

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



Professor Dr. Karin Wolf-Ostermann: „Hier haben wissenschaftliche Ergebnisse also direkt ihren Niederschlag in aktuellen politischen Entscheidungen gefunden, was wir sonst eher selten beobachten.“

Grundlegende Veränderungen

Inspiration, Austausch und Motivation um die Pflege weiterzuentwickeln, bietet spectrumK-Geschäftsführer Yves Rawiel mit der 5. Berliner Pflegekonferenz.

Brücken bauen

Die erste Kammerpräsidentin in Niedersachsen hält eine nachhaltige Stärkung der Pflege nur im Dreiklang von Gewerkschaft, Verband und Pflegekammer für möglich.

Geld alleine reicht nicht

Eine Simulationsrechnung des Instituts der deutschen Wirtschaft prognostiziert alarmierende Pflegefallzahlen für das Jahr 2035 und empfiehlt: unbedingt vorsorgen.



**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.

Versorgungsforschung für die Pflege

>> Titelinterview mit Frau Professor Dr. Karin Wolf-Ostermann, Universität Bremen

Pflegeforschung sollte „eigenständiger Akteur im Bereich der Versorgungsforschung“ sein. Pflege ist eine „wissenschaftliche Profession mit versorgenden und ... versorgungssteuernden Aufgaben“. So Frau Prof. Wolf-Ostermann im Titelinterview. Die Pflege muss ihren Beitrag und Nutzen für das Gesundwerden und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten besser nachweisen können. Diese Evidenz sollte die Pflegeforschung liefern. > S. 6 ff.

Berliner Pflegekonferenz: Interview Yves Rawiel, spectrumK-Geschäftsführer

Zum 5. Mal richtet spectrumK – gemeinsam mit dem Deutsche Städte- und Gemeindebund und den Dachverbänden der Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen – die Berliner Pflegekonferenz aus. Aus diesem Anlass bringen wir im Vorfeld ein Interview mit Yves Rawiel, dem Geschäftsführer von spectrumK zu den Topthemen dieser interdisziplinären Konferenz. > S. 12 ff. > S. 10 f.

Interview mit Sandra Mehmecke, M.A., 1. Präsidentin der Pflegekammer Niedersachsen

Die Pflegekammer Niedersachsen ist die bundesweit 3. Pflegekammer und will gemeinsam mit Gewerkschaften und Berufsverband Verbesserungen der pflegerischen Versorgung und der Arbeitsbedingungen der Pflegenden erreichen. Als eine der ersten Aufgaben, wird das Land Niedersachsen ab Januar 2019 die zukünftige Regelung der qualifizierenden Weiterbildung an die Pflegekammer übertragen. > S. 16

Status: Pflege im Innovationsfonds

Auf einer Doppelseite geben wir Ihnen einen Überblick über vom Innovationsfonds geförderte Projekte im Bereich Geriatrie und Pflege (Neue Versorgungsformen/Versorgungsforschung). > S. 20 f.

Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern bis 2035

Das Institut der deutschen Wirtschaft stellt in einer Simulationsrechnung fest, dass aufgrund der Bevölkerungsalterung bis zum Jahr 2035 gut 4 Millionen Menschen auf Pflege angewiesen sein werden. Und so appelliert die Studienautorin, Dr. Susanna Kochskämper, dringend für Vorsorge auf Bundes- und Länderebene. > S. 15

Wissenschaftliche Beiträge

Baumgartner und Konrad analysieren moralisch-ethische Fragen zur Fixierung als Zwangsmaßnahme bei Patienten im Delir. Die Häufigkeit von Fixierungen ist stark vom jeweiligen Gesundheitssystem und auch von der einzelnen Klinik abhängig. Häufigster Grund ist die Atemwegsgefährdung, wenn Patienten Beatmungssysteme oder Trachealtuben zu entfernen versuchen. Bei der Fixierung müssen alle gesetzlichen und medizinischen Grundsätze berücksichtigt werden. Stattdessen gibt es in der Praxis aber keinen einheitlichen, validierten und standardisierten Prozess. Es überwiegen Entscheidungen von Einzelpersonen, meist Pflegekräften; diese basieren sehr häufig auf Intuition und Heuristiken, da für ein analytisches Vorgehen oft keine Zeit bleibt. Dies überlastet die Pflegekräfte und es belastet sie. > S. 22 ff.

Köster-Steinebach analysiert die gesetzgeberischen Vorhaben zur Festlegung der Pflegepersonalausstattung kritisch und kommt zu dem Ergebnis, dass die ab dem 1. Januar 2019 geplanten Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) in der Praxis wenig bis keine Wirkung entfalten werden, da zahlreiche Umgehungsmöglichkeiten bestehen. Das größte Manko sieht sie aber in der mangelnden Validität und Aussagekraft der Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die auch für wissenschaftliche Arbeit keine geeignete Grundlage darstellen. Hier liegt eine große Aufgabe für die Pflegeforschung. > S. 26 ff.

*Ich wünsche Ihnen einen nach diesem großen Sommer schönen Herbst und hier, wie immer, interessante Lektüre und für Ihre Arbeit nützliche Informationen. <<
Mit herzlichen Grüßen*

Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski
Herausgeber „Monitor Pflege“

INHALT

Versorgungsforschung für die Pflege
Editorial MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Pflege unter ethischen Aspekten
Editorial MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier

Wissenschaft stärken
Interview mit Professor Dr. Karin Wolf-Ostermann

Das Programm der 5. Berliner Pflegekonferenz
Am 8. und 9. November 2018 findet die Berliner Pflegekonferenz statt

„Es bedarf grundlegender Veränderungen“
spectrumK-Geschäftsführer Yves Rawiel im Interview

Pflege: Geld allein reicht nicht mehr
Report des Instituts der Deutschen Wirtschaft (IW)

Ein gesamtgesellschaftliches Ziel
Der Otto Heinemann Preis prämiiert Vereinbarkeit von Beruf und Familie

„Gute Ideen brauchen eine Bühne“
Stimmen zum Marie Simon Pflegepreis

Brücken bauen
Die erste Präsidentin der Pflegekammer Niedersachsen berichtet

Status: Geriatrie und Pflege im Innovationsfonds

News

WISSENSCHAFT

**Astrid Baumgartner
Prof. Dr. phil. Marcel Konrad**
Körperliche Fixierung von Patienten im Delir aus ethischer Perspektive

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach
Durchsetzung von Verbesserungen bei der Pflegepersonalausstattung:
Politische Entwicklungen, praktische
Rahmenbedingungen und Patientensicherheit

Impressum Monitor Pflege

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

4. 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
T. (+49) 711 995 982 - 20
E: 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. Infor-
mationen 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



Herausgeber-Beirat

Akteure

10 **Franz Wagner***
Präsident



12 **Yves Rawiel**
Geschäftsführung



15 **Lutz Bandte**
Geschäftsführung



16 **Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szezan**
AOK-Bundesverband



Universitäten/Hochschulen/Institute

17 **Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik**
Universität Witten/Herdecke



18 **Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher**
IGV Research



20 ***repräsentiert im Beirat ebenfalls den Deutschen
Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband
e.V., Berlin**



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

Pflege unter ethischen Aspekten

>> Wer vor inzwischen schon wieder drei Jahren auf dem Deutschen Pfl egetag war, hat vielleicht noch Dr. Eckart von Hirschhausen im Kopf, der auf der Eröffnungs-Presskonferenz vor sich hinsinnierte, was wohl passieren würde, wenn das Pflegepersonal streikt. Dann komme, so der Mediziner und Kabarettist, zum Beispiel „ein Kranker nicht mehr vom Bett aufs Klo“. Das höre sich erst einmal gar nicht so schlimm an, so Hirschhausen weiter, der jedoch dann schelmisch ergänzte: „Ich frage Sie nach zwölf Stunden noch einmal, was wirklich dringend ist!“

Nun, auch die Politik behandelt das Thema Pflege mittlerweile prioritär, wie spectrumK-Geschäftsführer und Veranstalter der Berliner Pflegekonferenz Yves Rawiel im Interview mit „Monitor Pflege“ zu Protokoll gibt. Nur: Ist prioritär auch dringend genug? Wer wie Rawiel weiß, dass im Koalitionsvertrag zwar beschlossen wurde, die Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen durch die Schaffung von 8.000 neuen Fachkraftstellen zu erhöhen, aber ebenso die Zahlen der jüngst veröffentlichten Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung kennt, nach denen es schon jetzt 17.000 unbesetzte Stellen in deutschen Pflegeheimen gibt, muss kein Mathematiker sein um zu ahnen, dass dem wohl nicht so ist.

Doch wo sollen die fehlenden Pflegekräfte denn herkommen, die sich natürlich um viel, viel mehr kümmern, als dass ein Patient „vom Bett aufs Klo“ kommt, wie von Hirschhausen sicher überspitzt formuliert hat? Es liegt auf der Hand: aus dem Ausland und zwar am besten aus jenen Ländern, die weniger als europäische Staaten an Überalterung leiden. „Weder die inländische Bevölkerung noch Fachkräfte aus den europäischen Nachbarstaaten können den heutigen und künftigen Bedarf decken“, erklärt Rawiel im Interview dieser Ausgabe. „Unser Ziel könne es außerdem nicht sein, anderen Ländern Pflegefachkräfte wegzukaufen“, sagt Rawiel wohlwissend, dass diese dort selbst dringend benötigt werden.

> S. 12 ff.

Genau aus diesem Grund ist in diesem Jahr Vietnam internationaler Partner der diesjährigen Berliner Pflegekonferenz, auf der – das ist schon Perogramm – Lösungswege aufgezeigt werden, von denen alle Beteiligten nicht nur in der Praxis profitieren, sondern die auch – so Rawiel – „unter ethischen Aspekten vertretbar sind“.

Warum ausgerechnet Vietnam, oder wie es amtlich heißt: Sozialistische Republik Vietnam? Nun, in diesem Land im Südchinesischen Meer, dessen Fläche etwas kleiner ist als die der Bundesrepublik Deutschland, wohnen so um die 90 Millionen Menschen, wobei – so Rawiel weiter – Schätzungen davon ausgehen, dass die Bevölkerung 2025 die Marke von 100 Millionen Einwohnern erreicht haben wird. Dabei ist die Bevölkerung Vietnams im Schnitt sehr jung: Landesweit waren 2005 etwa 32% der Vietnamesen unter 14 Jahre alt; nur etwa 5,6% sind über 65. In Deutschland hingegen ist der demografische Wandel weit vorangeschritten: Anfang 2017 war in Deutschland bereits 21,2% mindestens 65 Jahre alt. Auch bei der Beschäftigung gehen die Welten weit auseinander: Drängen in Vietnam jedes Jahr 1,5 Millionen junge Menschen auf den Arbeitsmarkt – davon rund 30% ohne Jobperspektive – sank in Deutschland die Quote der Jugenderwerbslosigkeit bereits 2016 auf den niedrigsten Stand seit über 20 Jahren: auf rund 7 Prozent.

