung und integrierte Versorgung, den Bürokratieabbau und nicht zuletzt durch die Digitalisierung in Zukunft insgesamt weniger Pflegepersonal im Krankenhaus benötigt werde. Eine Vorgabe zu Mindestbesetzungen in der Pflege im Krankenhaus ist nach Wertung der Studienautoren keine Option, da eine solche den Mehrbedarf an Personal erhöhe und innovationshemmend wirke. Stattdessen solle die Pflegequalität gemessen und transparent gemacht werden. Eine Aufgabe für das IQTIG, schloss Augurzky.

Franz Wagner, Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V. (DBfK), mahnte, wie aus der Stellungnahme des Vorstands der Fachgesellschaft Profession Pflege hervorgeht, 2016 an, dass bisher

Studienangaben

Die von der Techniker Krankenkasse in Auftrag gegebene Studie „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“ (2016) wurde vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) durchgeführt und kommt zu dem Ergebnis, dass aufgrund der Analyse „kein akuter Handlungsbedarf in Bezug auf die Menge an Pflegedienst im Krankenhaus abgeleitet werden“ kann. Studienleiter Professor Boris Augurzky empfiehlt aufgrund der Ergebnisse, keine Vorgaben zu Mindestbesetzungen zu machen. Diese erhöhten den Mehrbedarf und wirkten innovationshemmend.

noch keine pflegesensitiven Qualitätsindikatoren flächendeckend in der Pflege implementiert wurden. Ebenso ist nach Ansicht der Fachgesellschaft zu kritisieren, dass Forschungstätigkeiten im Bereich der Outcomeforschung der Pflege kaum systematisch gefördert werden. Damit sei die dringend erforderliche Entwicklung der Pflege und die Professionalisierung der Profession behindert. Die Fachgesellschaft Profession Pflege empfiehlt daher:

Die Einführung einer Pflegepersonalbemessungsmethodik basierend auf Pflegediagnosen und -maßnahmen aus der Regeldokumentation. Notwendig hierzu sei die Aufnahme eines standardisierten und akzeptierten Pflegeklassifikationssystems in den ICD-10 (Pflegediagnosen) und den OPS (Pflegemaßnahmen) und die hierauf aufbauende Entwicklung von pflegerrelevanten Fallgruppen (Nursing Related Groups – NRG) zur Vergütung pflegerischer Leistungen im Krankenhaus.

Außerdem die Entwicklung von bundeseinheitlichen, pflegesensitiven Qualitätsindikatoren, welche auf die standardisierte Datengrundlage der Pflegediagnosen und -maßnahmen sowie weitere Daten aus einer elektronischen Patientenakte zurückgreifen. <<

Torsten Rantzsch (VPU) bezieht Stellung zu Personaluntergrenzen

Offenes Fenster nutzen

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe setzt mit der Schlussfolgerung der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ um, was Torsten Rantzsch grundsätzlich begrüßt, aber differenziert ausgestaltet wissen will. Rantzsch ist Pflegedirektor am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD) und Vorstandsvorsitzender des Managementverbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (VPU). Die 34 in diesem Verband organisierten Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren repräsentieren etwa 60.000 Pflegenden an deutschen Universitätskliniken. Ziel der Verbandsarbeit ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine qualitätsorientierte Pflege. Der VPU versteht sich dabei als Sparringpartner und Berater der Politik.

>> „Dass Herr Gröhe die Expertenkommission für die Festlegung der Personaluntergrenzen nutzt, halten wir für den richtigen Weg, weil dort Pflege vertreten ist“, erklärt Rantzsch und meint damit unter anderem den Deutschen Pflegeerrat, in dem auch der VPU Mitglied ist. Man müsse aber genau lesen, was der Gesundheitsminister da gesagt habe, fordert er. Gelingt es der Selbstverwaltung nicht, bis Ende Juni 2018 verbindliche Personaluntergrenzen in den festgelegten Bereichen zu vereinbaren, schalte sich das Bundesgesundheitsministerium wieder ein und setze diese per Rechtsverordnung fest. Um rechtzeitig eine bestmögliche Lösung bezüglich der Untergrenzen zu finden, bietet Rantzsch auch die Mitarbeit des VPU an. Dass sich Engagement auf der politischen Bühne auszahlt, davon ist er überzeugt: Der VPU habe beispielsweise dafür gekämpft, dass der in 2016 auslaufende Versorgungszuschlag zum Pflegezuschlag geworden ist.

„Leider war Gröhe im zweiten Schritt nicht bereit, die Nachweispflicht über den Wirtschaftsprüfer einzuführen“, moniert Rantzsch und macht klar, dass diese besonders dort notwendig ist, wo die Pflegedirektoren aus den Vorstandsebenen hinausgedrängt werden. „Das ist ein echtes Dilemma“, klagt er und befürchtet ein Versickern des Betrages, wenn dieser im allgemeinen Topf ver-

bleibt. Vor diesem Problem steht Rantzsch allerdings selbst nicht: Der Pflegezuschlag für das UKD in einer Höhe von 1,94 Mio Euro, was 31 Vollkraftstellen entspricht, ist im Wirtschaftsplan ausgewiesen.

„Und es bleibt ja nicht bei den 500 Millionen“, so der Pflegedirektor weiter, „wir wissen ja, dass das Pflegestellenförderprogramm nach dreijähriger Phase eben auch dauerhaft implementiert wird und wir dann bei den 830 Mio sind. Umso mehr begrüßen wir, dass Herr Gröhe die Nachweispflicht mit den Personaluntergrenzen nun doch einführen will.“ Bevor diese jedoch greifen kann, muss erst einmal definiert werden, wo Untergrenzen gelten sollen. „Was sind denn die ‚pflegesensitiven Bereiche?‘“, fragt Rantzsch nach der sehr offen gehaltenen Formulierung in der Schlussfolgerung. Dann komme die Andeutung zu Intensivstation und Nachtdienst. Um mehr gehe es ja wahrscheinlich nicht. Oder heißt sensitiv doch noch mal etwas anderes? „Klar ist“, so der VPU-Vorstandsvorsitzende, „dass man durch den Gesundheitstarifvertrag der Charité auf den Intensivstationen guckt. Das war der Auslöser.“ Er zollt seinen Kollegen in Berlin für diesen Kraftakt großen Respekt. Statt von „pflegesensitiv“ spricht Rantzsch jedoch lieber von „bedarfsorientiert“. „Wir setzen uns für eine Personalausstattung ein, die sich am tatsächlichen

Bedarf orientiert.“ Seine Bezugsgröße ist dabei die Fallschwere, an der er auch die Diversität der unterschiedlichen Einrichtungen bezüglich des Bedarfs festmacht. Die Einführung verbindlicher, starrer Personaluntergrenzen, die pauschal für alle Krankenhäuser und alle Stationen gelten, könne den spezifischen Anforderungen der einzelnen Häuser nicht gerecht werden. Wie soll man auch ein Universitätsklinikum als Supramaximalversorger mit einem Maximalversorger oder der Grundregelversorgung vergleichen? Es müsse hier differenziert werden. In den Angloamerikanischen Ländern mache das Sinn, weil dort die Aufgaben einer Krankenschwester ganz anders seien. „Die haben eine Gatekeeper-Funktion. Hier macht die Krankenschwester noch die gesamte Grundpflege, wo fängt man da an, Personaluntergrenzen zu ziehen – gerade in der Relation Patient pro Schwester?“

Betrachte man den Case Mix Index, der am UKD beispielsweise bei 1,7 liege, weise er dagegen in Allgemeinkrankenhäusern oft nur die Größe 1 auf. Die Schweregrade differierten deutlich und so führe an der bedarfsorientierten Personalausstattung kein Weg vorbei. Denn auch die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens müsse – im Sinne aller – schließlich im Auge behalten werden. Das bedinge ebenso, dass es mittlerweile Stationen gebe, auf denen die

Betreuung aller Klientel vorgehalten werde. Leere Betten kann man sich nämlich nicht leisten und so findet sich ein Kind auch schon mal neben einem Erwachsenen wieder, was breit qualifiziertes Personal erfordert.

Torsten Rantzsch weist darauf hin, dass es ja bereits eine Personaluntergrenze in Deutschland gebe. Den Betreuungsschlüssel von 1:1 für Neugeborene unter 1.500 g, den eine G-BA-Richtlinie aus dem Jahr 2013 für die Personalausstattung auf neonatologischen Intensivstationen unter gewissen Voraussetzungen vorgebe, könne derzeit jedoch kaum ein Krankenhaus vorhalten. Ein Konzept zu den Untergrenzen müsse genau dies definieren. Wo kommen die zusätzlichen Kräfte her, die meist im Umgang mit Akutfällen gebraucht werden? Denn zu 75% könne man heute einschätzen, welche Leistung zu welchem Zeitpunkt gebraucht werde, berichtet der Pflegedirektor aus Erfahrung. Hier wäre ein Pool denkbar, aus dem man kurzfristig schöpft oder vielleicht eine Kooperation mit einer Zeitarbeitsfirma.

Ob Generalistik, Aus- und Weiterbildung oder Akademisierung: Jetzt, so Rantzsch, stehe – im Hinblick auf die Bundestagswahl und die kommunizierten Absichten der Parteien – das Fenster offen und müsse genutzt werden. Im Sinne der beruflich Pflegenden – und der Patienten. <<

Sandra Mehmecke M.A.
Prof. Dr. phil. Michael Simon

Staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser: Kaliforniens Erfahrungen mit der Umsetzung

Vor dem Hintergrund der Diskussion um Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser wird in Deutschland seit langem die Einführung gesetzlicher Vorschriften zu einer Personalmindestbemessung gefordert (DBfK/ver.di 2007; Simon 2008, 2009, 2015; ver.di 2013). Als Reaktion auf diese Diskussion und Forderung wurde im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes 2015 die Einrichtung einer Kommission beschlossen, die Vorschläge für eine Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erarbeiten soll. Im März 2017 wurden die Schlussfolgerungen aus den Beratungen dieser Expertenkommission veröffentlicht. Gesundheitsminister Gröhe kündigte gemeinsam mit führenden Gesundheitspolitikern der Regierungskoalition und Vertretern der Länder die Einführung von „Personaluntergrenzen“ für den Pflegedienst der Krankenhäuser an. Der Begriff „Personaluntergrenzen“ wurde dabei nicht definiert. Gemeint sind aber offenbar Vorgaben nach Art der sogenannten „Minimum Nurse-to-Patient Ratios“. Hierunter werden international Mindestbesetzungen verstanden, die in Form von Verhältniszahlen angeben, wie viele Pflegekräfte für eine definierte Anzahl an Patienten pro Schicht auf einer Station oder in einem Funktionsbereich vorzuhalten sind. Bislang ist der Kenntnisstand hierüber in Deutschland noch sehr gering. In einer von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Studie wurde deshalb recherchiert, in welchen Staaten es solche Regulierungen gibt und wie diese ausgestaltet sind. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die Erfahrungen mit der Umsetzung des bereits im Jahr 2004 eingeführten Regulierungssystems der „Minimum Nurse-to-Patient Ratios“ im US-Bundesstaat Kalifornien.