Genau diese Disparität ist das, was ferne Länder wie Vietnam so interessant macht. Dazu Rawiel: „Projekte wie das Pilotvorhaben, in dem vietnamesische Arbeitskräfte in Deutschland in der Altenpflege ausgebildet wurden, können zur Lösung des Pflegenotstandes beitragen. Beide Länder profitieren davon.“ Bedingung für den Erfolg seien eine hochwertige Sprach- und Fachausbildung der Pflegekräfte und die Gewährleistung grundlegender Rechte in Deutschland.

Wer Rechte sagt, meint auch Anerkennung! Oder wie Rawiel es ausdrückt: „Spätestens seit den Erfahrungen mit der ersten Generation der sogenannten Gastarbeiter in den 1960er und 1970er Jahren weiß man in Deutschland um die Herausforderungen auf diesem Gebiet.“ Wissen sicher. Doch an der Umsetzung hapert es noch. Zu hoffen ist es jedenfalls, dass es hier etwas schneller geht. <<

Ihr
Peter Stegmaier,
Chefredakteur „Monitor Pflege“

Welche **Strategien** helfen bei der Bewältigung des **Fachkräftemangels**?
Wie entwickelt sich der **Pflegeberuf** durch den **digitalen Wandel**?
Wie unterstützen wir **pflegende Angehörige**?

Mitwirkende u.a.:

Dr. Franziska Giffey

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Malu Dreyer

Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz

Sabine Bätzing-Lichtenthäler

Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz

Andreas Westerfellhaus

Staatssekretär und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung

Christian Hirte

Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Wirtschaft und Energie

Dilek Kolat

Senatorin für Gesundheit Pflege und Gleichstellung von Berlin

Dr. Gerd Landsberg

Geschäftsführendes Präsidialmitglied des Deutschen Städte- und Gemeindebundes (DStGB)

Bärbel Schäfer

Journalistin, Autorin und Moderatorin

Dr. Irene Vorholz

Beigeordnete und Sozialdezernentin, Deutscher Landkreistag

Dr. Matthias Wismar

Senior Health Policy Analyst, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO European Centre for Health Policy

5. BERLINER PFLEGEKONFERENZ

8. & 9. November 2018

Veranstaltungsort

WECC – Westhafen Event & Convention Center Berlin
Westhafenstraße 1, 13353 Berlin

Konferenzorganisation

Mail: info@berliner-pflegekonferenz.de

Fon: +49 30 212336-110

www.berliner-pflegekonferenz.de



Interview mit Professorin Dr. Karin Wolf-Ostermann, Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung, Universität Bremen

Wissenschaft stärken

„Pflege bzw. Pflegewissenschaft sollte als wissenschaftliche Profession mit versorgenden und auch versorgungssteuernden Aufgaben wahrgenommen werden“, fordert Professor Dr. Karin Wolf-Ostermann als Abteilungsleiterin „Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung“ am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen. 2014 begann sie mit dem Aufbau der Abteilung und arbeitet heute mit einem interdisziplinär aufgestellten Team an der Forschung und Entwicklung neuer Versorgungskonzepte. Warum Wolf-Ostermann ausgerechnet ihren Fokus auf die Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung gerichtet hat und auch das Projekt Akademisierung unbedingt forciert werden sollte, darüber sprach sie im Interview mit „Monitor Pflege“.

>> Frau Professor Wolf-Ostermann, im Jahr 2014 wurde die Abteilung 7 „Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung“ im Institut für Public Health und Pflegeforschung gegründet. Als Abteilungsleitung sind Sie mitverantwortlich für die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte sowie deren begleitender Forschung. Warum gerade „pflegewissenschaftliche“ Versorgungsforschung?

Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) und die Universität Bremen haben mit der Gründung der Abteilung „Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung“ im Jahr 2004 einen zukunftsorientierten Weitblick bewiesen. Beschäftigt man sich mit der Situation der Versorgungsforschung in Deutschland und sucht nach Definitionen des Begriffes „Versorgungsforschung“, so fällt auf, dass diese zunächst sehr breit als ein grundlagen- und anwendungsorientiertes fachübergreifendes Forschungsgebiet definiert wird, die Pflege allerdings oft nicht als wesentliche und eigenständige Profession in der Versorgungsforschung wahrgenommen und benannt wird. So war und ist es für die Wahrnehmung der Pflege als eigenständiger Akteur im Bereich der Versorgungsforschung sicherlich auch nicht förderlich, dass die Akademisierung des Berufsbildes Pflegewissenschaft in Deutschland erst sehr spät begonnen hat und nur langsam Fahrt aufnimmt.



Was kann die akademisierte Pflege leisten?

Das Fachgebiet der Pflege bzw. Pflegewissenschaft sollte dabei in allen Bereichen von Gesellschaft, Politik und Wissenschaft nicht nur als Unterstützung bei körperorientierten Selbstversorgungseinbußen verstanden werden, sondern als wissenschaftliche Profession mit versorgenden und eben auch versorgungssteuernden Aufgaben. Gute Pflege benötigt dabei unabdingbar auch gute (Versorgungs-)Forschung. Eine ausreichende pflegerische Versorgung mit hoher Versorgungsqualität ist für die Zukunft eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen. Eine

qualitativ hochwertige pflegerische Versorgungsforschung kann dabei entscheidend zur Bewältigung dieser gesellschaftlichen Herausforderungen beitragen. Generell ist es allerdings nicht immer einfach, passende Förderstrukturen für eine pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung zu finden – im Sondergutachten 2014 hat der Sachverständigenrat explizit darauf hingewiesen, dass beispielsweise Bereiche wie die Pflege stärker als bislang Gegenstand von Versorgungsforschungsprojekten sein sollten. Insofern würde ich mir deutlich mehr „pflegewissenschaftliche“ Versorgungsforschung in Deutschland wünschen.

Sie evaluieren die Wirkung von bestehenden und innovativen Versorgungsstrukturen, -konzepten und -technologien. Wie sieht Ihre Bilanz der ersten vier Jahre aus?

Entscheidend beim Aufbau einer neuen Forschungsabteilung ist es sicher immer, zunächst einmal ein gutes Team zusammenzustellen, da gute Evaluation- und Forschungsleistungen ja nicht nur von Einzelnen erbracht werden, sondern darauf beruhen, dass es gelingt, vielfältige Kompetenzen in einem Team zu bündeln und weiterzuentwickeln. Dies stand sicher beim Aufbau der Abteilung am Anfang besonders im Vordergrund.

Derzeit besteht das Team aus sieben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die aus unterschiedlichen gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen entstammen, so dass wir auch fachlich ein breites Feld abdecken können und die Mitarbeiter*innen auch umgekehrt davon profitieren, dass sie oftmals interdisziplinär agieren müssen und sich so ebenfalls weiterqualifizieren. Es ist sicher auch von Vorteil, dass das Institut für Public Health und Pflegeforschung und der Wissenschaftsschwerpunkt Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen zudem vielfache Kooperationsmöglichkeiten eröffnen. Insgesamt haben wir in den vier Jahren seit Gründung der Abteilung so bereits mehr als ein Dutzend Forschungsprojekte auf den Weg gebracht bzw. erfolgreich abgeschlossen.

Womit beschäftigen Sie sich hauptsächlich?

Thematisch liegen unsere Schwerpunkte dabei auf der Versorgung von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf – insbesondere auch von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen – sowie der Weiterentwicklung alternativer Versorgungssettings wie etwa ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder von vernetzten multiprofessionellen ambulanten Versorgungsstrukturen und Projekten zur Qualitätssicherung und -weiterentwicklung. Daneben befassen wir uns zunehmend auch mit Fragen des Zusammenspiels von Pflege und Technik bzw. Digitalisierung, da dies sicher zukünftig weiter expandierende Versorgungs- und auch Forschungsfelder sein werden. Wichtig ist uns auch die Einbindung eigener nationaler Forschung in internationale Kontexte, um die Professionalisierung pflege- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung in Deutschland weiter zu verstärken.

Sie konnten bereits rund ein Dutzend Projekte abschließen. Welche halten Sie für besonders wegweisend?

Eine der großen Studien in der Vergangenheit war das Projekt „DemNet-D: Multizentrische interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland“, das in Zusammenarbeit mit dem DZNE/Universität Greifswald, dem DZNE/Universität Witten-Herdecke und der Dualen Hochschule Stuttgart durchgeführt und durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz gefördert wurde. In diesem Projekt wurden regionale Demenznetzwerke evaluiert und insgesamt jeweils mehr als 500 Menschen mit Demenz und deren Angehörige interviewt, um zu erfahren, welche Angebote von den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen genutzt werden, welche Unterstützung diese Personen in Anspruch nehmen bzw. sie darüber hinaus benötigen und zu erfahren, wie und warum Demenznetzwerke erfolgreich arbeiten.

<< Das Fachgebiet der Pflege bzw. Pflegewissenschaft sollte dabei in allen Bereichen von Gesellschaft, Politik und Wissenschaft nicht nur als Unterstützung bei körperorientierten Selbstversorgungseinbußen verstanden werden, sondern als wissenschaftliche Profession mit versorgenden und eben auch versorgungssteuernden Aufgaben. >>

Welche Erkenntnisse konnten Sie aus dem Projekt gewinnen?

Die Ergebnisse haben aufgezeigt, dass Demenznetzwerke erfolgreich dazu beitragen können, die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen verbessern, dafür ist das Projekt 2016 auch mit dem Hufeland-Preis ausgezeichnet worden. Eine wichtige indirekte Folge des Projektes war auch, dass Demenznetzwerke seit dem 01.01.2017 im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes finanziell gefördert werden können. Hier haben wissenschaftliche Ergebnisse also direkt ihren Niederschlag in aktuellen politischen Entscheidungen gefunden, was wir sonst eher selten beobachten.

Haben Sie ein aktuelles Beispiel für uns?

Ein aktuell sehr wichtiges Projekt ist das „Pflegeinnovationszentrum“, das in Kooperation mit der Universität Oldenburg und dem dortigen OFFIS – Institut für Informatik durchgeführt und durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wird. Ziel des bundesweit einzigen Pflegeinnovationszentrums ist es, ein Kompetenzzentrum für Innovationen in der Pflege aufzubauen, das bedarfsge-

rechte technische Neuerungen zur Unterstützung der Pflege entwickelt, Produkte am Markt und aus Forschungsprojekten erprobt, sowie die Ergebnisse in Laboren und „Showrooms“ für die Fachöffentlichkeit, aber auch für die Aus- und Weiterbildung zugänglich macht. Digitalisierung und technische Unterstützungslösungen werden sicherlich zukünftig ein großes Feld für die Pflege sein – auch wenn wir darauf achten müssen, dass persönliche Zuwendung nicht dadurch ersetzt wird.

Können Sie auch vom Innovationsfonds profitieren?

Im nächsten Jahr werden wir ein neues Projekt in ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Erlangen beginnen, das durch den Innovationsfonds gefördert wird. Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind eine Wohnform für Menschen, auch mit Demenz, die in ihrer angestammten Häuslichkeit nicht mehr angemessen versorgt werden können, aber nicht in einem Pflegeheim leben möchten. Bewohnerinnen und Bewohner einer Demenz-Wohngemeinschaft werden dabei durch professionelles Pflegepersonal betreut – gleichzeitig bleiben Angehörige eng eingebunden. In dem Projekt „DemWG: Reduktion des Risikos für Krankenhauseinweisungen bei Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ soll durch eine komplexe Intervention, die auf der Schulung des Pflegepersonal im Erkennen von Risiken für eine Krankenhauseinweisung, der frühzeitigen Kontaktierung der zuständigen Fach- und Hausärzte bei gesundheitlichen Problemen und einem kognitiven und motorischen Training beruht, das Risiko für stationäre Krankenhausaufenthalte, die für Menschen mit Demenz oftmals besonders krisenhafte Belastungen mit starker Einschränkung der Lebensqualität darstellen, gesenkt werden.

Von den Ergebnissen unseres Forschungsprojektes können dann alle profitieren: die Menschen mit Demenz durch weniger Krankenhausaufenthalte und mehr Lebensqualität, was wiederum auch die Angehörigen entlastet, die Pflegefachkräfte durch verbesserte Abläufe sowie die Demenz-Wohngemeinschaften selbst durch die Erweiterung um ein innovatives Angebot.

Wie sieht es mit der Publikation von Forschungsergebnissen aus? Werden diese in ausreichendem Maße publiziert, um beispielsweise durch ihre Diskussion einen Erkenntnisgewinn für die Forschung darzustellen?

Wenn wir die Publikation von Forschungsergebnissen in einschlägigen Fachzeitschriften betrachten, so werden dort sicherlich alle wichtigen Ergebnisse aus Forschungsprozessen vielfältig publiziert. Hier haben wir aus wissenschaftlicher Sicht manchmal die Problematik, dass Studien mit einem „negativen“ Ergebnis – also Interventionen, die nicht zu dem erhofften Erfolg geführt haben – oftmals unterrepräsentiert sind, obwohl gerade auch aus solchen Ergebnissen ein großer Erkenntnisgewinn gezogen werden könnte. Zudem ist durch eine ungeheure Zunahme von Publikationen auf allen Wissensgebieten inzwischen auch die Problematik entstanden, dass es ungeheuer zeitaufwendig geworden ist, den aktuellen Wissensstand immer im Blick zu behalten bzw. für neue Forschungs-

ideen zu recherchieren. Um hierzu ein Beispiel zu geben: wir haben für das Projekt des Pflegeinnovationszentrums anfänglich den Stand an Publikationen zum Thema „Pflege und Technik“ für die letzten zehn Jahre gesichtet und systematisiert – hier sind wir aus den Literaturrecherchen mit mehr als 100.000 relevanten Artikeln gegangen, so dass wir neue technikbasierte Verfahren zur Sichtung und Bewertung all dieser Arbeiten anwenden mussten, da typische Vorgehensweisen des Screenings bspw. von Titeln und Abstracts im Rahmen systematischer Reviews durch mindestens zwei Mitarbeiter*innen zeitlich gar nicht mehr realisierbar sind.

Sehen Sie weitere Schwierigkeiten und wie könnte man diesen effektiv begegnen?

Eine ganz andere Problematik haben wir, wenn wir den Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis betrachten. Wenn schon Wissenschaftler kaum mit dem Sichten relevanter Literatur nachkommen, wie sollen interessierte Praktiker dies leisten können? Wir bräuchten also dringend mehr qualitativ hochwertige, systematisierte und auch aktuelle Zusammenfassungen von Ergebnissen, wie dies bspw. Cochrane-Reviews leisten – womit wir wieder beim Thema Ressourcen wären, die dafür bereitstehen oder geschaffen werden müssen.

Ich halte aber nicht nur die Publikation von Forschungsergebnissen für wichtig – sondern in diesem Zusammenhang insbesondere auch den direkten persönlichen Austausch auf Konferenzen, Fachtagungen oder Fachmessen. So haben wir bspw. in Zusammenarbeit mit der Universität Lübeck begonnen, regelmäßige Fachtage zum Thema „Pflege, Versorgung & Teilhabe im Alter“ für den Austausch mit Praktiker*innen zu invitieren, die insbesondere auch auf den regionalen Austausch setzen.

Werfen wir einen Blick auf den Innovationsfonds. Dieser will Brücken zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen bauen. Kann er ein schlagkräftiges Instrument sein, mit dem sich nachhaltige Veränderungen in der pflegerischen Versorgung erzielen lassen?

Der Gemeinsame Bundesausschuss, das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, hat mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ab 2015 den Auftrag erhalten, neue Versorgungsformen und auch Versorgungsforschungsprojekte im Rahmen des Innovationsfonds zu fördern. Damit steht ein mächtiges Förderinstrument zur Verfügung, das von 2016 bis 2019 jährlich 300 Millionen Euro – davon 75 Millionen für die Förderung der Versorgungsforschung ausschütten konnte – und das auch ab dem Jahr 2019 hinaus mit einem Volumen von insgesamt 200 Millionen jährlich weiterbestehen soll. Ziel war und ist es, bestehende Versorgungsangebote qualitativ weiterzuentwickeln, allerdings nur aus dem Bereich des SGB V – also der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier kann der Innovationsfonds sicherlich dazu beitragen, multidisziplinäre bzw. multiprofessionelle Ansätze – auch über Sektorengrenzen hinweg – zu fördern. Ein großer Teil der Leistungen in der Pflege fällt jedoch in den Bereich des SGB XI – also der Sozialen Pflegeversiche-

rung – so dass dieser Bereich von einer Förderung ausgenommen ist. Hier würde ich mir aus Sicht der Pflege wünschen, dass der Innovationsfonds eine breitere Basis erhielte, um auch eine Förderung von Projekten im Bereich des SGB XI zu ermöglichen.

Auf der Berliner Pflegekonferenz werden Sie am 8. November einen Vortrag im Fachforum „Leben mit Demenz“ halten. Welche Voraussetzungen sind denn für ein gutes Leben von Menschen mit Demenz und deren Angehörige obligatorisch?

Wenn wir uns die derzeitige Situation in Deutschland, aber auch in vielen anderen westlichen Gesellschaften anschauen, so nimmt die Anzahl hochaltriger Menschen in unserer Gesellschaft aufgrund des Anstiegs der Lebenserwartung zu und wird dies auch weiterhin tun – und damit einhergehend steigt auch die Anzahl pflegebedürftiger Menschen, die oftmals eine geriatritypische Multimorbidität und neuropsychiatrische Erkrankungen, wie Demenz, aufweisen. Gegenwärtig wird die Anzahl demenziell erkrankter Menschen in Deutschland auf ca. 1,6 Millionen geschätzt, wovon etwa zwei Drittel von der Alzheimer-Krankheit betroffen sind. Für die Mehrzahl der Demenzerkrankungen, angeführt von der Alzheimer-Demenz, gibt es derzeit keine kurative Therapie, damit steht die Erkrankung im Mittelpunkt der pflegerischen Versorgung

und die Erhaltung und Förderung der Lebensqualität der demenziell Erkrankten und ihrer Angehörigen rücken in den Fokus. D.h. auch, dass – anders als in klassisch kurativen Versorgungssituationen – der Fokus auf Bewältigungsstrategien

und Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit insbesondere auch von Angehörigen liegen sollte.

Was ist für die Versorgung Demenzkranker ganz konkret vonnöten?

Wir benötigen in der Versorgung von Menschen mit Demenz besonders zu Beginn der Erkrankung vielfältige, örtlich niedrigschwellig verfügbare Unterstützungsleistungen, die soziale Teilhabe, Wohlbefinden und eine möglichst hohe Autonomie erhalten – und gleichzeitig Angehörige entlasten. Hier gibt es bereits zahlreiche Ansätze und gute Praxisbeispiele, seien es Demenznetzwerke, Selbsthilfeorganisationen oder sogenannte „demenzfreundliche“ Kommunen. Gleichzeitig sollten wir gesellschaftlich für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Familien weiter sensibilisieren, wie dies etwa das Projekt „Demenz Partner“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. seit 2016 tut, um so Stigmatisierungen und Ausgrenzungen entgegenzuwirken. Daneben ist sicher die (Weiter-)Entwicklung neuer Wohn- und Versorgungsmodelle, wie bspw. ambulant betreuter Wohngemeinschaften oder ähnlicher Versorgungsformen, zur Umsetzung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten pflegerischen und unterstützenden Versorgung wichtig, um Alternativen zu einer klassischen vollstationären Versorgung zu bieten und so Wahlmöglichkeiten entsprechend eigener Präferenzen zu ermöglichen.

Rückblickend ist seit Beginn der Pflegeversicherung im Jahr 1994 ein weiter Weg zurückgelegt worden, der für Menschen mit Demenz und ihre versorgenden Angehörigen viele Verbesserungen gebracht hat. Zukünftig wird es sicherlich eine der vordringlichsten Aufgaben der Gesundheits-

.....
<< Wenn schon Wissenschaftler kaum mit dem Sichten relevanter Literatur nachkommen, wie sollen interessierte Praktiker dies leisten können? >>

und Pflegepolitik der nächsten Jahre sein, neben der Schließung einer drohenden „Versorgungslücke“ eine bessere Vernetzung von Versorgungspraxis und -forschung zu forcieren, um flächendeckend eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten und voranzutreiben.

Die neue Bundesregierung geht das Thema Pflege offensiv an. Ergreift Jens Spahn mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz die richtigen Maßnahmen, um die Pflege zu stärken? Welche Punkte sehen Sie kritisch?

Mit dem ab dem 1. August 2018 geltenden Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden. Dies ist prinzipiell sehr zu begrüßen und grundsätzlich ein Schritt in die richtige Richtung.

In der konkreten Ausgestaltung zeigen sich jedoch auch die Schwierigkeiten. So sollen beispielsweise in vollstationären Pflegeeinrichtungen ab Januar 2019 13.000 Pflegekräfte neu eingestellt werden. 13.000 zusätzliche, gut ausgebildete Pflegekräfte hört sich vielversprechend an – aber diese stehen nicht zum Stichtag plötzlich aus dem Nichts für eine Neueinstellung zur Verfügung – und sie verteilen sich dann auch noch auf bundesweit knapp 14.000 vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

Es ist eher zu befürchten, dass Pflegekräfte aus schlechten bezahlten Bereichen wie etwa der Altenpflege vermehrt in besser bezahlte Bereiche in Krankenhäusern abwandern und es so nur zu Personalverschiebungen zwischen einzelnen Versorgungsbereichen kommt. Wir stehen derzeit vor dem Problem, dass wir – auch angesichts der demografischen Entwicklung – zu wenig qualifizierte Pflegekräfte haben und diese oft unter wenig attraktiven Rahmenbedingungen einer immer größeren Arbeitsverdichtung leiden. So prognostiziert die Bertelsmann-Stiftung bis zum Jahr 2035 eine Lücke von 500.000 Vollzeitkräften, wenn sich die Zahl der Pflegebedürftigen weiterhin wie bisher erhöht. Wir benötigen also neben allgemeinen politischen Rahmenbedingungen dringend tragfähige Lösungsvorschläge, um auch tatsächlich in der Praxis Verbesserungen zu erzielen.