>> Der nachfolgend vorgestellte Überblick über die Erfahrungen im US-Bundesstaat Kalifornien basiert in erster Linie auf einer systematischen Literaturrecherche in der Online-Literaturdatenbank Medline. Ziel war es, den aktuellen Stand der Forschung sowie der

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der Ankündigung des Bundesgesundheitsministers und führender Gesundheitspolitiker auf Bundes- und Landesebene, Personaluntergrenzen im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser einführen zu wollen, stellt sich die Frage, welche Erfahrungen in Ländern mit bereits existierenden Regelungen dieser Art gesammelt wurden. Der vorliegende Beitrag stellt die Erfahrungen des US-Bundesstaats Kalifornien mit der Umsetzung staatlich vorgegebener Mindestbesetzungen in Form von „Nurse-to-Patient Ratios“ vor. Grundlage des Beitrags ist eine systematische Literaturrecherche in internationalen Literaturdatenbanken sowie eine ergänzende Internetrecherche. Zu den Auswirkungen der kalifornischen Nurse-to-Patient Ratios liegen zahlreiche Veröffentlichungen vor, darunter auch mehrere empirische Studien. Überwiegend belegen sie, dass befürchtete negative Auswirkungen nicht eingetreten sind und sich die Regulierung als zweckdienliches Instrument zur Sicherstellung einer ausreichenden Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser erwiesen hat.

Schlüsselwörter

Personalbemessung, Personaluntergrenzen, Krankenhaus, Kalifornien

politischen und fachlichen Diskussionen zu ermitteln. Dabei standen Erkenntnisse zu den Auswirkungen auf den Betrieb der Krankenhäuser (wirtschaftliche Situation, Beschäftigung) und zur technischen Umsetzung (Einhaltung der Vorschriften/ Problembereiche) im Fokus. Zusätzlich zur Datenbankrecherche wurde über Google und Google Scholar recherchiert, um auch Veröffentlichungen zu erfassen, die nicht in Medline gelistet sind. Nach der systematischen Sichtung der gefundenen Veröffentlichungen wurden auch deren Literaturverzeichnisse ausgewertet (Schneeballverfahren). Darüber hinaus wurde auf den Homepages staatlicher Institutionen (z.B. California Department of Public Health) sowie fachlicher Institutionen (z.B. American Hospital Association) nach entsprechenden Publikationen gesucht.

Nachfolgend wird das kalifornische Regulierungssystem der „Minimum Nurse-to-Patient Ratios“ kurz vorgestellt, um daran anschließend einen Überblick zu geben über die in den einbezogenen Veröffentlichungen beschriebenen Auswirkungen und Erfahrungen.

Das Regulierungssystem Kaliforniens

Im Jahr 1999 beschloss das kalifornische Parlament ein Gesetz, in dem das Gesundheitsministerium beauftragt und ermächtigt wurde, „Minimum Nurse-to-Patient Ratios“ festzulegen, die von allen Allgemeinkrankenhäusern einzuhalten sind. Die entsprechende Rechtsvorschrift wurde 2003 erlassen und trat 2004 in Kraft. Hauptelemente des Regulierungsmodells sind (CDHS, 2003b):

- die Vorgabe obligatorisch zu jeder Zeit einzuhaltender Mindestbesetzungen in Form von Nurse-to-Patient Ratios (Tab. 1)
- die Pflicht zur Anwendung eines Patientenklassifikationssystems (PCS), um den individuellen Pflegebedarf jedes einzelnen Patienten zu ermitteln die Pflicht zum Einsatz zusätzlichen Personals, falls die Summe des durch das PCS ermittelten Bedarfs höher ist als durch die vorgegebenen Nurse-to-Patient Ratios abgedeckt
- die Pflicht zur Dokumentation des ermittelten Pflegebedarfs und der tatsächlich vorgehaltenen Personalbesetzung für jede Station bzw. Abteilung und jede Schicht

Art der Einheit	2004	2008
Intensivstationen ¹	1:2	unverändert
OP (pro Saal)	1:1	unverändert
Geburtshilfe		
Versorgung Schwangerer: nach Einsetzen der Wehen	1:2	unverändert
Versorgung Schwangerer: vor Einsetzen der Wehen	1:4	unverändert
Versorgung nach der Geburt: Mutter-Kind-Einheiten	1:4	unverändert
Versorgung nach der Geburt: nur Mütter	1:6	unverändert
Kombinierte Einheit für vor- und nachgeburtliche Versorgung	1:3	unverändert
Pädiatrie	1:4 ²	unverändert
Aufwachraum	1:2	unverändert
Notfallaufnahme	1:4	unverändert
Schwerkranke	1:2	unverändert
Schwerunfallverletzte	1:1	unverändert
Intermediate Care Einheit	1:4	1:3
Intensivüberwachung	1:5	1:4
Normalstationen ohne Fachgebietszuordnung ³	1:6	1:5 ⁴
Normalstationen mit Fachgebietszuordnung	1:5	1:4
Psychiatrie	1:6	unverändert

- 1) Intensivstationen einschließlich Verbrennungszentren und neonatologischen Intensivstationen
- 2) mindestens eine davon muss über eine Triage-Ausbildung verfügen
- 3) Gemischte Stationen (medizinisch/chirurgisch) für Patienten mit geringerem Pflegebedarf
- 4) Neufassung ab 2005.

Hinweis: Bereits vor Inkrafttreten der Regulierung war geplant, die Nurse-to-Patient Ratios für bestimmte Bereiche in den Jahren 2005 bzw. 2008 anzuheben (CDHS 2003a: 3).

Tab. 1: Nurse-to-Patient Ratios des US-Bundesstaates Kalifornien. Quelle: CDHS 2003b, eigene Darstellung.

- die Pflicht zur Einrichtung einer Kommission, die das obligatorisch anzuwendende PCS auswählt, kontinuierlich weiterentwickelt und die mindestens zur Hälfte aus Pflegekräften der direkten Pflege besteht.

Im kalifornischem Regulierungsmodell geben die Nurse-to-Patient Ratios nur eine Mindestbesetzung vor, indem sie die Zahl der Patienten festlegen, für die eine qualifizierte Pflegekraft maximal verantwortlich sein darf. Unabhängig davon ist mit Hilfe eines geeigneten Patientenklassifikationssystems der individuelle Pflegebedarf jedes einzelnen Patienten zu ermitteln und es müssen – je nach ermitteltem Bedarf – weitere Pflegekräfte über die Mindestbesetzung hinaus eingesetzt werden, sofern dies zur Deckung des Gesamtpflegebedarfs einer Station erforderlich ist.

Zudem beinhalten die Regelungen Vorgaben zum Qualifikationsmix. Die vorgegebenen Nurse-to-Patient Ratios sind durch Licensed Nurses zu erfüllen. Hierzu zählen in Kalifornien Registered Nurses (RNs) und Licensed Vocational Nurses (LVNs). Während RNs über eine mindestens dreijährige Berufsausbildung oder ein Hochschulstudium verfügen, dauert die Ausbildung zur LVN zwei Jahre. LVNs arbeiten unter Anleitung einer RN. Der Anteil der LVNs an den vorgegebenen Mindestbesetzungen ist auf 50% begrenzt. In besonders sensiblen Bereichen, etwa Intensivstationen, dürfen nur RNs auf

die Erfüllung der Vorgaben angerechnet werden. Assistenz- und Hilfspersonal der Pflege wird von den Vorschriften nicht erfasst, dieses kommt additiv hinzu.

Erfahrungen mit der Umsetzung

Das kalifornische Regulierungssystem der Nurse-to-Patient Ratios hat vor dessen Einführung zu erheblichen Kontroversen zwischen den befürwortenden Gewerkschaften und Berufsorganisationen der Pflege auf der einen Seite und insbesondere den Verbänden der Krankenhausträger auf der anderen Seite geführt. Während die Befürworter einer Regulierung davon ausgingen, dass die Vorgaben positive Auswirkungen haben werden, erwarteten die Gegner zahlreiche Probleme und Verschlechterungen in der Krankenhausversorgung.

Betrachtet man die mittlerweile vorliegenden Ergebnisse empirischer Studien in ihrer Gesamtheit, so zeigt sich eine relativ große Heterogenität und teilweise auch Widersprüchlichkeit bei den festgestellten Auswirkungen der Regulierung.

Auswirkungen auf die Patientengesundheit

Einige empirische Studien kommen zu dem Schluss, dass die Einführung der Mindestbesetzungen in Kalifornien zu einer signifikant niedrigeren Mortalität geführt habe (u.a. Hickey et al. 2011; Aiken et al. 2010a). So gehe ein besseres Arbeitsumfeld und die verringerte Nurse-to-Patient Ratio auf Normalstationen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Patienten einher, einen Herzstillstand zu überleben (McHugh et al. 2016). Zudem würden die geringeren Nurse-to-Patient Ratios zu einer Verkürzung der Verweildauer von Krankenhauspatienten führen (Spetz et al. 2013) und zusammen mit einer Verbesserung der Arbeitsumgebung eine effektive Intervention zur Vermeidung von Wiederaufnahmen darstellen (McHugh et al. 2013). In einzelnen Untersuchungen werden die Auswirkungen der Regelungen dagegen nur als marginal bewertet (Cook et al. 2012; Burnes Bolten et al. 2007; Donaldson et al. 2005). In Bezug auf zwei Indikatoren für die Qualität der Patientenversorgung – die Inzidenz von Patientenstürzen und die Prävalenz von Dekubiti – zeige sich keine signifikante Veränderung (Burnes Bolten et al. 2007; Donaldson et al. 2005). In anderen Studien wird festgestellt, dass es einige Verbesserungen gegeben habe, die positiven Wirkungen aber nicht so signifikant und flächendeckend seien, wie vorhergesagt (Serratt et al. 2013; Spetz et al. 2013; Donaldson/Shapiro 2010). Die Aussagekraft von Studien, die mit krankenhausergreifend erhobenen Daten arbeiteten, beispielsweise mit Daten von Medicare, ist allerdings durchaus kritisch zu sehen, weil die rechtlichen Vorgaben von einem relevanten Teil der Krankenhäuser nicht durch-

gängig eingehalten wurden. Werden die Daten dieser Kliniken in die Analysen einbezogen, führt dies zu Ergebnissen, die keine zuverlässigen Rückschlüsse auf den untersuchten Zusammenhang zulassen.

Verstöße und ihre Sanktionierung

Die angesprochenen Verstöße gegen die Einhaltung der Nurse-to-Patient Ratios werden im Rahmen von Untersuchungen durch das California Department of Health Services (CDHS), nach eingegangenen Beschwerden oder im Rahmen von periodischen Audits dokumentiert und für die Allgemeinheit auf der Homepage des California Department of Public Health (CDPH) sowie auf den Internetseiten der betreffenden Krankenhäuser zugänglich gemacht. Für die erste Zeit nach Inkrafttreten des Regulierungssystems wird kritisiert, dass für kleine ländliche Kliniken Ausnahmen von der Pflicht zur Einhaltung der Vorgaben bestanden und die Strafen bei Nicht-Einhaltung zu gering waren (Buchan 2005). Tatsächlich existieren auch derzeit noch keine direkten Sanktionen für Verstöße gegen die Nurse-to-Patient Ratios. Allerdings kann gegen Krankenhäuser, die die Vorgaben nicht einhalten, seit dem Jahr 2007 eine Geldbuße von mindestens 25.000 US-Dollar verhängt werden, wenn die Verstöße zu schweren Gesundheitsschäden oder gar zum Tod von Patienten führen könnten. So wurden Ende 2007 die ersten Strafen vom CDPH unter neuer Ermächtigung des Health and Safety Code (§1.280,1 HSC) ausgesprochen (Jofre 2008), u.a. weil ein Krankenhaus die Verfügbarkeit von geeignetem Pflegepersonal zur Sicherstellung einer adäquaten Patientenversorgung nicht nachweisen konnte. Es gibt zwar keine gesetzliche oder untergesetzliche Regelung, die dem CDHS den Entzug der Lizenz eines Krankenhauses als Sanktionsmittel allein für dokumentierte Verstöße erlaubt, es kann aber Bettenschließungen anordnen.

Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

Die düsterste Prognose für Krankenhäuser war, dass viele Kliniken nach Einführung des Regulierungssystems schließen müssten. Diese Erwartung hat sich nicht bestätigt. Bis heute hat lediglich ein einzelnes Krankenhaus – das Santa Teresita Hospital in Duarte (Los Angeles County) – die Schließung seiner noch bestehenden 30 Akutbetten im Januar 2004 mit den Regelungen zu den Mindestbesetzungen begründet (Garner 2011a, 2011b). Das Krankenhaus war jedoch schon länger in wirtschaftlichen Schwierigkeiten und musste bereits 2003 seine Säuglingsstation schließen (Herr 2009).

Die Daten der Krankenhauskosten-Berichte von Medicare und Medicaid weisen zusammen mit den Daten der California Hospital Association insgesamt 15 Krankenhäuser aus, die nach Einführung des Regulierungssystems bis zum Jahr 2008 geschlossen wurden und weitere 10, bei denen sich die Besitzverhältnisse änderten (Munnich 2013). Nach aktuellen Zahlen der kalifornischen Krankenhausstatistik hat die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser zwischen 2004 und 2013 insgesamt um vier Prozent abgenommen, während die Zahl der Betten im Wesentlichen konstant blieb (California Health Care Foundation 2015). Die Frage des Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs muss dabei differenziert betrachtet werden. Zur Schließung von Betten oder Krankenhäusern führten verschiedene

Faktoren, darunter insbesondere:

- die Änderung des kalifornischen Gesetzes zur Erdbebensicherheit (SB 1953), das bis 2008 zu Schließungen von nicht-erdbebensicheren Krankenhäusern führte (Chang/Jacobsen 2012)
- die Änderungen in der Finanzierung von „Skilled Nursing Beds“ (Betten auf reinen Pflegestationen), was den Abbau solcher Betten zur Folge hatte (Gale et al. 2012)
- eine veränderte Patientenklitel durch Steigerung des CMI und damit Verlagerung von Betten in den Akutbereich (California Health Care Foundation 2015) und
- die Novellierung des „Emergency Medical Treatment and Labor Act“ im Jahr 1997, mit der die kostenlose Notfallversorgung von Nicht-Versicherten weiter ausgestaltet wurde und von der kalifornische Kliniken aufgrund der hohen Anzahl Nicht-Versicherter besonders betroffen waren (Munnich 2013).

Die Umsetzung des Regulierungssystems kann somit nicht als primäre oder gar alleinige Ursache für die Schließung von Krankenhäusern gelten. Allerdings könnte der erhöhte Personalbedarf zur Verschärfung ohnehin bestehender finanzieller Notlagen einiger Kliniken beigetragen haben (Munnich 2013). Insgesamt hat sich offenbar der finanzielle Druck auf Krankenhäuser nach Einführung der Nurse-to-Patient Ratios erhöht (Serratt et al. 2013; Reiter et al. 2012). Im Rahmen einer Studie wurden die Finanzkennzahlen von 203 Allgemeinkrankenhäusern Kaliforniens für die Jahre 2000 bis 2006 mit 407 gleich strukturierten Krankenhäusern in 12 anderen Bundesstaaten verglichen, in denen es in diesem Zeitraum keine staatliche Regulierung der Pflegepersonalbesetzung gab (Reiter et al. 2012). Dabei wurde festgestellt, dass es im Vergleich eine signifikante Senkung der operativen Margen für viele kalifornische Krankenhäuser gegeben habe. Die Betriebskosten seien durch gestiegene Personalkosten deutlich angewachsen. Die Kostenbelastung sei insbesondere für öffentliche, nicht-profitorientierte Krankenhäuser eine Herausforderung gewesen. Ein Grund hierfür sei, dass in der Gegenüberstellung mit den Vergleichsstaaten, in Kalifornien eine schlechtere Erlössituation aufgrund der hohen Anzahl gering- und nichtversicherter Patienten bestehe.

Zudem gebe es in Kalifornien weniger staatliche Zuschüsse. Unter diesen Bedingungen hätten die zwingend einzuhaltenden höheren Anforderungen an die Pflegepersonalausstattung in einigen Krankenhäusern nur durch die Umverteilung von Budgetanteilen anderer Bereiche zum Pflegedienst erfüllt werden können (Reiter et al. 2012). Eine andere empirische Untersuchung kommt jedoch zu dem Ergebnis, dass die Umsetzung des Regulierungssystems keine signifikanten Auswirkungen auf die Finanzsituation der kalifornischen Krankenhäuser insgesamt gehabt habe (Spetz et al. 2009). Zwar seien die Gesamtmargen zwischen 1999 und 2007 zurückgegangen, es gebe aber keine eindeutige Beziehung zwischen diesem Rückgang und der Einführung der Mindestbesetzungen im Pflegedienst. Insgesamt stellt sich die wirtschaftliche Situation kalifornischer Krankenhäuser heute deutlich besser dar, als im Jahr des Inkrafttretens des Regulierungssystems. Im Jahr 2013 verzeichneten 66% der Kliniken ein positives Gesamtergebnis – im Vergleich zu 59% im Jahr 2004. In ähnlicher Weise verzeichnete ein größerer An-

Literatur

- Aiken, L. H. (2010a): The California nurse staffing mandate: implications for other states. In: Leonard Davis Institute of Health Economics/ Issue Brief 2010, 15, 4: 1-4
- Aiken, L. H. (2010b): Safety in numbers. In: Nursing Standard 2010, 24, 44: 62-63
- Aiken, L. H./Sermeus, W./Van den Heede, K./Sloane, D. M./Busse, R./McKee, M./Bruyneel, L./Rafferty, A. M./Griffiths, P./Moreno-Casbas, M. T./Tishelman, C./Scott, A./Brzostek, T./Kinnunen, J./Schwendimann, R./Heinen, M./Zikos, D./Strömseg, S. I./Smith, H. L./Kutney-Lee, A. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308724/> (abgerufen am 12.03.2017)
- American Hospital Association (2016): American Hospital Association uncompensated hospital care cost fact sheet. In: <http://www.aha.org/content/16/uncompensatedcarefactsheet.pdf> (abgerufen am 12.03.2017)
- Bessette, J. M. (2006): An Analysis in Support of Minimum Nurse-to-Patient Ratios in Massachusetts. In: Quinipiac Health Law Journal 2006, 9, 2: 173-218
- Buchan, J. (2005): A certain ratio? The policy implications of minimum staffing ratios in nursing. In: Journal of Health Services Research & Policy 2005, 10, 4: 234-24
- Buerhaus, P. I. (2009): Avoiding mandatory hospital nurse staffing ratios: An economic commentary. In: Nursing Outlook 2009, 57, 2: 107-112
- Burnes Bolten, L./Aydon C. E./Donaldson N./Aronow, H. (2007): Mandated Nurse Staffing Ratios in California: A Comparison of Staffing and Nursing-Sensitive Outcomes Pre- and Postregulation. In: Policy Politics Nursing Practice 2007, 8, 4: 238-250
- California Health Care Foundation (2015): California Hospitals: An Evolving Environment. California Health Care Almanac. In: <http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20C/PDF%20CaliforniaHospitals2015.pdf> (abgerufen am 12.03.2017)
- CDHS, California Department of Health Services (2003a): Final Statement of Reasons. In: http://www.cdph.ca.gov/services/DPOPP/regs/Documents/R-37-01_FSOR.pdf (abgerufen am 12.03.2017)
- CDHS, California Department of Health Services (2003b): Nurse-to-Patient Ratio Regulations. In: http://www.cdph.ca.gov/services/DPOPP/regs/Documents/R-37-01_Regulation_Text.pdf (abgerufen am 12.03.2017)
- Chan, Th. C./Killeen, J. P./Vilke, G. M./Marshall, J. B./Castillo, E. M. (2010): Effect of mandated nurse-patient ratios on patient wait time and care time in the emergency department. In: Academic Emergency Medicine 2010, 17, 5: 545-552
- Chang, T./Jacobson, M. (2012): What do Nonprofit Hospitals Maximize? Evidence from California's Seismic Retrofit Mandate. Working Paper. In: <http://users.nber.org/~changt/ChangJacobson13apr9.pdf> (abgerufen am 12.03.2017)
- Chapman, S. A./Spetz, J./Seago, J. A./Kaiser, J./Dower, C./Herrera, C. (2009): How have mandated nurse staffing ratios affected hospitals? Perspectives from California hospital leaders. In: Journal of healthcare management/ American College of Healthcare Executives 2009, 54, 5: 321-333, 334-335
- Cook, A./Gaynor, M./Stephens Jr., M./Taylor, L. (2012): The effect of a hospital nurse staffing mandate on patient health outcomes: Evidence from California's minimum staffing regulation. In: Journal of Health Economics 2012, 31, 2: 340-348
- Conway, P. H./Konetzka, T. R./Zhu, J./Volpp, K. G./Sochalski, J. (2008): Nurse Staffing Ratios: Trends and Policy Implications for Hospitalists and the Safety Net. In: Journal of Hospital Medicine 2008, 3, 3: 193-199
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2007): Uns reicht's! Wir wehren uns gegen Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege. Pressemitteilung vom 22.11.2007. In: http://www.lpr-bw.de/s/pdf/PM_22112007_unsreichtsbdfk1.pdf (abgerufen am 12.03.2017)
- Donaldson, N./Shapiro, S. (2010): Impact of California Mandated Acute Care Hospital Nurse Staffing Ratios: A Literature Synthesis. In: Policy Politics Nursing Practice 2010, 11, 3: 184-201
- Donaldson, N./Burnes Bolten, L./Aydin, C. E./Sandhu, M. (2005): Impact of California's Licensed Nurse-Patient Ratios on Unit-Level Nurse Staffing and Patient Outcomes. In: Policy Politics Nursing Practice 2005, 6, 3: 198-210
- Douglas, K. (2010): Ratios – If It Were Only That Easy. In: Nursing Economics 2010, 28, 2: 119-125
- Gale, J. A./Croll, Z. T./Coburn, A. F./Gregg, W. R. (2012): Flex Monitoring Team Briefing Paper No. 32. Why Do Some Critical Access Hospitals Close Their Skilled Nursing Facility Services While Others Retain Them? In: <http://www.flexmonitoring.org/wp-content/uploads/2014/02/bp32.pdf> (abgerufen am 12.03.2017)
- Garner, C. B. (2011a): California's Vanishing Community Hospital: An Endangered Institution. In: California Health Law News 2011, 29, 4: 18-24
- Garner, C. B. (2011b): Lost Hospitals. In: http://garnerhealth.com/wp-content/uploads/2011/11/Lost-Hospital_Outline_SampleChapters.pdf (abgerufen am 12.03.2017)
- Gröhe, H.; Nüßlein, G.; Lauterbach, K.; Michalk, M.; Mattheis, H.; Prüfer-Storcks, C.; Grüttner, S. (2017): Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“, Berlin, 7. März 2017. In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekommission/170307_Abschlusspapier_Pflegekommission.pdf (abgerufen am 12.03.2017)
- HSC, California Health and Safety Code. In: <http://www.leginfo.ca.gov/cgi-bin/calawquery?code=hsc> (abgerufen am 12.03.2017)
- Herr, A. (2009): On Hospital Competition: Quality, Efficiency, and Ownership. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. In: <https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/item/MYHJLSDGTCB2NVEOFE4FCUKVKFNR2LLK> (abgerufen am 12.03.2017)
- Hickey, P. A./Gauvreau, K./Jenkins, K./Fawcett, J./Hayman, L. (2011): Statewide and National Impact of California's Staffing Law on Pediatric Cardiac Surgery Outcomes. In: Journal of Nursing Administration 2011, 41, 5: 218-225
- Huston, C. J. (2013): Mandatory Minimum Staffing Ratios. Are They Working? In: Huston, C. J. (Hrsg.) (2013): Professional Issues in Nursing. Challenges & Opportunities. Philadelphia/Baltimore: Wolters Kluwer Health: 172-187
- Jofre, J. (2008): New RN Staffing Regulations. In: <https://www.lawyersandsettlements.com/features/employment/nurse-staffing-regulations.html> (abgerufen am 12.03.2017)
- Keeler, H. J./Cramer, M. E. (2007): A Policy Analysis of Federal Registered Nurses Safe Staffing Legislation. In: Journal of Nursing Administration 2007, 37, 7/8: 350-356
- Leigh, J. P./Markis, C. A./Iosif, A.-M./Romano, P. S. (2015): California's nurse-to-patient ratio law and occupational injury. In: Int. Arch. Occup. Environ Health 2015, 88: 477-484
- Mark, B./Harless, D. W./Spetz, J. (2009): California's minimum-nurse-staffing legislation and nurses' wages. In: Health Affairs 2009, 28, 2: 326-334
- McHugh, M. D./Rochman, M. F./Sloane, D. M./Berg, R. A./Mancini, M. E./Nadkarni, V. M./Merchant, R. M./Aiken L. H. (2016): Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. In: Medical Care 2016, 54, 1: 74-80
- McHugh, M. D./Ma, Ch. (2013): Hospital Nursing and 30-Day Readmissions among Medicare Patients with Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, and Pneumonia. In: Med Care 2013, 51, 1: 52-59
- McHugh, M. D./Brooks, M. C./Sloane, D. M./Wu, E./Kelly, L./Aiken, L. H. (2012): Impact of Nurse Staffing Mandates on Safety-Net Hospitals: Lessons from California. In: The Milbank Quarterly 2012, 90, 1: 160-186
- McHugh, M. D./Kelly, L./Sloane, D. M./Brooks, M./Aiken, L. H. (2011): Contradicting Fears, California's Nurse-To-Patient Mandate Did Not Reduce The Skill Level Of The Nursing Workforce In Hospitals. In: Health Affairs (Millwood) 2011, 30, 7: 1299-1306
- Munnich, E. L. (2013): The labor market effects of california's minimum nurse staffing law. In: Health Economics 2013, 23, 8: 160-186
- NNU, National Nurses United (2012): The Ratio Solution. NNU's RN-to-Patient Ratios Save Lives — Better Outcomes and More RNs. In: http://nurses.3cdn.net/f0da47b347e41bb03a_z1m6v1sd.pdf (abgerufen am 12.03.2017)
- Reiter, K. L./Harless, D. W./Pink, G. H./Mark, B. (2012): Minimum Nurse Staffing Legislation and the Financial Performance of California Hospitals. In: Health Serv. Res. 2012, 47, 3.1: 1030-1050