Ausblick: Werden die Maßnahmen der Politik gerade noch rechtzeitig auf den Weg gebracht, um das Ruder des Frachters Pflegenotstand herumzureißen? Welches sind zwingend notwendige Navigationshilfen?

In Bezug auf den Pflegenotstand müssen wir sicherlich zwei Perspektiven betrachten. Zum einen die derzeitige Situation, die kurzfristige Lösungen erfordert. Hier kann der Weg, den der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, in seinem Papier „Mehr PflegeKRAFT“ vorschlägt, eine Lösung sein, um beispielsweise Pflegefachkräfte, die den Beruf verlassen haben, wieder in die Pflege zurückzuholen. Auch die „Konzertierte Aktion Pflege“, bei der sich drei Ministerien der Sache annehmen, attraktivere Arbeitsbedingungen in der Pflege zu schaffen, ist grundsätzlich sehr zu begrüßen. Allerdings sind die Ziele und auch der vorgesehene Zeitrahmen sehr ambitioniert und die fünf geschaffenen Arbeitsgruppen sind in der Regel mit jeweils über 20 Interessenvertretern besetzt. Hier wird man abwarten müssen, wie erfolgreich diese Gruppen letztendlich arbeiten und ob Ergebnis und Umsetzung die gesetzten Erwartungen erfüllen können.

Und wenn wir den Blick etwas weiter zum Horizont schweifen lassen?

Mittel- und längerfristig werden wir aus meiner Sicht stärker zwischen verschiedenen Qualifikationsstufen in der Pflege differenzieren müssen, um so unterschiedlich qualifizierten Personen ein Arbeiten in der Pflege und Pflegeassistenz zu ermöglichen. So ist es auch dringend erforderlich, die Akademisierung der Pflege in Deutschland deutlich stärker vorantreiben, um damit zu weltweiten Standards aufzuschließen. Wir wissen ja aus Studien, dass von einem höheren Anteil an akademisierten Pflegekräften sowohl Patienten als auch Pflegenden profitieren – insofern sollte ein Studium zukünftig nicht eine mögliche sinnvolle Fortbildung, sondern die Regel sein.

Dies bedingt jedoch aus, dass wir viel stärker in die Akademisierung der Pflege investieren müssen, da die derzeitigen Kapazitäten an Hochschulen und Universitäten insbesondere für ein primärqualifizierendes Studium bei weitem noch nicht ausreichen. Eine größere Attraktivität des Pflegeberufes auch für schulisch höher qualifizierte Personen und Übergangsregelungen bei sehr guten Ausbildungsabschlüssen in ein Studium – wie sie derzeit auch schon bestehen – können sicherlich dazu beitragen, den auch zukünftig zu erwartenden Personalmangel abzumildern und die Pflege – ebenso wie andere therapeutische oder medizinische Gesundheitsberufe – als vollwertige und gleichberechtigte Partner in Versorgungsprozessen wahrzunehmen. Eine qualitativ hochwertige und erfolgreiche Gesundheitsversorgung kann meiner Ansicht nach nur in der Zusammenarbeit aller Gesundheitsprofessionen gelingen, in selbstverständlicher Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen der Anderen. Auch hier ist zukünftig sicherlich noch viel zu tun, damit interdisziplinäre Zusammenarbeit und Wertschätzung der jeweils professionseigenen Kompetenzen zu etwas Selbstverständlichem wird.

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

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

ist Professorin für „Pflebewissenschaftliche Versorgungsforschung“ an der Universität Bremen und Leiterin der Abteilung „Pflebewissenschaftliche Versorgungsforschung“ am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen. Nach ihrem Studium der Statistik und theoretischen Medizin an den Universitäten Dortmund und Bochum (Dipl. Stat.) von 1983-1989 erhielt sie für die Jahre 1994-1997 ein Promotionsstipendium am Graduiertenkolleg „Angewandte Statistik“ am Fachbereich Statistik der Universität Dortmund, wo sie mit der Promotion zum Dr. rer. nat. am Fachbereich Statistik der Universität Dortmund abschloss. Sie war bundesweit an verschiedenen Universitäten und Forschungseinrichtungen (Universitäten Bayreuth, Wuppertal, Dortmund, Siegen, Köln, Marburg) als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich sozialer und gesundheitsbezogener Forschungs- und Praxisprojekte tätig und absolvierte verschiedene Auslandsaufenthalte u.a. m Rahmen des Forschungsprogramms der Europäischen Union AREHCAS – Accounting in the Reform of European Health Care Systems. Von 2004-2014 war sie Professorin für Sozial- und Pflegeforschung an der Alice Salomon-Hochschule Berlin, bevor sie im selben Jahr die Position übernahm, die sie heute bekleidet. Sie engagiert sich seit vielen Jahren in der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften e.V. (Vorstand, Ethikkommission) und ist Mitglied verschiedener Beiräte zu Weiterentwicklungen in der sozialen Pflegeversicherung.

Berliner Pflegekonferenz 2018 im Westhafen Event & Convention Center

Programm der 5. Berliner Pflegekonferenz

Wer sich am 8. und 9. November auf den Weg ins Westhafen Event & Convention Center macht, den erwarten Vorträge im Plenum, Workshops, Ausstellung und eine Abendveranstaltung mit Preisverleihung. Aktuelle Themen und Beiträge aus Politik, Wissenschaft, Forschung bieten den Teilnehmern ein vielseitiges Informations- wie auch Diskussionsangebot. Der Full-Service-Dienstleister für öffentliche Auftraggeber im Gesundheitswesen, spectrumK, richtet in Kooperation mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund (DStGB) sowie den Dachverbänden der Betriebs- und Innungskrankenkassen die Berliner Pflegekonferenz aus.

Uhrzeit	Agenda am 8. November 2018
08.30 Uhr	Einlass, Registrierung Teilnehmer
09.30 Uhr	Nominees@Breakfast – gut vernetzt in den Tag
09.30 Uhr	Pressefrühstück
11.00 Uhr	Plenum, Gesamtmoderation Bärbel Schäfer, Journalistin, Autorin und Moderatorin Grußwort Yves Rawiel, Geschäftsführer spectrumK GmbH und Initiator der Berliner Pflegekonferenz
11.10 Uhr	Key Notes im Plenum Eröffnungsvortrag, Andreas Westerfelthaus, Staatssekretär und Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege
11.25 Uhr	Grußwort, Dilek Kolat, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin
11.40 Uhr	Grußwort, S. E. Doan Xuan Hung, Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter der Sozialistischen Republik Vietnam in der Bundesrepublik Deutschland
11.50 Uhr	Vortrag: Länderkooperation in der Pflege: z. B. Department of Overseas Labour (DOLAB) / Center for Overseas Labour (COLAB) Vietnam*
12.10 Uhr	Vortrag: N. N. Vorstand Vereinigung der Gesundheits- und Pflegekräfte in Vietnam*
12.30 Uhr	Mittagspause
13.30 Uhr	Fachvorträge im Plenum Harald Kuhne, Ministerialdirektor, Leiter der Zentralabteilung, Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
13.50 Uhr	Alexander Wilhelm, Geschäftsführer Internationale Zusammenarbeit in der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV), Bundesagentur für Arbeit*
14.10 Uhr	Dr. Matthias Wismar, Senior Health Policy Analyst, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO European Centre for Health Policy
14.30 Uhr	Kaffeepause
15.00 Uhr	Beginn der Fachforen (parallel) Fachforum 1: Fachkräftemangel in der Pflege – bietet die Rekrutierung von Fachkräften im Ausland einen Ausweg? Moderation: Thomas Greiner, Präsident, Arbeitgeberverband Pflege e. V. Vortrag 1: X. Dang, Projektbegleitung Fachkräfteprogramm* Vortrag 2: Dr. Gabriela Soskuty, Senior Vice President Global Government Affairs & Market Access, B. Braun Melsungen AG Vortrag 3: Dr. René Herrmann, Geschäftsführer, Vivantes Forum für Senioren GmbH Vortrag 4: Mathias Bardl, Schulleiter, Innova Pflegeschule in Hettstedt* Fachforum 2: Flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum (Deutscher Landkreistag) Moderation: Dr. Irene Vorholz, Beigeordnete und Sozialdezernentin, Deutscher Landkreistag Vortrag 1: Prof. Dr. Kerstin Hämel, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld Vortrag 2: Rudolf Dangelmayr, Kreisoberverwaltungsrat und Dezernent für Jugend und Soziales, Landratsamt Göppingen

	Vortrag 3: Michael Motzek, Fachbereichsleiter Soziales und Gesundheit, Landkreis Grafschaft Bentheim Vortrag 4: Klaus Peter Schellhaas, Landrat, Landkreises Darmstadt-Dieburg
	Fachforum 3: Die Zukunft des Pflegeberufs im digitalen Wandel Moderation: Christine Weiß, Seniormanagerin, Institut für Innovation und Technik (iit) in der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH Vortrag 1: Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler, Lehrstuhl für Gemeinde-nahe Pflege, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar Vortrag 2: Iris Meyenburg-Altwarig, Geschäftsführung Pflege und Leitung der Bildungsakademie Pflege, Medizinische Hochschule Hannover (MHH) Vortrag 3: Tobias Kley, Leiter Innovation und Technik, Evangelisches Johannesstift Altenhilfe gGmbH Vortrag 4: Marius Greußel, Projektleiter Versorgungsforschung, Projekt ROBINA
	Fachforum 4: Leben mit Demenz (Diskussionsrunde) Moderation: Sabine Jansen, Geschäftsführerin, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz Vortrag 1: Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Leiterin der Abteilung Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen Vortrag 2: Prof. Dr. Elmar Gräßel, Leiter des Zentrums für Medizinische Versorgungsforschung, Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen/Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg Statement 1: Katja Dierich, Geschäftsführerin, Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e. V. Statement 2: Andreas Rath, Leiter Tagespflege DIE AUE und Pflegedienstleister Diakonie Stationen Charlottenburg-Wilmersdorf Statement 3: Bernd Heise und Hilde Eickhoff, Betroffene und Beirat „Leben mit Demenz“, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Statement 4: Sabine L. Distler, Geschäftsführerin, Curatorium Altern gestalten gGmbH
	Fachforum 5: Rund um betreut – Vermittlung von Betreuungspersonen aus Osteuropa Moderation: Martina Rosenberg, Autorin und Journalistin Vortrag 1: Katrin Andruschow, Projektleiterin für Gesundheit und Pflege, Stiftung Warentest Vortrag 2: Prof. Dr. rer. pol. Bernhard Emunds, Professor für Christliche Gesellschaftsethik und Sozialphilosophie, Leiter des Oswald von Nell-Breuning-Instituts, Phil.-Theol. Hochschule Sankt Georgen Vortrag 3: Frederic Seebom, Rechtsanwalt und Vorsorgeanwalt, Geschäftsführer, Verband für häusliche Betreuung und Pflege e. V. (VHBP) Vortrag 4: Thomas Nöllen, Teamleiter Pflege, spectrumK GmbH Statement: Gerda Dilger, Initiatorin und Projektleiterin, Caritas-Konferenzen Deutschlands, Diözesanverband Freiburg e. V. – Das Netzwerk von Ehrenamtlichen
17.00 Uhr	Kaffeepause
17.15 Uhr	Fachausstellung mit Symposien
18.00 Uhr	Einlass zur Abendveranstaltung

* angefragt

18.00 Uhr	Einlass zur Abendveranstaltung
19.00 Uhr	Begrüßung zur Abendveranstaltung, Bärbel Schäfer, Gesamtmoderation Grüßwort Yves Rawiel, Geschäftsführer spectrumK GmbH und Initiator der Berliner Pflegekonferenz
	Eröffnung, Dr. Franziska Giffey, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
	Verleihung des Otto Heinemann Preises
	Einführung und Vorstellung der nominierten Unternehmen: Dr. Achim Dercks, Stv. Hauptgeschäftsführer Deutscher Industrie- und Handelskammertag e.V. (DIHK) und Holger Schwannecke, Generalsekretär, Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V. (ZDH)
	Laudatio und Preisübergabe: Christian Hirte, Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Wirtschaft und Energie und Beauftragter der Bundesregierung für Mittelstand und für die neuen Bundesländer
	Verleihung des Marie Simon Pflegepreises Schirmherrschaft Marie Simon Pflegepreis: Einführung: Dr. Gerd Landsberg, Geschäftsführendes Präsidialmitglied des Deutschen Städte- und Gemeindebundes
	Vorstellung der nominierten Projekte: Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr, Stv. Vorsitzende BAGSO e.V. und Dagmar Hirche, Vorsitzende, Wege aus der Einsamkeit e.V. (Preisträger Marie Simon Pflegepreis 2016)
	Laudatio und Preisübergabe: Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung
20.50 Uhr	Dinnerempfang mit Live-Musik
23.00 Uhr	Ende der Veranstaltung

Uhrzeit	Agenda am 9. November 2018
10.00 Uhr	<p>Beginn der Fachforen (parallel)</p> <p>Fachforum 6: Entlassen, aber nicht verlassen – patientenorientiertes Entlassmanagement Fachforum Moderation: Torsten Rantzsch, Vorstand Pflegedirektor, Universitätsklinikum Düsseldorf Vortrag 1: Carolin Drößler, Referentin Pflegepolitik, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. Vortrag 2: Ansgar Jonietz, Geschäftsführer, „Was hab` ich?“ gemeinnützige GmbH Vortrag 3: Helene Maucher, Pflegedirektorin, RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH Vortrag 4: Anke Richter, Vorsitzende, Hausärzterverband Westfalen-Lippe e.V. Vortrag 5: Thomas Nöllen, Teamleiter Pflege, spectrumK GmbH</p> <p>Fachforum 7: Daheim statt im Heim – bedarfsgerechte Wohn- und Pflegekonzepte (Deutscher Städte- und Gemeindebund) Moderation: Uwe Lübking, Beigeordneter Dezernat I, Deutscher Städte- und Gemeindebund Vortrag 1: Prof. Dr. Horst Kunhardt, Vizepräsident für Gesundheit und Prof. Dr. Christian Rester, Studiendekan, Fakultät für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Technische Hochschule Deggendorf Vortrag 2: Jens Kreuzer, Unternehmensbereichsleiter Pflege-Verträge/Qualitätsmanagement, AOK Nordost – Die Gesundheitskasse Vortrag 3: Prof. Dr. Amo Elmer, Geschäftsführer, Innovation Health Partners GmbH Vortrag 4: Andreas Horsche, Erster Bürgermeister, Gemeinde Furth Vortrag 5: Siglinde Lebich, Geschäftsleitung, Älter werden in Eching e.V./ASZ MGH Eching</p>

	<p>Fachforum 8: Prävention und Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigkeit Moderation: Prof. Dr. Heinz Rothgang, Vorstand, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen Vortrag 1: Anke Tempelmann, Projektleiterin QualiPEP, AOK-Bundesverband Vortrag 2: Katja Dierich, Geschäftsführerin, Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e. V. Projektpräsentation: Astrid Salomon, Referentin Prävention, BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU) Projekt 1: Thomas Reformat, Geschäftsführer BGM & Vertrieb, Froach Media GmbH Projekt 2: Claus Gieschen, Geschäftsführer, ROTE NASEN Deutschland e. V.</p> <p>Fachforum 9: Kinder und Jugendliche mit Pflegeverantwortung Moderation: Frank Schumann, Leiter der Fachstelle für pflegende Angehörige, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e. V. Vortrag 1: Prof. Dr. Sabine Metzging, Professur Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Kinder und Jugendliche, Universität Witten/Herdecke Vortrag 2: Gabriele Tammen-Par, Pflege in Not und Benjamin Salzmann, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e. V. Vortrag 3: Prof. Dr. Michael Klein, Leiter Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP), Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KathO NRW)</p> <p>Fachforum 10: „Rheinland Pfalz – Gut leben im Alter“ Moderation: Joachim Speicher, Abteilungsleiter Soziales und Demografie, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz Vortrag 1: Jenny Mischnick, Abteilungsleiterin des MSAGD Rheinland-Pfalz Vortrag 2: Christoph Beck, Referatsleiter im MSAGD Rheinland-Pfalz Vortrag 3: Ingeborg Germann, wiss. Mitarbeiterin beim Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V. Berlin Vortrag 4: Susanne Herbel-Hilgert, Stv. Geschäftsführerin, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)</p>
12.00 Uhr	Mittagspause
13.00 Uhr	Plenum, Gesamtmoderation Bärbel Schäfer
13.00 Uhr	Key Notes im Plenum: Malu Dreyer, Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz
13.20 Uhr	Christine Vogler, Vizepräsidentin, Deutscher Pflegerat e.V.
13.35 Uhr	Thomas Ballast, Stv. Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse (TK)
13.50 Uhr	N.N.
14.10 Uhr	Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl, Mitglied des Deutschen Ethikrates
14.30 Uhr	<p>Podiumsdiskussion Moderation: Bärbel Schäfer und Prof. Dr. Reinhold Roski, Herausgeber „Monitor Pflege“ Thema: Pflege und Sorge – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Hat das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung eine Zukunft? Mitwirkende: Einführung: Christian Zahn, Präsident der Association Internationale de la Mutualité (AIM) Impulsvortrag: Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz Prof. Dr. Heinz Rothgang, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen Dr. Peter Pick, Geschäftsführer, MDS e. V., Dr. Volker Hansen, Leiter der Abteilung Soziale Sicherung, BDA Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände Thorsten Mittag, Referent Altenhilfe und Pflege, Der Paritätische Gesamtverband</p>
15.50 Uhr	Schlussbetrachtung und Ausblick, Yves Rawiel, Geschäftsführer spectrumK GmbH und Initiator der Berliner Pflegekonferenz

spectrumK-Geschäftsführer und Initiator der Berliner Pflegekonferenz, Yves Rawiel, im Interview

„Es bedarf grundlegender Veränderungen“

spectrumK, der Full-Service-Dienstleister für die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, richtet 2018 wieder die Berliner Pflegekonferenz aus – bereits zum fünften Mal. Kooperationspartner sind der Deutsche Städte- und Gemeindebund (DStGB) sowie der BKK Dachverband e.V. und der IKK e.V. Internationale und nationale Praxisbeispiele, politische Maßnahmen oder Digitalisierung: „Monitor Pflege“ hat spectrumK-Geschäftsführer Yves Rawiel im Vorfeld der Veranstaltung zu den Topthemen des interdisziplinären Dialogforums befragt.

>> Herr Rawiel, was in den letzten Jahren Schweden, Japan oder die Benelux-Staaten waren, ist in diesem Jahr Vietnam. Warum ist ausgerechnet das Land im Südchinesischen Meer internationaler Partner der diesjährigen Berliner Pflegekonferenz?

Als Folge der Alterung der Gesellschaft in Deutschland besteht im Pflegesektor bereits heute ein Mangel an Fachkräften. Im Koalitionsvertrag wurde daher beschlossen, die Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen durch die Schaffung von 8.000 neuen Fachkraftstellen zu erhöhen. Vor dem Hintergrund der jüngst veröffentlichten Studie vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung dürfte dies kaum genügen, denn danach gibt es schon jetzt 17.000 unbesetzte Stellen in deutschen Pflegeheimen. Deutschland sucht also dringend gut ausgebildete Alten- und Krankenpflegerinnen und -pfleger. Weder die inländische Bevölkerung noch Fachkräfte aus den europäischen Nachbarstaaten können den heutigen und künftigen Bedarf decken. Unser Ziel kann es außerdem nicht sein, anderen Ländern Pflegefachkräfte wegzukaufen. Denn dort werden sie selbst dringend benötigt. Vielmehr wollen wir auf der Berliner Pflegekonferenz Lösungswege aufzeigen, von denen alle Beteiligten in der Praxis profitieren und die unter ethischen Aspekten vertretbar sind.

Und was zeichnet Vietnam konkret als Partnerland aus?

Vietnam ist unter diesen Gesichtspunkten ein interessantes Partnerland. Denn Vietnam verfügt über eine junge, gut gebildete Bevölkerung und schneidet in den internationalen Bildungsvergleichen („PISA“) regelmäßig deutlich besser ab als viele westeuropäische Länder. Dennoch finden viele junge Menschen in Vietnam keine Arbeit. In Zahlen bedeutet das: Das Land hat 93 Millionen Einwohner, jährlich drängen 1,5 Millionen junge Menschen auf den Arbeitsmarkt, davon 500.000 ohne Jobperspektive. Schätzungen gehen davon aus, dass die Bevölkerung 2025 die Marke von 100 Millionen Einwohnern erreicht haben wird.

Projekte wie das Pilotvorhaben, in dem vietnamesische Arbeitskräfte in Deutschland in der Altenpflege ausgebildet wurden, können zur Lösung des Pflegenotstandes beitragen. Beide Länder profitieren davon. In diesem Pilotprojekt wird jährlich nach jungen Viet-

namesinnen und Vietnamesen gesucht, die sich für die Arbeit als Krankenpflegefachkraft in Deutschland weiterbilden lassen möchten. Hierzu kooperieren das deutsche Wirtschaftsministerium sowie private Träger seit mehreren Jahren mit dem vietnamesischen Department of Overseas Labour (DOLAB) bzw. dem Center for Overseas Labour (COLAB), um vietnamesische Pflegekräfte für den deutschen Arbeitsmarkt zu gewinnen.