- Reiter, K. L./Harless, D. W./Pink, G. H./Spetz, J./Mark, B. (2011): The Effect of Minimum Nurse Staffing Legislation on Uncompensated Care Provided by California Hospitals. In: *Medical Care Research and Review* 2011, 68, 3: 332-351
- Serratt, T. (2013): California's Nurse-to-Patient Ratios, Part 2: 8 Years Later, What Do We Know About Hospital Level Outcomes? In: *The Journal of nursing administration* 2013, 43, 10: 549-53
- Serratt, T./Spetz, J./Harrington, Ch. (2013): California's nurse-to-patient ratios, part 3: eight years later, what do we know about patient level outcomes? In: *Journal of Nursing Administration* 2013, 43, 11: 581-585
- Serratt, T./Harrington, Ch./Spetz, J./Blegen, M. (2011): Staffing Changes Before and After Mandated Nurse-to-Patient Ratios in California's Hospitals. In: *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2011, 12, 3: 133-140
- Simon, M. (2008): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. In: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2008__HBS-Studie_Personalbemessung_Pflegedienst.pdf (abgerufen am 12.03.2017)
- Simon, M. (2009): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. In: *Pflege & Gesellschaft* 2009, 14, 2: 101-123
- Simon, M. (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. In: <http://www.deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/Simon-2015-Unterbesetzung-und-Personalmehrbedarf-im-Pflegedienst-2.pdf> (abgerufen am 12.03.2017)
- Simon, M./Mehmecke, S. (2017): Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). Working Paper Forschungsförderung 2017, 027. In: http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf (abgerufen am 12.03.2017)
- Spetz, J./Harless, D. W./Herrera, C. N./Mark, B. (2013): Using minimum nurse staffing regulations to measure the relationship between nursing and hospital quality of care. In: *Medical Care Research and Review* 2013, 70, 4: 380-399
- Spetz, J./Chapman, S. A./Herrera, C./Kaiser, J./Seago, J. A./Dower, C. (2009): Assessing the Impact of California's Nurse Staffing Ratios on Hospitals and Patient Care. California Health Care Foundation. In: <http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20A/PDF%20AssessingCANurseStaffingRatios.pdf> (abgerufen am 12.03.2017)
- Spetz, J. (2008): Nurse satisfaction and the implementation of minimum nurse staffing regulations. In: *Policy Politics Nursing Practice* 2008, 9, 1: 15-21.
- Tellez, M./Seago, J. A. (2013): California Nurse Staffing Law and RN Workforce Changes. In: *Nursing economics* 2013, 31, 1: 18-26
- Tellez, M. (2012): Work satisfaction among California registered nurses: a longitudinal comparative analysis. In: *Nursing economics* 2012, 30, 2: 73-81
- Tevington, P. (2011): Mandatory Nurse-Patient Ratios. In: *Medsurg Nursing* 2011, 20, 5: 265-268
- ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2013): ver.di will Personalbemessung per Gesetz. In: https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++522dd470890e9b0637000328/download/130909_Info-Personalbemessung_4seiten.pdf (abgerufen am 12.03.2017)
- Weichenthal, L./Hendey, G. (2011): The Effect of Mandatory Nurse Ratios on Patient Care in an Emergency Department. In: *Journal of Emer. Medicin* 2011, 40, 1: 76-81

teil an Krankenhäusern auch höhere operative Margen (California Health Care Foundation 2015). Eine Studie zu den Kosten des Regulierungssystems kommt zu dem Schluss, dass die Einstellung von mehr Registered Nurses (RNs) langfristig keine unangemessenen finanziellen Belastungen für die meisten städtischen Krankenhäuser Kaliforniens bedeutete (Keeler/Cramer 2007).

Innerbetriebliche Strategien der Krankenhäuser

Interessante Einsichten in die innerbetrieblichen Strategien der Umsetzung der Mindestbesetzungen erbrachte eine Studie, in deren Rahmen Mitarbeiter der Verwaltung und Führungskräfte kalifornischer Krankenhäuser zu ihren Erfahrungen befragt wurden (Chapman et al. 2009; Spetz et al. 2009). Insbesondere die Forderung nach Einhaltung der Vorgaben zu jeder Zeit stellt die Führungskräfte demnach vor Herausforderungen. So müssen selbst kurze Unterbrechungen, wie etwa Pausen, durch zusätzliche RNs abgedeckt werden. Hierfür würden u.a. mehr Zeitarbeitskräfte rekrutiert. Solche kurzen Einsätze würden erhöhte Kommunikationsanforderungen nach sich ziehen und seien mit einem erhöhten Fehlerrisiko verbunden (Chapman et al. 2009; Spetz et al. 2009). Aiken (2010b) kommt diesbezüglich aber zu dem Schluss, dass, selbst wenn mehr Zeitarbeitskräfte eingesetzt worden seien, es keine negativen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung gegeben habe.

Die Wartezeit in Notaufnahmen wird in verschiedenen Publikationen thematisiert (u.a. Tevington 2011; Weichenthal/Hendey 2011; Chan et al. 2010; Chapman et al. 2009; Spetz et al. 2009). So habe sich die Wartezeit in der Notaufnahme eines städtischen Krankenhauses nach Einführung der Regelungen teilweise erheblich erhöht (Weichenthal/Hendey 2011). Allerdings kommt eine andere

Untersuchung zu dem Schluss, dass die Wartezeiten kürzer wurden, wenn auch in den Notaufnahmen die vorgegebene Nurse-to-Patient Ratio eingehalten wurde (Chan et al. 2010).

Ein Teil der Krankenhäuser reagierte auf die Einführung des Regulierungssystems mit Einsparungen beim Assistenz- und Hilfspersonal im Pflegedienst (u.a. Chapman 2009; Tevington 2011). Diese nicht intendierte Folge konnte eintreten, weil dieser Bereich nicht reguliert war. Die Gewerkschaften reagierten mit einer öffentlichen Kampagne und kritisierten die Strategie der Krankenhäuser (NNU 2012). Die Kampagne hatte offenbar Erfolg. Eine später durchgeführte Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass die Reduzierung von Hilfspersonal in den Folgejahren deutlich reduziert wurde (Serratt et al. 2011). Auch zur befürchteten Verschlechterung im Qualifikationsmix sei es nicht gekommen (McHugh et al. 2011; 2012; Serratt et al. 2011).

In zahlreichen Publikationen wird ein Anstieg der Anzahl an lizenzierten Pflegekräfte (RNs und LVNs) nach Inkrafttreten des Regulierungssystems berichtet (u.a. California Health Care Foundation 2015; Munnich 2013; Mark et al. 2009; McHugh et al. 2012; Serratt et al. 2011; Aiken 2010a; Conway et al. 2008; Burnes Bolten et al. 2007). Zwischen 2004 und 2013 verzeichnet die Krankenhausstatistik eine Steigerung der Zahl lizenzierter Pflegekräfte um 28% (California Health Care Foundation 2015). Die durchschnittliche Nurse-to-Patient Ratio hat sich in kalifornischen Krankenhäusern nach Inkrafttreten des Regulierungssystems von 1:7 auf 1:5 verbessert (Munnich 2013). Die kalifornischen Standards würden ungefähr zu einer zusätzlichen halben Stunde für die Pflege pro Patient und Tag führen (McHugh et al. 2011).

Eine Analyse der jährlichen Finanzdaten kalifornischer Kranken-

häuser und nationaler Datensätze ergab, dass Kaliforniens Krankenhäuser von einer hohen Verfügbarkeit arbeitssuchender Pflegekräfte aufgrund von Krankenhausschließungen profitierten. So hat sich nach Einführung der Mindestbesetzungen zwar die Anzahl an RNs innerhalb der Krankenhäuser erheblich erhöht, die Gesamtbeschäftigtenzahl der RNs in Kalifornien habe sich aber kaum verändert (Munnich 2013).