Ausländische Pflegekräfte zu rekrutieren hat auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf der Agenda des Pflegepersonalstärkungsgesetzes. Das Fachforum „Fachkräftemangel in der Pflege

– bietet die Rekrutierung von Fachkräften im Ausland einen Ausweg?“ eröffnet dem Thema auf der Berliner Pflegekonferenz ebenfalls eine Bühne. Unter welchen Voraussetzungen ist dies Ihrer Meinung nach eine sinnvolle Lösung?

Bedingung für den Erfolg ist eine hochwertige Sprach- und Fachausbildung der Pflegekräfte und die Gewährleistung grundlegender Rechte in Deutschland. Spätestens seit den Erfahrungen mit der ersten Generation der sogenannten Gastarbeiter in den 1960er und 1970er Jahren weiß man in Deutschland um die Herausforderungen auf diesem Gebiet. Es ist daher darauf zu achten, dass alle Beteiligten profitieren – auch langfristig gesehen. Wir müssen zum Beispiel unbedingt vermeiden, dass Auszubildende aus Vietnam als billige Hilfskräfte engagiert werden. Sie haben den Beruf von Grund auf zu erlernen und dann auch einen entsprechenden Vergütungs-

anspruch. Außerdem müssen für sie die gleichen Aufstiegschancen gelten wie für alle anderen auch.

Bei der Rekrutierung von bereits voll ausgebildeten Pflegefachkräften gibt es nach wie vor Probleme mit Blick auf die Anerkennung gleichwertiger Berufsabschlüsse. Auch bei der Einreise ausländischer Fachkräfte existieren immer noch erhebliche Hürden. So ist das Thema Einwanderungsgesetz zwar auch Bestandteil des Koalitionsvertrages, doch fehlen vielfach noch verbindliche Daten für die Umsetzung.

Die Politik behandelt das Thema Pflege mittlerweile prioritär. Fa-



Yves Rawiel, Geschäftsführer von spectrumK und Initiator der Berliner Pflegekonferenz

milienministerin Franziska Giffey hat im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ gesagt: „Pflege muss wieder cool werden.“ Wie kann das Ihrer Meinung nach am besten gelingen?

Um den Pflegeberuf attraktiver zu machen, bedarf es grundlegender Veränderungen. Neben der Entlohnung müssen die Arbeitsbedingungen in der Pflege kontinuierlich und nachhaltig verbessert werden. Dazu gehören eine bessere personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen, speziell auf die besonderen Belastungen des Pflegeberufs zugeschnittene Maßnahmen zur Gesundheitsprävention und natürlich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Konkret müssen außerdem Konzepte und Instrumente her, mit der die Arbeit der Pflegenden gesundheitserhaltend gestaltet werden kann. Dies sind nur einige der relevanten Punkte, die Liste ist noch viel länger.

Was steht auf dieser Liste noch ziemlich weit oben?

Enormen Handlungsbedarf sehen wir aber auch in anderen Bereichen. Die Qualität der Ausbildung und der Weiterqualifizierung in den Pflegeberufen muss verbessert werden. Außerdem müssen den Pflegerinnen und Pflegern Perspektiven für ihre berufliche Entwicklung gezeigt und Karriereaussichten attraktiver werden. Und natürlich benötigen sie eine starke Lobby. Denn die Sorgen und Anliegen der Pflegenden verdienen es, endlich mehr Gehör zu finden. Ihre Erwartungen und Erfahrungen verstärkt in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, ist ein ganz wichtiger Punkt in der Diskussion darüber, wie der Pflegeberuf interessanter gemacht werden kann.

Rheinland-Pfalz ist nationales Partnerland der Konferenz, die die „Flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum“ auch im Programm hat. Gibt es Ihrer Erfahrung als Dienstleister nach regionale Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit der Beratung? Worin liegen diese begründet und wie kann man bessere Bedingungen in strukturschwachen Regionen schaffen?

Ja, wir können durchaus regionale Unterschiede in den Beratungen und Schulungen feststellen. Bundesweit besteht bei den Hilfesuchenden – den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen – ein hoher Beratungsbedarf. Dieser ist jedoch in den Großstädten durch die Vielzahl der vorhandenen Angebote – dazu zählen die Beratungsstelle von spectrumK, selbstständige Pflegeberater, Pflegestützpunkte etc. – grundsätzlich leichter zu decken als in den ländlichen Regionen. Der Gesetzgeber hat durch die Pflegestärkungsgesetze zwar dafür gesorgt, dass den Pflegebedürftigen mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Doch diese können sowohl in den strukturstarken als auch in den strukturschwachen Regionen das Geld nicht für eine adäquate Pflege einsetzen, da nicht genügend Leistungserbringer für die benötigten Leistungen zur Verfügung stehen.

Wie kommt das?

Ein Grundproblem besteht darin, dass wir durch die unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Bundesländern keine einheitliche Vorgehensweise bei der Genehmigung und Bereitstellung der sogenannten haushaltsnahen Dienstleistungen haben. Dazu gehören zum Beispiel Einkaufen, Fensterputzen und Haushaltsarbeit. In

Nordrhein-Westfalen haben wir das Modell der Nachbarschaftshilfe. Dies ermöglicht, dass Pflegebedürftige durch Bekannte oder Nachbarn versorgt werden können und die Pflegekassen entsprechende Leistungen – den Entlastungsbetrag von 125 Euro – zur Verfügung stellen. Dieses Modell kennt Baden-Württemberg nicht, also kann diese Leistung dort nicht abgerufen werden.

So können wir in fast allen Bundesländern Beispiele finden, die zeigen, dass die Hilfesuchenden keine Chance haben, ihre Leistungsansprüche vollumfänglich geltend zu machen.

Leistungserbringer werden auch oft mit viel zu hohen Hürden, bestehend aus landesrechtlichen Regelungen, konfrontiert, um hilfsbedürftige Menschen zu unterstützen. Ein Beispiel aus der Praxis: Interessierte absolvieren eine Weiterbildung zur Betreuungskraft mit dem Umfang von 40 Stunden. Anschließend können sie ihre Kenntnisse aber nicht einbringen, da auf Landesebene gefordert wird, dass sie zur Ausübung ihrer Tätigkeit zusätzlich eine 450 Euro-Kraft einstellen müssen, die sie gegebenenfalls im Krankheitsfall vertreten kann. Diese zusätzlichen Kosten können sich viele aber nicht leisten. Die Weiterbildung war also umsonst und niemandem ist geholfen.

Wie kann man das Problem lösungsorientiert angehen?

Der Gesetzgeber ist hier gefordert, auch einen niedrigschwelligen Zugang für alle Leistungserbringer im Bereich der Betreuung und haushaltsnahen Dienstleistungen zu schaffen. Damit würde sichergestellt, dass Hilfe auch da ankommt, wo sie tatsächlich benötigt wird.

Aber die wirksamste Kritik ist immer das gute Beispiel. Deshalb freuen wir uns sehr, in diesem Jahr mit Rheinland-Pfalz ein Partner-Bundesland gewonnen zu haben, in dem viele kommunale Maßnahmen auf vorbildliche Art und Weise umgesetzt werden. Unter anderem kommt das Projekt Gemeindegewerkschaft zum Einsatz. Dabei geht es um ein Angebot für hochbetagte Menschen, die nicht pflegebedürftig sind, aber Unterstützung im Alltag benötigen. Das „Kümmern“ im Vorfeld einer möglichen Pflege ist ein wichtiger Beitrag dazu, dass Menschen ihr Leben so selbstständig und so lange wie möglich gestalten können. Ein weiteres Beispiel ist die Einrichtung von Mehrgenerationenhäusern in den Kommunen. Außerdem laufen in Rheinland-Pfalz verschiedene Ansätze, die zu einer Stärkung des Berufsbildes der Pflege und einer Aufwertung des Berufsstandes führen.

Die Digitalisierung ist mittlerweile kein Fremdwort mehr in der Pflegebranche. Inwieweit macht der Technikeinsatz Sinn, um Pflegebedürftige oder Angehörige zu Hause zu unterstützen und auch den Pflegefachpersonen die Arbeit zu erleichtern?

Klar ist, dass digitale Angebote Pflegenden nicht ersetzen, sondern nur unterstützen können. Wichtig ist dabei, die Pflegenden stärker in die Entwicklung und Implementierung neuer Technologien einzubinden. Nur so lässt sich die Alltagstauglichkeit digitaler Maßnahmen sicherstellen. Um die vielen Möglichkeiten der Digitalisierung zu nutzen, muss schon bei der Ausbildung der Einsatz digitaler Techniken eine große Rolle spielen. Genauso wichtig ist es aber auch, fortlaufend Qualifizierungsangebote für langjährig in

der Pflege tätige Fachkräfte anzubieten, um die erforderlichen Kompetenzen in der Digitalisierung zu vermitteln.

Genauso wenig wie in anderen Branchen, gibt es wohl auch in der Pflege nur brauchbare Projekte. Wie trennt man hier die Spreu vom Weizen?

Die fortschreitende Digitalisierung ist ein Prozess, der ein ständiges Reflektieren erfordert. Konkret heißt das, dass in begleitenden wissenschaftlichen Wirksamkeitsstudien der konkrete Nutzen eingesetzter Techniken nachgewiesen werden muss. So wird sichergestellt, dass der Einsatz bei Routinetätigkeiten das Pflegepersonal entlastet und sich zugleich neue Chancen der inter- und intraprofessionellen Vernetzung ergeben. Dadurch kann sich die Pflege auf die zwischenmenschliche Fürsorge konzentrieren. Eine große Herausforderung stellt der Transfer in die Pflegepraxis dar. Einerseits muss die Kompetenz der Altenpflegefachkräfte erhöht werden, um digitalisierte Unterstützungstechnologien nicht nur bedienen, sondern kompetent nutzen zu können. Andererseits muss gemeinsam mit den Altenpflegefachkräften erörtert werden, wie aus einer Technikkompetenz der Beschäftigten neue Arbeitsinhalte und neue Dienstleistungsangebote für die Altenpflege entwickelt werden können.

Aber es gibt immer wieder geäußerte Vorbehalte und Sorgen, was die Digitalisierung angeht. Wie kann man dem begegnen?

Immer wieder geäußerte Befürchtungen, dass der Technikeinsatz die besondere kommunikative und emotionale Interaktionsbeziehung zwischen Pflegefachkraft und Pflegebedürftigem gefährden könnten, erfordern einen sensiblen Umgang. Die Führungskräfte und Verantwortlichen sollten diese Sorgen und Ängste thematisieren und offen diskutieren. So erlangen die enormen Potenziale der Digitalisierung Akzeptanz und entfalten ihre Wirkung gleichermaßen.