In einigen Publikationen wird berichtet, dass Krankenhäuser nach Inkrafttreten der Regelungen mehr Pflegekräfte über Zeitarbeitsfirmen rekrutiert haben (u.a. Tevington 2011; Douglas 2010; Chapman et al. 2009; Spetz et al. 2009). Es findet sich allerdings auch die Feststellung, dass viele Kliniken keine zusätzlichen RNs einstellen oder über Zeitarbeitsfirmen mieten mussten, um die vorgegebenen Mindestbesetzungen zu erfüllen (vgl. Huston 2013). Dies könnte zum einen darauf zurückzuführen sein, dass einige Krankenhäuser Umsetzungen oder Änderungen in Tätigkeitsbeschreibungen von Pflegekräften innerhalb ihres Personalbestands vorgenommen haben. Zum anderen hat es offenbar Krankenhäuser gegeben, die bereits vor Inkrafttreten des Regulierungssystems eine hohe Pflegepersonalausstattung aufwiesen (Munnich 2013). Laut Aiken (2010b) seien die negativen und unbeabsichtigten Wirkungen des Regulierungssystems, wie sie vor dessen Einführung in Kalifornien befürchtet wurden, nicht eingetreten. Stattdessen verfüge ein Großteil der Krankenhäuser über mehr Pflegepersonal, als durch die Nurse-to-Patient Ratios vorgegeben wird.

Krankenhäuser, die die Vorgaben häufiger nicht einhielten, wiesen eine hohe Medicaid- bzw. Nicht-Versicherten-Quote auf (Conway et al. 2008). Aus einer Untersuchung zu den Auswirkungen des Regulierungssystems auf die Menge der von kalifornischen Krankenhäusern zur Verfügung gestellten kostenlosen Versorgungsangebote wird geschlossen, dass die vorgegebenen Mindestbesetzungen bei einigen Krankenhäusern dazu geführt haben, die kostenlose Versorgung zu begrenzen (Reiter et al. 2011).

Auswirkungen auf die Gehälter und die Arbeitsbelastung von Pflegekräften

In Bezug auf die Auswirkungen des Regulierungssystems auf die Gehälter der kalifornischen Pflegekräfte wird festgestellt, dass es in den ersten Jahren nach dessen Inkrafttreten zu einer Steigerung der Entgelte gekommen sei: Ein Vergleich der Einkommen von RNs vor und nach Inkrafttreten der Regelungen zeige, dass es für RNs in kalifornischen Ballungsgebieten zwischen den Jahren 2000 und 2006 ein Reallohnwachstum gegeben habe, der 12 Prozentpunkte höher lag, als der von RNs in Ballungsräumen außerhalb Kaliforniens (Mark et al. 2009). Allerdings seien die Auswirkungen auf die Einkommen aktuell nur noch marginal (Munnich 2013).

Während einige Forschungsarbeiten zu dem Ergebnis kommen, dass die Arbeitsbelastung durch die Reduzierung der Anzahl an Patienten pro Pflegekraft abgenommen habe (u.a. Aiken 2010a; Donaldson/Shapiro 2010), wird in anderen Publikationen darauf hingewiesen, dass die Regelungen auch zu einer höheren Arbeitsbelastung geführt haben könnten – z.B. durch die Übernahme von nicht-pflegerischen Aufgaben, durch einen erhöhten Dokumentationsaufwand und dadurch, dass Pflegekräfte nicht mehr selbst ihre

Pausen einteilen könnten (Tevington 2011; Douglas 2010; Buerhaus 2009).

Die Auswirkungen der vorgegebenen Nurse-to-Patient Ratios auf die Gesundheit der Pflegekräfte werden allerdings in der Regel positiv bewertet. So komme es zu signifikant weniger gemeldeten Arbeitsunfällen und beruflich bedingten Krankheitsausfällen (Leigh et al. 2015) und weniger zu Burnout (Aiken et al. 2010a). Auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte sei nach Einführung der Regelungen gestiegen (Tellez/Seago 2013; Serratt 2013; Tellez 2012; Aiken et al. 2010a; Spetz 2008). So wurde etwa untersucht, inwiefern kalifornische Pflegekräfte in Krankenhäusern eine Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen wahrgenommen haben. Die Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass sich die Arbeitszufriedenheit der befragten Pflegekräfte zwischen 2004 und 2006 signifikant verbessert habe (Spetz 2008).

Schlussbetrachtung

Zum Zeitpunkt der Publikation dieses Beitrags war noch nicht bekannt, ob es sich bei den geplanten Personaluntergrenzen tatsächlich um Vorgaben nach Art der Nurse-to-Patient Ratios handeln soll. Dies wäre zu begrüßen, denn wie die hier skizzierten Erfahrungen aus Kalifornien zeigen, handelt es sich dabei um ein praktikables Regulierungssystem zur Sicherstellung einer ausreichenden Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Voraussetzung hierfür ist aber, dass die Personaluntergrenzen durch den Einsatz geeigneter Instrumente zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten und durch die Verpflichtung zur Vorhaltung des hieraus ermittelten tatsächlichen Personalbedarfs ergänzt werden. <<

State Regulations for Minimum Nurse Staffing Levels in Hospitals: California's Experience with Implementation

Related to the announcement of the Federal Minister of Health and leading health politicians at federal government and state level, to introduce minimum nurse staffing levels in German hospitals, raises the question if experiences could be collected in countries with already existing regulations. This present paper provides insights into already existed regulations of minimum nurse staffing levels in the US state of California, which implemented „Nurse-to-Patient Ratios“, and the experiences made with them. A systematic literature search has been carried out according to relevant scientific, political and societal publications for the detection of the investigated effects and discussed experiences. A wide range of insights, specifically of economic effects and the operational implementation, were identified. The experience with the implementation of the Californian regulation system of the Nurse-to-Patient Ratios (N2PR) show the suitability of the ratios as a minimum requirement.

Keywords

Nurse staffing level, hospital, California

Autorenerklärung

Das Forschungsprojekt, das dieser Veröffentlichung zugrunde liegt, wurde durch die Hans-Böckler-Stiftung gefördert.
Working Paper Nummer 027, Februar 2017: Nurse-to-Patient Ratios.
Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser.

Sandra Mehmecke, M.A.

arbeitet an der Medizinischen Hochschule Hannover. Nach dem Bachelorstudium Pflege hat sie an der Hochschule Hannover das Masterstudium Management für Gesundheits- und Pflegeberufe absolviert. Ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen in der Gesundheitssystemforschung mit dem Schwerpunkt auf Arbeitsbedingungen in der Pflege.

Kontakt: mehmecke.sandra@mh-hannover.de



Prof. Dr. phil. Michael Simon

ist Hochschullehrer im Ruhestand. Er lehrte bis Anfang 2016 an der Hochschule Hannover, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales, mit den Arbeitsschwerpunkten Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik. Michael Simon hat sich in den letzten Jahren in zahlreichen Veröffentlichungen mit der personellen Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser befasst und wurde mehrfach als Einzelsachverständiger für diese Thematik zu Anhörungen des Bundestagsausschusses für Gesundheit eingeladen.

Kontakt: michael.simon@hs-hannover.de



Kristin Hartoch

Dipl.-Ergoth. (FH) Marcel Konrad, M.Sc.

Zwangmaßnahmen in der allgemeinen Psychiatrie – Subjektive Perspektiven von Ergotherapeuten zur Fixierung von Patienten

Jährlich werden alleine in NRW rund 20.000 Menschen nach dem PsychKG in eine psychiatrische Einrichtung zwangseingewiesen. In ganz Deutschland ist zwischen den Jahren 1992 und 2000 eine Verdopplung der Unterbringungsverfahren zu beobachten (Steinert et al., 2001). In den letzten Jahren ist außerdem eine Zunahme der sofortigen Unterbringung zu konstatieren. Dabei sind deutliche Schwankungen sowohl zwischen einzelnen Bundesländern, als auch zwischen ländlichen und städtischen Regionen festzustellen. Am häufigsten kann man hierbei eine Zwangseinweisung von schizophrenen Patienten erkennen, die größtenteils wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung eingeliefert werden und im stationären Alltag Zwangsmaßnahmen unterliegen (Steinert et al., 2001). Maßnahmen gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten bieten in Deutschland vor historischem, ethischem und moralischem Hintergrund immer wieder Anlass zur öffentlichen Debatte. Dennoch ist dieses Thema noch nicht ausreichend untersucht worden. Es gibt primär zwei verschiedene Arten von Zwangsmaßnahmen. Zum einen die Freiheitsentziehung, also die Unterbringung sowie die mechanische und pharmakologische Fixierung gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten (Armgarth et al., 2013). Diese Maßnahmen lassen sich jedoch nicht immer im stationären Alltag vermeiden und dienen, neben dem Schutz des Patienten vor sich selbst, auch zur Sicherheit des Klinikpersonals und weiteren Betroffenen. Daher ist es das Ziel dieser Studie, Transparenz bezüglich der subjektiven Erfahrungen von Ergotherapeuten in der Arbeit mit psychiatrischer Klientel und durchgeführten Zwangsmaßnahmen zu schaffen. Somit dient die Arbeit der Beantwortung der Frage, welche Perspektiven Berufspraktiker der Ergotherapie bei durchgeführten Fixierungen von psychischen Patienten beschreiben und wie die Fixierung erlebt wird.

>> In die Studie wurden die Ergotherapeuten eingeschlossen, die mindestens 2 Jahre Berufserfahrung hatten, zum Zeitpunkt des

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung: Die Zahl an Zwangseinweisungen in Deutschland und damit im Zusammenhang durchgeführte Zwangsmaßnahmen sind in den letzten Jahren explosiv angestiegen. Die Konfrontation mit einer Fixierung stellt für die Patienten häufig eine traumatisierende und belastende Situation dar und hat somit Auswirkungen auf die Therapie. Ziel der Forschungsarbeit sind die subjektiven Perspektiven von Ergotherapeuten zur Fixierung von Patienten im stationären Setting zu erfassen.

Methode: Insgesamt wurden drei Ergotherapeuten innerhalb zwei verschiedener Einrichtungen mittels halbstrukturierter, leitfadengestützter Interviews in einer face-to-face Einzelsituation zur Thematik von Fixierungen befragt. Die Analyse der Transkripte erfolgte anhand der inhaltlich strukturierten Inhaltsanalyse nach Kuckartz mit Hilfe des Softwareprogrammes MAXQDA 12.

Ergebnisse: Es wurde ein differenziertes Kategoriensystem mit deduktiv gebildeten Hauptkategorien und induktiv gebildeten Subkategorien evaluiert. Neben dem hohen Stellenwert von Zwangsmaßnahmen im Bereich der akuten Psychiatrie konnten die Untersuchungsteilnehmer keinen Einfluss zwischen der Durchführung einer Fixierung und den Auswirkungen auf ihre Rolle als Therapeuten feststellen. Sie sehen jedoch Maßnahmen und Methoden, welche speziell der Ergotherapie zur Verfügung stehen, um ein solches Verhalten in Einzelsituationen zu verhindern.

Fazit: Fixierungen nehmen im psychischen Setting und somit auch im Arbeitsfeld der Ergotherapie einen immer größeren Stellenwert ein. Aufgrund von Studienlimitationen sind weitere Forschungen mit größeren Stichproben sinnvoll.

Schlüsselwörter

Ergotherapie – Psychiatrie – Zwangsmaßnahmen – Fixierung – subjektive Perspektiven – stationäre Psychiatrie

Interviews in einer allgemeinen Psychiatrie als Ergotherapeut beschäftigt waren, eine Zwangsmaßnahme aktiv (nicht unbedingt involviert an der Durchführung) mitbekommen haben und der deutschen Sprache mächtig waren. Um die Einhaltung ethischer Aspekte an der Forschung am Menschen zu gewährleisten, wurden die medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress (2013)

Zwangmaßnahmen

Aktuellen Studien zufolge werden in Europa und den USA etwa ein Drittel aller aufgenommenen Patienten Zwangsmaßnahmen ausgesetzt wie Isolation, Fixierung oder auch parenteraler Medikation (Armgarth et al., 2013). Hierbei stellen durchgeführte Maßnahmen wie Zwangsmedikation, Unterbringung und Fixierung gegen den Willen des Patienten für diesen häufig eine starke Belastungssituation dar. Vor allem letzteres wird von Patienten in den meisten Fällen als traumatisierend erlebt und ist mit negativen Gefühlen wie Angst, Hass oder Erniedrigung behaftet. Diese Emotionen sind auch noch Wochen nach der Maßnahme vorhanden und werden oft in der weiteren Behandlung außer Acht gelassen oder nur wenig beachtet. Dabei beeinflussen sie den Gesundheitszustand und den weiteren Genesungsprozess entscheidend und können eine fehlende Compliance in der Therapie hervorrufen (Armgarth et al., 2013). Häufig nutzen Patienten das Setting der Ergotherapie, um über ihre aktuelle Befindlichkeit mit dem behandelnden Ergotherapeuten zu sprechen (Kubny-Lüke, 2003). Ergotherapie beinhaltet im klinischen Bereich „kreative, handwerkliche, lebenspraktische und kognitiv übende Tätigkeiten zur Förderung der Gesamtpersönlichkeit, als auch arbeitstherapeutische Maßnahmen“ (Kubny-Lüke, 2003). Hierbei variieren die genutzten Sozialformen. Wegen der Abwechslung und des Freiraums, welche der Ergotherapie zugeschrieben werden, wird diese Therapie gerne von Patienten genutzt und bietet oftmals andere Möglichkeiten als es der Stationsalltag zulässt. In den letzten Jahren ist der Stellenwert der Ergotherapie in klinischen Institutionen immer weiter angestiegen und nimmt eine entscheidende Rolle und einen wichtigen Bereich in der Behandlung psychisch kranker Menschen ein (Marotzki, 2006).

berücksichtigt. Nach geäußertem Interesse an der Studie teilzunehmen, wurde dem potenziellen Teilnehmer per E-Mail das Informationsschreiben sowie das informed consent zugesendet, damit sich dieser mit allen zur Verfügung stehenden Informationen für oder gegen die Teilnahme entscheiden konnte. Zusätzlich wurde darauf hingewiesen, dass die Untersuchungsleiterin jederzeit bei Fragen kontaktiert werden konnte. Am Tag der Interviewführung wurden alle Dokumente noch einmal mit dem Teilnehmer besprochen und darauf hingewiesen, dass er jederzeit von der Teilnahme der Studie zurücktreten kann, ohne dass ihm daraus Nachteile entstehen. Alle Daten der Teilnehmer wurden vollständig anonymisiert. Als Namen wurden Pseudonyme im Sinne von Alias-Namen vergeben, sodass Vorgaben des Datenschutzes eingehalten wurden.

Leitfadeninterview

Als Befragungsmethode wurde die Variante des Experteninterviews in Form eines halbstandardisierten Interviews genutzt, um die subjektiven Erfahrungen der Untersuchungsteilnehmer (UTN) zu einem bestimmten Bereich oder Thema, in diesem Falle zu einer Fixierung, zu erfragen (Bogner et al., 2005; Flick, 2011). Für diese Form der Datenerhebung ist charakteristisch, dass dem Interviewer ein Interviewleitfaden vorliegt, an dem er der Situation und dem Verlauf des Interviews entsprechend mehr oder weniger verbindlich die Inhalte des Gesprächs festlegt (Bortz & Döring, 2006). Die Gesprächsführung bzw. die Fragen des Leitfadens wurden dennoch offen gestaltet, um die UTN zu weiteren Erzählungen anzuregen (Bortz & Döring, 2006). Der Zeitraum der Durchführung wurde vorab auf 20 bis 30 Minuten geschätzt, wobei die tatsächliche Dauer von der Gesprächsbereitschaft des UTN abhängt. Dadurch variierte die letztendliche Dauer der Interviews zwischen den drei UTN. Laut Bortz und Döring (2006) empfiehlt sich vor der Durchführung des Interviews ein kurzer Smalltalk oder ein Vorstellen, um eine entspannte und angenehme Atmosphäre zu gewährleisten. Zu Beginn des Interviews wurde immer dieselbe Frage gestellt. Die Reihenfolge der nachfolgenden Fragen orientierte sich nach den Themen und Fragen, die während des Gesprächs aufkamen. Um die spätere Transkription vornehmen zu können, war die Aufnahme der Interviews mittels eines Diktiergeräts unabdingbar (Bortz & Döring, 2006). Die Interviews wurden in einem Zeitraum von 3 Wochen durchgeführt. In der Tabelle 1 sind zur einfacheren Übersicht relevante Angaben zum Sample dargestellt (Tab.1).

Entwicklung des Leitfadens

Um die Aussagen der UTN miteinander in Bezug setzen zu können und relevante Themen und Inhalte erfragen zu können, wurde der Leit-

Angaben zum Sample			
UTN IP_Alias	Alter	Geschlecht	Im Beruf seit/in der Einrichtung seit
IP1_Dominik	42	männlich	2000/2001
IP2_Franziska	26	weiblich	2013/2015
IP3_Sarah	29	weiblich	2008/2009

Tab. 1: Relevante Hintergrundinformationen

faden theoriegeleitet entwickelt. Bei der Leitfadenerstellung wurde sich an dem SPSS-Prinzip nach Helfferich (2011) orientiert. Diese Vorgehensweise ermöglichte eine Vergegenwärtigung des Forschungsvorhabens, sowie ein Explizieren des eigenen theoretischen Vorwissens sowie der impliziten Erwartungen, welche an den UTN gestellt wurden. Das SPSS-Prinzip beinhaltet das Sammeln von Fragen, Prüfen, Sortieren und Subsumieren (Helfferich, 2011).

Der Einstieg in das Interview wurde mit Hilfe einer offenen Frage zum Thema gewählt. Hierbei wurde dem UTN ermöglicht, sich auf das Thema einzustimmen und vorab frei von dem Thema, ohne Eingrenzung zu berichten. Auch der Abschluss ließ Raum für nicht angesprochene Themen und eine offene Erzählform (Flick, 2010). Um die offene Gesprächssituation während des gesamten Interviews beizubehalten, wurden alle Leitfragen des Leitfadens offen formuliert. Zusätzlich dienten die weiterführenden Fragen dazu, Themenkomplexe zu erfragen, welche bei der Leitfrage nicht eigenständig angesprochen wurden. Zudem wurden aufrechterhaltende Fragen formuliert, um das Interview in einem gewissen Maße steuern zu können und wichtige genannte Inhalte noch einmal aufgreifen oder intensivieren zu können (Helfferich, 2011). Die aufgenommenen Interviews wurden unter Berücksichtigung der Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2011) transkribiert. Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte nach den sieben Phasen nach Kuckartz (2014).

Ergebnisse

Aus dem Datenmaterial konnten durch eine deduktiv-induktive Mischform vier Hauptkategorien entwickelt werden. Die Hauptkategorien lauten Setting, Aufarbeitung der Fixierung, Rolle des Therapeuten, Bewertung sowie Handlungsvorschläge und werden im Folgenden kurz dargestellt.

Die erste Hauptkategorie **Setting** umfasst insgesamt 158 Codiereinheiten und diente der Beantwortung der Forschungsfragen, wo, wie und in welchem Fall eine Fixierung im einrichtungsbezogenen Setting stattfindet. Alle UTN berichten von Fixierungen, die primär auf der Akutstation stattfinden.

Als prototypisches Beispiel dient hierzu die Aussage von IP3_Sarah: „Die Fixierung wird immer nur. Also (...) immer ist übertrieben, aber zu 99% auf der Akutstation stattfinden.“

(IP3_Sarah, 11)

Die Zusammensetzung des Teams bei einer Fixierung schildert exemplarisch die Aussage von IP2_Franziska:

„Also es ist immer ein Arzt dabei und dann mehrere vom Pflegepersonal, obwohl das auch Therapeuten machen können.“

(IP2_Franziska, 29)

Um einen möglichen Schaden für den Patienten durch eine erlebte und durchgeführte Fixierung zu minimieren, berichtet IP1_Dominik von folgender Vorgehensweise im Rahmen einer Fixierung:

„(...) das versuchen wir aber, das versuchen wir aber nach Möglichkeit zu isolieren. Auch, wenn wir die Möglichkeit haben, jemanden abzustellen, der zum Beispiel in der Fixierungssituation (...) dem Patienten dann erklärt, professionell erklärt, warum wir das machen. Irgendwie

was die Grundlage war und was das hier überhaupt ist oder zumindest schaut, dass da niemand von traumatisiert wird. Das wir versuchen den Schaden möglichst gering zu halten.“

(IP1_Dominik, 84)

Ferner berichten die UTN in dieser Hauptkategorie über Krankheitsbilder, bei denen eine Fixierung häufig erlebt wird. Die Aussage von IP1_Dominik gilt hierfür als prototypisches Beispiel:

„Eine paranoide Schizophrenie, da habe ich Halluzinationen, da ist meine Wahrnehmung verändert. Wenn meine Wahrnehmung verändert ist, dann löst das häufig eine Angst aus, sodass ich ein verändertes Realitätserleben habe. Ich habe häufig auch bei Suchterkrankungen eine veränderte Wahrnehmung. Ich habe bei Schizophrenie häufig noch das Paranoide dazu, was einfach Angst auslöst. Und wenn ich Angst habe, ist meine Gewaltbereitschaft automatisch höher, weil ich mich gegen das wehren muss, was mir Angst macht.“

(IP1_Dominik, 206)

Die zweite Hauptkategorie **Aufarbeitung der Fixierung** umfasst insgesamt 69 Codiereinheiten und diente der Beantwortung der Forschungsfrage, wie die Fixierung sowohl mit den involvierten Mitarbeitern als auch mit dem Patienten aufgearbeitet wird.

„Ansonsten muss man einfach auch auf der Geschlossenen sagen, das ist einfach von den Kapazitäten manchmal auch schwer möglich, das zu thematisieren und zu besprechen.“

(IP2_Franziska, 63)

Alle UTN formulieren die Wichtigkeit einer Besprechung im Team und nennen darüber hinaus besondere Themen oder Situationen, die in diesem Rahmen besprochen werden können. Die Aussagen von allen drei UTN stehen hierfür exemplarisch.

„Ja, auch dass man sich gegenseitig austauscht, finde ich ganz wichtig.“

(IP1_Dominik, 110)

„Wenn, da sage ich mal, ein ganz schwerer Fall ist, der mehrere betrifft und auch die Kollegen. Dann hat die Station auch öfter mal Supervision, wo man das thematisieren könnte.“

(IP2_Franziska, 65)

„Und da wird dann besprochen, wie ist die Fixierung gelaufen, haben wir uns gut abgesprochen, was können wir das nächste Mal besser machen, wie war die Anspannung, zum Beispiel. Wie haben wir uns um die anderen Patienten gekümmert? Gab es Schwierigkeiten. So was. Oder wie lang hat die gedauert?“

(IP3_Sarah, 67)

Überdies äußerten die UTN im Rahmen der Aufarbeitung mit dem Patienten die Wichtigkeit und Relevanz für den Patienten da zu sein und das es zum Teil noch Nachholbedarf in der Reflexion und Aufarbeitung mit dem Patienten gibt. Prototypische Beispiele sind hierfür die Aussagen von IP1_Dominik und IP2-Franziska.