Sie feierten mit spectrumK in diesem Jahr das 10-jährige Bestehen. Wie wollen Sie in Zukunft Gesundheit gestalten?

Wir haben eine sehr erfreuliche Entwicklung in den vergangenen Jahren vollzogen und möchten dies natürlich fortsetzen – als verlässlicher Partner der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Das bedeutet, dass wir ständig den Bedarf unserer Kunden und Gesellschafter im Blick haben und mit neuen Ideen und Produkten weiter überzeugen möchten. Das Gesundheitssystem steht vor einem großen Wandel, die Digitalisierung wird viele Bereiche verändern. Wir betrachten das als durchweg positiv. Denn die wichtigsten Komponenten in unserer Arbeit – Qualität, Vertrauen und Verlässlichkeit – werden wir immer beibehalten. Unsere Werkzeuge werden sich verändern, wir werden neue Dienstleistungen anbieten und noch schneller und effizienter werden dank der technischen Entwicklungen. Aber wir werden den Weg gemeinsam mit unseren Partnern gehen. Denn davon profitieren am Ende alle, und besonders die gesetzlich Versicherten in Deutschland.

Herr Rawiel, vielen Dank für das Gespräch. <<

Deutsches Pflegeforum mit Franz Wagner

>> Zum Thema „Personalmangel in der Pflege: Aktuelle Situation und Lösungsansätze“ referiert der Präsident des Deutschen Pflegeverbandes e.V. am 12. Dezember 2018 auf einer Veranstaltung des Deutschen Pflegeforums in Berlin.

Der Arbeitsmarkt ist leergefegt, was dem Heilberuf Pflege das wenig erstrebenswerte Attribut des „Mangelberufs“ beschert. Der in allen Sektoren herrschende Pflegefachkräftemangel komme jedoch für Insider nicht überraschend, so Wagner. Er sieht, bedingt durch die prekäre Stellenausstattung, die Versorgungssicherheit in erheblichem Ausmaß gefährdet. Doch was tun? Schnellschüsse, die medial als Schlagzeile auftauchen, aber qualitativ wie quantitativ nicht als lösungstauglich zu klassifizieren sind, identifiziert der

Präsident einige. Zum Beispiel das pauschale Rekrutieren von Flüchtlingen oder Langzeitarbeitslosen, ebenso wie das Absenken von Qualifikationen sind für Wagner nicht zielführend. Was sich allerdings grundsätzlich ändern müsse, seien die Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit genauso wie die vor allem qualitative Aufwertung der Ausbildung, zum Beispiel durch eine aktive Förderung der hochschulischen Ausbildung. Zudem spricht sich Wagner für Personalbemessungsverfahren aus, die auf dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Klienten beruhen. Welche Lösungsansätze Wagner im Köcher hat, können Interessierte um 18 Uhr im Einsteinsaal der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt erfahren. <<

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz kann kommen

>> Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) begrüßt den Kabinettsbeschluss zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, mit dem die im Koalitionsvertrag und im Eckpunktepapier des BMG angekündigten Verbesserungen für das Pflegepersonal in Kranken- und Altenpflege realisiert werden sollen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nimmt den Krankenhäusern an einigen Stellen nun das Heft aus der Hand, nachdem diese bis Ende Juli mit den Krankenkassen keine Einigung erzielen konnten. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zeigt nach Ansicht des DBfK viele richtige Ansätze und könnte endlich eine Trendwende einleiten, wenn seine Umsetzung rasch und gut gelingt“, sagt DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienstein. „Schon viel zu lange warten professionell Pflegenden darauf, dass ihre immense

Arbeitsbelastung endlich politisch wahrgenommen und nachhaltig verändert wird. Dieses Potenzial hat das Gesetz, immer vorausgesetzt, es wird mit aller Konsequenz und ohne aus bisherigen Pflegeförderprogrammen bekannten Schlupflöchern realisiert. Vertrauen der Pflegenden wird die Politik erst dann wieder gewinnen, wenn sie in ihrem Berufsalltag spürbar positive Auswirkungen erleben. Das politisch durchaus glaubwürdig vermittelte Anliegen einer Entlastung des Pflegepersonals darf nicht noch einmal zur Mogelpackung werden.“

Offen bleibe, so der DBfK, die Frage der Investitionskostenfinanzierung für die Kliniken. Wenn künftig den Krankenhäusern das Pflegebudget zur Kompensation fehlender Investitionsmittel wegbräche, müsse es Lösungen geben. <<

Report des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW): „Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern“

Pflege: Geld allein reicht nicht mehr

Eine Simulationsrechnung des Instituts der deutschen Wirtschaft zeigt, dass bis zum Jahr 2035 bereits vier Millionen Menschen in Deutschland auf Pflege angewiesen sein könnten. Doch die Zahlen, die auf einer Pressekonferenz des Instituts der Deutschen Wirtschaft Anfang September in Berlin vorgestellt wurden, machen auch deutlich, dass schon heute entsprechende Fachkräfte fehlen – und die Lücke wird stetig größer. Das Fazit der Studienautorin Dr. Susanna Kochskämper ist gleichzeitig ein Appell an die Verantwortlichen auf Bundes- und Länderebene: Es muss dringend vorgesorgt werden.

>> Bei der Präsentation des Reports erklärte Professor Dr. Michael Hüther, Direktor des Instituts der deutschen Wirtschaft, zunächst die Motivation zur Analyse der Pflegefallzahlen: So sei in den vergangenen Monaten viel über den Personalnotstand in der Altenpflege berichtet worden. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn plane unter anderem 13.000 neue Stellen im Pflegebereich zu schaffen. Zusätzlich sollen Gelder für technische Ausrüstung, betriebliche Gesundheitsförderung und Kinderbetreuung für Pflegepersonal bereitgestellt werden. Diese Ausgangspunkte habe man zum Anlass genommen, der Frage nach dem Pflegenotstand nachzukommen und sich folgende Fragen gestellt: „Welcher Fachkräftebedarf existiert schon heute und wie sieht es in Zukunft aus? Und woher sollen die zusätzlichen Kräfte kommen?“, so Hüther. „Um diese Fragen zu beantworten, hat das IW die aktuellen Pläne des Gesundheitsministers analysiert.“

Die Zahlen zeigen laut Hüther, dass knapp eine halbe Million Beschäftigte gegenwärtig als Altenpfleger (244.000) oder Altenpflegehelfer (228.700) arbeiten – und der Bedarf ist weiter groß. Im Jahr 2017 waren pro Monat durchschnittlich 14.220 offene Stellen für Altenpfleger und zusätzliche 8.000 Stellen für Altenpflegehelfer gemeldet. Ihnen gegenüber stünde eine vergleichsweise geringe Zahl an passend qualifizierten Arbeitslosen, die nicht annähernd zur Besetzung der offenen Stellen ausreicht: „Derzeit

kommen auf je 100 gemeldete Stellen für Altenpfleger gerade einmal 22 arbeitslose Fachkräfte – und das vor dem Hintergrund, dass erfahrungsgemäß nur etwa jede zweite offene Stelle auch bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet wird.“

Doch es gebe durchaus auch positive Entwicklungen in dem Bereich zu beobachten: „Das zeigt zum einen die Entwicklung der Beschäftigtenzahl, die sich zwischen 2013 und 2016 deutlich erhöht hat: Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflege-Fachkräfte stieg um 14,5 Prozent, die der Helfer sogar um 15,7 Prozent.“ Zum anderen sei auch die Anzahl der Anfänger in der Altenpflegeausbildung in den vergangenen zehn Jahren um zwei Drittel gestiegen.

Bund und Länder in der Pflicht

Trotz dieser positiven Beschäftigungsentwicklungen werde aber auch deutlich, dass der wachsende Bedarf in der Altenpflege nicht kompensiert werden könnte. Dafür wären mehrere Faktoren verantwortlich. Hüther führte aus: „Zum einen ist ein Teil des bisherigen Beschäftigungsanstiegs darauf zurückzuführen, dass es immer mehr Teilzeitbeschäftigte gibt – damit erhöht sich zwar die Zahl der Pfleger, die Zahl der Pflegestunden steigt aber deutlich langsamer als es bei Vollzeitstellen der Fall wäre.“ Zum anderen stieg auch die Nachfrage in diesem Bereich enorm – die Zahl der Pflegebedürftigen nehme seit



Prof. Dr. Michael Hüther; Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft

Jahren zu – allein zwischen 1999 und 2015 von rund zwei Millionen auf über drei Millionen Menschen. Das bedeute, so Hüther, „dass trotz steigender Beschäftigungs- und Ausbildungszahlen die Nachfrage nach professioneller Pflege dem Angebot momentan davonläuft.“

Das IW sei daraufhin auch der Frage nach dem zukünftigen Trend beim Fachkräftemangel auf Basis zweier Szenarien nachgegangen. Im Basisszenario würden, ausgehend von insgesamt rund 344.000 Fachkräften (2015), bereits 2025 knapp 420.000 Personen benötigt – also gut 76.000 Personen mehr. Bis 2035 steigt dieser Bedarf weiter auf knapp 494.000. Er liegt dann um fast 150.000 Personen höher als heute. „In dem zweiten Szenario, in dem sich der Gesundheitszustand positiv mit der Lebenserwartung entwickelt, werden bis 2035 immer noch 130.000

zusätzliche Fachkräfte benötigt.“

Um die Pflege dieser Menschen auch in Zukunft gewährleisten zu können, müsse die Zahl der Pflegefachkräfte deutschlandweit stark ansteigen – bis 2035 auf rund eine halbe Million, erläuterte IW-Wissenschaftlerin Dr. Susanna Kochskämper. Um einen Kollaps zu verhindern, müssten Bund und Länder die Rahmenbedingungen für eine ausreichende Versorgung schaffen und den Pflegeberuf attraktiver machen. „Dabei geht es nicht nur darum, das Gehalt anzuheben“, betonte Kochskämper. Anzusetzen sei auch bei der Weiterbildung von Pflegehelfern, ebenso biete die Digitalisierung die Möglichkeit, Abläufe zu optimieren und Pfleger zu entlasten. „Solche Maßnahmen können aber langfristig nur fruchten, wenn gleichzeitig konsequent Bürokratie abgebaut wird“, so Kochskämpers Fazit. <<

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wird mit dem Otto Heinemann Preis prämiert

Ein gesamtgesellschaftliches Ziel

Rund 73% der Pflegebedürftigen werden nach Angaben des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) zu Hause gepflegt. In dieser Zahl manifestiert sich die Notwendigkeit für Unternehmen, flexible Arbeitszeitmodelle zu etablieren – nicht zuletzt auch unter dem Gesichtspunkt der Fachkräftesicherung, die sich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zunehmend als Herausforderung darstellt. Der Otto Heinemann Preis zeichnet Unternehmen unterschiedlicher Größe aus, die ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch innovative und pragmatische Lösungen eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ermöglichen. Pflegebewusste Personalpolitik wird am 8. November von spectrumK in Kooperation mit dem BKK Dachverband e.V. und dem IKK e.V. auf der Berliner Pflegekonferenz 2018 mit dem Otto Heinemann Preis ausgezeichnet.