„Dann geht es ja darum irgendwie dann auch da zu sein für den Patienten und den nicht irgendwie so alleine ins Zimmer zu schieben,

sondern es muss eine angemessene Betreuung stattfinden für den Patienten.“

(IP1_Dominik, 121)

„Einige wissen es nicht mehr, viele akzeptieren es dann im Nachhinein. Für andere ist es dann auch wiederum ein Eingriff, den die so nicht haben möchten, in ihre Freiheit, in ihre Möglichkeiten. Einige erinnern sich im Rahmen des Wahns gar nicht mehr daran. Das ist ganz unterschiedlich, wie weit man da mit dem Patienten das Gespräch suchen kann oder nicht.“

(IP2_Franziska, 73-74)

Die dritte Hauptkategorie **Rolle des Therapeuten** umfasst insgesamt 66 Codiereinheiten und diente der Beantwortung der Fragestellung, inwiefern eine Fixierung die Rolle des Therapeuten beeinflusst und wie dies mit dem Patienten kommuniziert wird. Die Aussagen von IP3_Sarah sowie IP1_Dominik sind hierfür prototypisch:

„Also, meine Rolle an sich, als Ergotherapeutin, verändert oder beeinflusst das eigentlich nicht.“

(IP3_Sarah, 143)

„Ich habe (7) den Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erklärt, das gehört zu meinem Job. Ich bin Teil des Behandlerteams, eigentlich ist meine Aufgabe die Ergotherapie mit dir zu machen (...) ich bin aber auch interdisziplinär in einem Behandlerteam, wo wir andere Rollen haben und Fixierung ist eine dieser Rollen.“

(IP1_Dominik, 163)

Überdies wird die Therapie im Rahmen positiver Verstärkung genutzt, um dem Patienten für die weitere Behandlung zu motivieren. Hierzu ist die Aussage von IP3_Sarah exemplarisch:

„Wenn da jemand aufgrund von Eigengefährdung in einer Fixierung landet und recht schnell wieder raus kommt, dann gucken wir schon nach Belohnung und sagen hey du hast das super geschafft, du darfst natürlich wieder an deinem Alltag teilnehmen. Du darfst wieder deine Gruppenergos machen, du darfst wieder in die Physiotherapie.“

(IP3_Sarah, 106)

Ferner schildert IP3_Sarah, dass nach einer Fixierung eine gewisse Zeit benötigt wird, bevor ein weiterer Patient behandelt werden kann:

„Und danach ist man schon erstmal einmal so, wie so ein – (ausatmen) wie nach dem Sport oder wenn man irgendwas ganz Krasses erlebt hat. Dann kommt man erstmal runter, muss erstmal durchatmen. Man braucht schon mal eine Viertelstunde. Man braucht nicht sofort wieder einen Patienten nehmen.“

(IP3_Sarah, 123)

Die vierte Hauptkategorie **Bewertung und Handlungsvorschläge** umfasst insgesamt 81 Codiereinheiten und dient der Beantwortung der Fragestellung, wie Fixierungen bewertet und welche Handlungsvorschläge gegeben werden.

Alle drei UTN sind der Meinung, dass Fixierungen im stationären Setting in manchen Situationen nicht zu umgehen sind und zu einem ganzheitlichen Bild der Psychiatrie gehören. Die

Aussage von IP2_Franziska ist hierfür exemplarisch:

„Ist es da einfach eine Maßnahme, die gemacht wird und man sieht auch öfter, dass Patienten das auch wirklich in dem Moment brauchen und dann auch initiiert ist. Daher gehört es einfach mit zu dem Behandlungsmöglichkeiten im psychiatrischen Setting.“

(IP2_Franziska, 133)

Als alternative Methoden nennt IP3_Sarah die Möglichkeit der Time-Out-Räume, in denen sich Patienten abreagieren können und diesen sowohl freiwillig als auch als Zwang nutzen.

„Offen‘ heißt, die Tür ist offen. Die Patienten toben sich da aus, aber haben die Möglichkeit raus zu kommen. Und dann gibt es die geschlossene Time-Out-Maßnahme. Da sind dann die Patienten sozusagen eingeschlossen in diesem Time-Out-Raum, der immer videoüberwacht ist. Also der Patient wird gesehen. Die ganze Zeit, wo er da drinnen ist.“

(IP3_Sarah, 158/ 159)

Als Handlungsvorschlag im Bereich von Ausbildung und Studium nennt IP1_Dominik die große Notwendigkeit der Integration der Thematik „Psychiatrie und Fixierungen“ im Lehrplan.

„Also, gibt ja massenweise Stunden Psychiatrie. Es sollte in der Ausbildung angesprochen werden. Und zwar von jemandem, der ausreichend qualifiziert ist und das war bei mir halt überhaupt nicht der Fall. Insofern wünsche ich mir das für die Zukunft anders.“

(IP1_Dominik, 225)

Diskussion

Die vorliegende Arbeit umfasst eine qualitative Studie bei der drei Ergotherapeuten aus Hessen interviewt wurden. Primäres Ziel des Forschungsvorhabens war die Erfassung der subjektiven Per-

spektiven in Bezug auf durchgeführte und erlebte Fixierungen in der stationären Psychiatrie.

Hinsichtlich der ersten HK **Setting** konnte als Erkenntnis gewonnen werden, dass sich die Aussagen der UTN mit der Literatur hinsichtlich der Entscheidungsfindung und der Indikation für eine Fixierung kongruent zeigen. Hummer et al. (2006) betonen die Notwendigkeit und Wichtigkeit von professionellen Verhalten bei selbst- und fremd-aggressivem Verhalten. Hierzu sind regelmäßige Fortbildungen und Schulungen nötig, um mögliche Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und darüber hinaus eine adäquate Nachsorge zu gewährleisten (Hummer et al., 2006). Bestimmte psychische Störungen oder Erkrankungen können hierbei Symptome hervorrufen, die für ein gewalttätiges Verhalten verantwortlich sind oder mit diesem assoziiert werden. Häufige Ursachen hierfür sind Intoxikation oder psychische Erkrankungen (Hummer et al., 2006). IP1_Dominik und IP3_Sarah legen in ihren Aussagen einen großen Fokus auf die hausinternen Schulungen und Fortbildungen. Alle drei UTN erleben das Team in solchen Situationen als sehr professionell und geschult.

Das Phänomen des aggressiven Verhaltens gegen andere oder sich selbst aufgrund von auftretenden Symptomen verschiedener Krankheitsbilder äußert IP1_Dominik. Hierbei wird sowohl die veränderte Wahrnehmung als auch das Gefühl von Angst als ein großer Bestandteil benannt. Auch er benennt als häufige Komplikation kongruent zur Literatur die Intoxikation von Patienten. Bei der Durchführung beschreiben alle drei UTN den Ablauf von der zugespitzten Situation in der beschlossen wird, den Patienten zu fixieren bis hin zur Abfixierung. Dabei wurde besonders das Hausalarmsystem hervorgehoben, durch welches alle zur Verfügung stehenden Mitarbeiter im Haus sich zu der Gefahrensituation begeben sollen. Auch die Literatur empfiehlt bei einer sich zu eskalieren drohenden Situation die Betätigung des Notrufs bzw. bei genügend zur Verfügung stehender Zeit das gezielte

Literatur

- Armgart, C. Schaub, M., Hoffmann, K., Illes, F., Emons, B., Jendreschak, J., Schramm, A., Richter, S., Leßmann, J. J., Juckel, G. & Haußleiter, I. S. (2013). Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiat Prax*, 40, 278-284.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Bogner, A., Litting, B. & Menz, W. (2005). Experteninterviews. In A. Bogner, B. Litting & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview- Theorie, Methode Anwendung*. (2. Auflage). Vs Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- DGBS (2012). DGBS Stellungnahme zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Zugriff am 19.01.2017 unter <http://dgbs.de/dgbs-stellungnahmen/zwangsmaßnahmen/>
- DGBS (2012). *Psychiater, Psychologe, Psychotherapeut, Neurologe – was ist der Unterschied?* Zugriff am 20.01.2017 unter <http://dgbs.de/fuer-betroffene/psychiater-psychologe-etc/>
- Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag.
- Flick, U. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. Von Kardoff, I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (5. Auflage). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung*. Hamburg: Rowohlt.
- Helferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. *Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Höhl, W. & Größer, J. (2002). Psychiatrische Ergotherapie. *Krankenhauspsychiatrie*, 13 (1), 8-13.
- Hummer, M., Conca, A., Vitecek, P., Nedopil, N., David, H., Wlasak, G., Schanda, H. & Fleischhacker, W. (2006). Prävention und Management von psychiatrischen Notfällen im stationären Bereich. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2/1, 1-8
- Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R.G. & Schouler-Ocak, M. (2008). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär- psychiatrischen Einrichtungen. *Der Nervenarzt*, 79, 328-339.
- Kubny-Lüke, B. (2003). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Kuckartz, U. (2014). die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse. In U. Kuckartz (Hrsg.), *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Marotzki, U. (2006). *Psychiatrische Ergotherapie heute*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Schützwahl, M. & Olbrich, R. (2000). Patientenzufriedenheit mit stationärer psychiatrischer Ergotherapie. *Krankenhauspsychiatrie*, 11, 3-7.
- Steinert, T., Gebhardt, R.P.; Lepping, P. (2001). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Ein ethisches Dilemma. Zugriff am 14.02.2016 unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/29064>

zur Hilfe holen von geschulten Mitarbeitern (Hummer et al., 2006).

IP1_Dominik äußert, dass versucht wird, den fixierten Patienten räumlich zu isolieren. Alle drei UTN sehen es als unabdingbar, dass dem Patienten von einem Mitarbeiter der Ablauf transparent gemacht wird sowie eine ständige Kommunikation über den Ablauf und die Befindlichkeit. Diese Empfehlungen sind ebenfalls der Literatur zu entnehmen sowie der Hinweis, dem Patienten in der entsprechenden Situation Empathie und Respekt entgegen zu bringen (Hummer et al., 2006). Abschließend erwähnen alle drei UTN, dass Fixierungen primär im akuten Stationssetting durchgeführt sind. Hierzu gibt es in der Literatur allerdings keine expliziten Aussagen.

Bezüglich der zweiten HK **Aufarbeitung der Fixierung** ist ein großer inhaltlicher Schwerpunkt die Aufarbeitung der Fixierung und der Austausch im interdisziplinären Team. Hierbei fordern alle drei UTN eine Nachbesprechung und heben die Wichtigkeit eines Austausches hervor. Ein anzustrebender Standard ist die fachliche Reflexion der Vorgehensweise und möglicher Schwierigkeiten mit Anwesenheit des Oberarztes und der Pflegedienstleitung (Hummer et al., 2006). Die Empfehlungen, die aus der Literatur hervorgehen, sowie die Wünsche der UTN zeigen sich kongruent, wobei besonders IP1_Dominik kritisiert, dass eine Nachbesprechung mit allen Verantwortlichen zur Analyse des Ablaufs und der personenbezogenen Wahrnehmungen und Empfindungen festgelegt ist und durchgeführt werden soll, jedoch zeitlich häufig nicht umgesetzt wird. Somit zeigt sich keine bzw. nur eine unregelmäßige Äquivalenz in den Standards, die sowohl die UTN als auch die Literatur fordern, und der tatsächlichen Umsetzung im stationären Alltag. Ein zweiter großer Bereich ist die Aufarbeitung der Fixierung mit dem Patienten und wie dieser mit der Situation umgeht. Zum Umgang mit der Situation äußern alle drei UTN, dass eine solche Situation für Patienten meistens als sehr belastend und traumatisierend erlebt wird.

Jedoch haben alle UTN Situationen erlebt, in denen die Patienten im Nachhinein entspannt und reflektiert mit der Situation umgegangen sind und sich gegenüber den involvierten Mitarbeitern der Fixierungssituation neutral und angemessen verhalten haben. Diese Aussage oder Verhaltensweise von Patienten ist der Literatur nicht zu entnehmen. Laut Armgart et al. (2013) überwiegen bei Patienten Gefühle wie Wut, Hass und Verzweiflung in Bezug auf die Situation und die involvierten Mitarbeiter. In der durchgeführten Studie zu Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht sind Gefühle wie Verständnis und Erleichterung selten zu vernehmen. Die Aufarbeitung und Nachbesprechung der Fixierung wird als essenziell erachtet und erfolgt laut allen UTN nachdem die Situation deeskaliert ist. Hierbei können alle Mitarbeiter, die an der Situation beteiligt waren prinzipiell eine solche Aufarbeitungsrolle übernehmen (Hummer et al., 2006).

Jedoch zeigt die Literatur und die Aussagen der UTN, dass diese Aufgabe in den Tätigkeitsbereich des Bezugstherapeuten fällt (Armgart et al., 2013). Ergänzend zur Literatur fällt in dem einrichtungsbezogenen Setting der UTN dieser Aufgabenbereich auch häufig in das Tätigkeitsfeld des Arztes, was in der Literatur nicht benannt ist. Im Zuge der Aufarbeitung mit dem Patienten werden seitens der UTN mögliche Barrieren erläutert. Hierbei betont IP1_Dominik vorwiegend die Sprachproblematik, welche in der Literatur aufgrund von psychisch erkrankten Patienten mit Migrationshintergrund dargelegt werden

(Koch et al., 2008). IP2_Franziska legt den Fokus auf Barrieren bedingt durch die Krankheitssymptomatik, wie beispielsweise wahnhaft Vorstellungen und Halluzinationen.

Aus den Aussagen der UTN zur HK **Rolle des Therapeuten** ist zu schließen, dass die Thematik der Rollenabgrenzung im Hinblick auf Fixierungen einen hohen Stellenwert einnimmt. Zu diesem Aspekt liefert die Literatur keine Aussagen und der Zusammenhang zwischen Ergotherapeuten und der Durchführung oder Anwesenheit bei Fixierungen im stationären Setting ist noch nicht erforscht worden. Diese Erkenntnisse decken sich mit den Aussagen der UTN, die eine solche Maßnahme oder Aufgabe nicht als initiiert in ihrem Tätigkeitsfeld sehen. Darüber hinaus gibt es momentan noch wenig Ergotherapeuten, die eine Fixierung aktiv miterlebt haben oder an einer solchen Maßnahme beteiligt waren. Laut aller drei UTN hat ein Mitwirken von Ergotherapeuten während der Fixierung keine Auswirkungen auf die Therapeuten-Klienten-Beziehung und das Setting der Ergotherapie wird von Patienten als überwiegend positiv gewertet (Schützwohl & Olbrich, 2000).

Bezüglich der letzten HK **Bewertung und Handlungsvorschläge** lässt sich sagen, dass Zwangsmaßnahmen und Fixierungen im stationären Alltag Bestandteil sind. Über dieses Wissen sind sich alle drei UTN bewusst und äußern deshalb eine gewisse Akzeptanz und Toleranz gegenüber dem Thema. Dennoch sind die Aussagen der UTN und der Literatur insofern kongruent, dass eine solche Maßnahme immer noch als Ultima Ratio, also letzte Möglichkeit, angewendet werden soll (Armgart et al., 2013; Hummer et al., 2006). Im Vorfeld fordern diese die Anwendung von alternativen Maßnahmen und Möglichkeiten und benennen weitere Zwangsmaßnahmen, welche im stationären Alltag und der Behandlung psychisch kranker Patienten Anwendung findet. Diese sind äquivalent zur Literatur und sind möglicherweise Zwangsmedikation, Zwangsernährung, gesetzliche Betreuung oder bestimmte Einschränkungen und Verbote (Armgart et al., 2013; DGBS, 2012). IP1_Dominik legt einen Schwerpunkt auf die Integration der Thematik von Zwangsmaßnahmen, insbesondere von Fixierungen im Ausbildungsplan der Ergotherapie.

Laut Curriculum gibt es eine Vorschrift für eine vorgeschriebene Anzahl an Psychiatristenstunden, der Inhalt ist hierbei aber größtenteils frei wählbar bzw. beinhaltet nicht explizit die geforderte Auseinandersetzung mit Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Bereich. Darüber hinaus ist die empirische und theoretische Fundierung der Ergotherapie laut Höhl und Großer (2002) noch nicht ausreichend gegeben und die Therapieinhalte und deren Begründung sind im psychischen Bereich noch nicht mit denen der ärztlich-medizinischen Grundbetreuung zu vergleichen.

Limitationen

Aufgrund der geringen Untersuchungsteilnehmerzahl (n=3) wurde eine Datensättigung nicht erreicht, sodass die Ergebnisse der Studie nicht zu verallgemeinern sind. Hier spielt auch das Kriterium des Erhebungszeitraums eine Rolle, der für eine größere Untersuchungsteilnehmerzahl nicht ausreichend gegeben war. Dennoch ist eine Variation erreicht worden, da die UTN aus verschiedenen Einrichtungen befragt wurden.

Schlussfolgerung

Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass die Thematik von Zwangsmaßnahmen und Fixierungen im ergotherapeutischen Bereich selten eine Rolle spielen. Es ist ein Aufgabenbereich oder eine Rolle, die selten in den Tätigkeitsbereich der Ergotherapie eingeordnet wird. Vorwiegend betrifft dies die Ärzte und Pflegekräfte. Häufig ist eine aktive Durchführung oder Mithilfe einer Fixierung mit Angst und negativen Gefühlen behaftet. Aus den Aussagen der drei UTN lässt sich schließen, dass in einer solchen Situation eine schnelle und professionelle Rollenabgrenzung erforderlich ist und Ängste und Unsicherheiten während der Involvierung in den Hintergrund gestellt werden müssen. Darüber hinaus gehören Zwangsmaßnahmen und Fixierungen für alle drei UTN zum ganzheitlichen Bild des psychischen Bereichs dazu, der besonders für Ergotherapeuten ein Arbeitsfeld darstellt und immer mehr an Bedeutung gewinnt. Aufgrund der Tatsache, dass Patienten in jeder Situation und in jedem Setting ein selbst- oder fremdaggressives Verhalten entwickeln und zeigen können, müssen auch Ergotherapeuten für diesen Fall sensibilisiert und geschult sein. Dennoch sehen die UTN durch das fachlich fundierte Wissen und die speziellen Methoden und Medien die Ergotherapie als notwendig und hilfreich an, um in einzelnen Situationen ein aggressives Verhalten zu reduzieren, ohne die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und Gewalt. Neben der gewünschten Forschung dieser Thematik ist es für IP1_Dominik essenziell das Studium bzw. die Ausbildung zu adaptieren und den Bereich der psychosozialen Behandlungsverfahren um die Thematik der Zwangsmaßnahmen zu ergänzen bzw. zu vertiefen. Aufgrund der Limitation der vorliegenden Arbeit, der geringen Samplegröße sowie der fehlenden Datensättigung sollte auf diesem Gebiet weiterhin Forschung betrieben werden. Hierbei sollte eine größere Zahl an UTN als auch eine größere Bandbreite von mehreren stationären Einrichtungen angestrebt werden. <<

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen. Sie danken Herrn Prof. Karel Kostev für die Unterstützung bei der Erstellung des Manuskriptes.

Kristin Hartoch

studiert seit 2013 Ergotherapie an der Hochschule Fresenius und befindet sich kurz vor ihrem Staatsexamen.

Kontakt: hartoch.kristin@stud.hs-fresenius.de



Dipl.-Ergoth. (FH) Marcel Konrad, M.Sc.

ist stellvertretender Studiendekan sowie wissenschaftlicher Mitarbeiter/Hochschuldozent an der Hochschule Fresenius, Fachbereich Gesundheit und Soziales, Idstein. Er hat Ergotherapie (Diplom) sowie Therapiewissenschaften (Master) in Idstein studiert.

Kontakt: marcel.konrad@hs-fresenius.de



Compulsive Treatments in General Psychiatry - Subjective Perceptions of Ergotherapists on the Fixation of Patients

Background and Objective: Over the past few decades the number of compulsory hospitalizations in Germany increased considerably, and consequently also the number of compulsory treatments increased accordingly. The confrontation of the patient with a fixation is often a traumatic situation and therefore also has an effect onto the therapy. The objectives of this research are the subjective perceptions of the Occupational Therapists relating to the fixation of patients in a stationary setting.

Method: Three Occupational Therapists, who work in two separate Facilities, were questioned individually in a face-to-face interview to give their impressions and experiences regarding the theme of fixation. The analysis of the interview transcripts was done based on a structured content-analysis according to Kuckartz, and using the software program MAXQDA 12.

Results: A differentiated category-system, composed of deductively developed main categories and inductively developed sub-categories was evaluated. Aside from the high significance of compulsory treatments in the area of psychiatry, the study participants could not identify a correlation between fixation and its impact on their role as therapists. However, they recognize that procedures and methods specifically available of the Occupational Therapy could avoid behaviour requiring fixation in individual situations.

Conclusion: Fixations are becoming more and more standard methods in the psychological setting and consequently also in the working environment of Occupational Therapy. Because of the limitations associated with this study further research using a larger sampling is recommended.

Keywords

occupational therapy, psychiatry, compulsory treatments, fixation - subjective perceptions, stationary psychiatry

In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat, pflege.de und der Schlüterschen

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



ALS ABONNENT NUTZEN SIE KOSTENLOS: DAS ONLINE-PORTAL www.monitor-pflege.de

per Fax: +49 (0) 228-76 38 28 01 oder formlos per eMail an marketing@monitor-pflege.de oder direkt per Handy:

Ich möchte „Monitor Pflege“ testen

Ich abonniere „Monitor Pflege“ zur Probe. 2 Ausgaben zum Sonderpreis von 20,- Euro zzgl. MwSt. Mein Abo wandelt sich automatisch in ein Jahresabonnement um, wenn ich nicht spätestens 14 Tage nach Erhalt der zweiten Ausgabe schriftlich kündige. Nach Begleichen der Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.

Ich bestelle ein Jahresabonnement

Ich abonniere „Monitor Pflege“ für mindestens ein Jahr (4 Ausgaben) zum Preis von 90,- Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten. Mein Abonnement verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn ich nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Abozeitraumes schriftlich kündige. Nach Begleichung der ersten Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.



Firma

Straße

Telefon

E-Mail (für Passwortübermittlung)

Datum, 1. Unterschrift:

Widerrufsgarantie: Mir ist bekannt, dass ich die Bestellung innerhalb der folgenden zwei Wochen bei eRelation AG, Kölnstraße 119, 53111 Bonn schriftlich widerrufen kann. Diese Frist beginnt mit dem Eingang dieser Bestellung (Eingangsstempel). Dies bestätige ich mit meiner 2. Unterschrift:

Datum, 2. Unterschrift:

Name

PLZ, Ort

Fax

eRelation AG - Content in Health • Kölnstraße 119 • 53111 Bonn