>> „Der Eintritt der Pflegebedürftigkeit von Angehörigen geschieht meistens überraschend und stellt viele Beschäftigte vor die ganz persönliche Herausforderung, neben der Berufstätigkeit auch den neuen verantwortungsvollen Aufgaben im familiären Bereich gerecht zu werden“, sagt Christian Hirte, Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Wirtschaft und Energie und Beauftragter der Bundesregierung für Mittelstand und für die neuen Bundesländer.

Der Leiter des Ministeriums, Bundeswirtschaftsminister Peter Altmaier, übernimmt in diesem Jahr die Schirmherrschaft für den Otto Heinemann Preis, welcher von Hirte als „wichtiges Signal“ der Würdigung von Unternehmen ge-

wertet wird, „die hier mit innovativen und pragmatischen Konzepten vorangehen“. Yves Rawiel, Geschäftsführer von spectrumK und Initiator der Berliner Pflegekonferenz, nimmt die wachsende Präsenz der Pflege in der Gesellschaft und somit auch in der Arbeitswelt wahr: „Viele Arbeitgeber haben erkannt, dass sie ihre Angestellten bei der Doppelbelastung von Beruf und Pflege unterstützen müssen. Denn damit festigen sie nachhaltig das Verhältnis zu ihren Mitarbeitern. Die Pflege nimmt in einer Gesellschaft mit immer mehr älteren Menschen eine zentrale Rolle in allen Lebensbereichen ein.“ Diese vielseitigen Lebensbereiche repräsentieren auch die nominierten Unternehmen. Bei den Organisati-

onen mit bis zu 1.000 Mitarbeitern wurden

- das Oberlandesgericht Köln
- der Kreis Rendsburg-Eckernförde
- die Alexander-Stift GmbH ausgesucht.

In der Kategorie mit bis zu 5.000 Mitarbeitern haben es

- die IKK Südwest
- die St. Elisabeth-Stiftung sowie
- der LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein a.G. in die Endrunde geschafft.

Aus den Bewerbern ab 5.001 Mitarbeitern konnten

- die Henkel AG & Co. KGaA, Standort Düsseldorf
- die Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und
- die Fraport AG



die Experten-Jury für sich entscheiden. Dabei überzeugten die Unternehmen mit Maßnahmen wie der Einrichtung von Arbeitszeitbudgets im Sinne von Zeitkonten, die aufgebaut und im Bedarfsfall abgerufen werden können, der Ausbildung in Teilzeit oder der Einordnung der Auszeit für Pflege als Weiterbildung. „Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist ein bestimmendes Thema unserer heutigen Arbeitswelt. Es existieren mittlerweile sehr viele kluge Lösungen“, zeigt sich Yves Rawiel vom Engagement der Bewerber überzeugt.

Auch Fachkräftesicherung ist ein zentraler Aspekt guter Arbeitsbedingungen, wie Christian Hirte weiß: „In Deutschland herrscht in einigen Regionen und Branchen ein hoher Bedarf an Fachkräften. Das Erwerbspotenzial nimmt zunehmend ab, gerade für kleine und mittelständische Unternehmen ist es schon heute nicht leicht, offene Stellen mit geeigneten Fachkräften zu besetzen. Fachkräftesicherung ist daher ein wichtiges Anliegen der gesamten Bundesregierung, gerade im Hinblick auf die künftige Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft.“ Die Nominierten haben, so kann man annehmen, bei den beruflichen Rahmenbedingungen wohl schon einmal entscheidende Vorteile. <<



Christian Hirte, Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Wirtschaft und Energie und Beauftragter der Bundesregierung für Mittelstand und für die neuen Bundesländer.

<< Die Berliner Pflegekonferenz ist seit nunmehr fünf Jahren ein wichtiger Treffpunkt für den Austausch zwischen Akteuren in der Pflege aus Politik, Praxis, Wirtschaft und Wissenschaft. Die Verleihung des Otto Heinemann Preises zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist zudem bereits seit 2015 ein wichtiges Signal der Würdigung von Unternehmen, die hier mit innovativen und pragmatischen Konzepten vorangehen. Bundeswirtschaftsminister Altmaier hat deshalb sehr gerne die erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Berliner Pflegekonferenz und dem Otto Heinemann Preis dieses Jahr fortgesetzt und die Schirmherrschaft für den Otto Heinemann Preis 2018 übernommen. >>

Der Marie Simon Pflegepreis zeichnet Innovationen in der Pflege aus

„Gute Ideen brauchen eine Bühne“

Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, zeigt sich begeistert von den „sehr kreativen und pfiffigen Projekten“, die der interdisziplinär besetzten Jury bei der Vorauswahl zum Marie Simon Pflegepreis 2018 vorgestellt wurden. Diese brauche es, um der wachsenden Zahl von pflegebedürftigen Menschen ein Leben in Würde zu garantieren, ist sich auch spectrumK, die in Kooperation mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund den Preis vergibt, sicher. Innovative Lösungsansätze für eine bessere und nachhaltige Pflege sind der Schlüssel, um den Preis am 8. November mit nach Hause zu nehmen. Dabei spielt die Größe der Gruppierung keine Rolle. Kreativität zählt.

>> „Solch eine Preisverleihung ist häufig ein Türöffner bei Kostenträgern und Investoren sowie der Politik“, sagt Staatssekretär Andreas Westerfellhaus über den Marie Simon Pflegepreis, der in diesem Jahr zum fünften Mal auf der Berliner Pflegekonferenz verliehen wird. Und die Praxis gibt ihm Recht. Für die Preisträger des letzten Jahres war der Marie Simon Pflegepreis der Erste eines ganzen Reigens, den das Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein für sein Projekt „Bauernhöfe für Menschen mit Demenz“ entgegennehmen durfte, wie Anneke Wilken vom Kompetenzzentrum berichtet. „Alle Preise brachten sehr viel mediales Interesse und damit auch gute Presse für die Höfe. Waren es zum Zeitpunkt des Marie Simon Preises noch vier Höfe mit einem anerkannten niedrigschwelligem Angebot, so sind es inzwischen zwölf Höfe. Weiterhin ist viel Vernetzungsarbeit notwendig, damit Angehörige erreicht werden und das Entlastungsangebot nutzen“, so Wilken.

Die Preisgelder ermöglichten es dem Kompetenzzentrum über die vorhandenen Fördergelder hinaus, Schulungen vor Ort zu geben und bei der Vernetzung zu unterstützen. Damit könne man dazu beitragen, das Thema Demenz zu ent-

.....
 << *Entscheidend für die Prämierung ist, ob der Ansatz neu und gut durchdacht ist und ob man ihn in die Fläche bringen kann. Mit dem Marie Simon Pflegepreis können wir auf der Berliner Pflegekonferenz Projekte bekannt machen, mit denen Teilhabe und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen gestärkt, pflegende Angehörige unterstützt und Pflegekräfte entlastet werden. Solch eine Preisverleihung ist häufig ein Türöffner bei Kostenträgern und Investoren sowie der Politik.* >>



Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung.

tabuisieren, erklärt Wilken.

Eine aussichtsreiche Perspektive für die Nominierten des diesjährigen Marie Simon Pflegepreises, die folgende sind:

- „Auszubildende übernehmen Verantwortung. Neue Wege gehen – Fachkräftesicherung in der Pflege Nachhaltigkeit“, Projektträger: Altenwohn- und Pflegeheim Haus Dänischer Wohld GmbH & Co. KG
- „Demenz Partner“, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
- „Die Türöffner – begegnen – begleiten – besuchen. Neue Wege zu einem Miteinander“, CKD – Das Netzwerk von Ehrenamtlichen, Fachverband des DICV Osnabrück

- „Lebensort Vielfalt“, Psychosoziales Zentrum für Schwule e.V.

- „Pflegetaxi-Netzwerk Baden-Württemberg“, Heidelberger Dienste gGmbH.

„Wir dürfen die Menschen, die sich mit aller Kraft und herausragenden Ideen für eine bessere Versorgung pflegebedürftiger stark machen, nicht allein lassen. Sie verdienen unsere Unterstützung und unsere Wertschätzung. Mit der Verleihung des Marie Simon Pflegepreises wollen wir ihre Stimme stärken und ihnen mehr Gehör verschaffen“, erläutern Dr. Gerd Landsberg, Hauptgeschäftsführer des DStGB, und Yves Rawiel die Absichten der Verleihung des Pflegepreises.

Dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, bis im Jahr

2017 Präsident des Deutschen Pflegetages und des DBFK, fiel sodann die Entscheidung nicht schwer: „Ich habe die Schirmherrschaft für den diesjährigen Marie Simon Pflegepreis sehr gern übernommen, denn gute Ideen brauchen eine Bühne. Wir brauchen innovative Ansätze und Konzepte, um auch künftig die immer größer werdende Zahl pflegebedürftiger Menschen versorgen zu können“, so Westerfellhaus. Der Preis kann also Rückenwind für die Pflege sein – ein Medium, mit dem Westerfellhaus vertraut ist, gab er doch auf dem Pflegetag 2017 die Losung aus: „Pflege braucht Rückenwind.“ Jedes innovative Projekt für eine bessere und nachhaltige Pflege kann seinen Teil dazu beitragen. <<



Interview mit Sandra Mehmecke, 1. Präsidentin der Pflegekammer Niedersachsen

Brücken bauen

„Ich bin angetreten, um etwas für die Pflege in Deutschland zu verändern“, sagt Sandra Mehmecke, Präsidentin der Pflegekammer Niedersachsen und seit dem 8. August im Amt. Die Gesundheits- und Krankenpflegerin steht somit an der Spitze der bundesweit 3. Pflegekammer und will sich für einen Dreiklang von Gewerkschaft, Berufsverband und Pflegekammer einsetzen, denn nur in dieser Form könnten Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung und in den Arbeitsbedingungen erreicht werden, ist Mehmecke sich sicher. Über den steinigen Weg hin zur konstituierenden Sitzung und die nun anstehenden Aufgaben sprach „Monitor Pflege“ mit der Kammerpräsidentin.

>> Frau Mehmecke, herzlichen Glückwunsch zur Wahl als Präsidentin der Pflegekammer Niedersachsen. Was hat Sie dazu bewogen, sich für das Amt zur Verfügung zu stellen?

Vielen Dank! 15 Jahre Berufserfahrung in der direkten Patientenversorgung haben mich darin bestätigt, dass ich einen wunderbaren Beruf habe. Meine Kolleginnen und Kollegen machen 365 Tage im Jahr, 24 Stunden am Tag einen hervorragenden Job. Zeitdruck, Arbeitsverdichtung, schwer planbare Arbeitszeiten und unklare Zuständigkeiten machen es nur immer schwieriger, eine Balance zu finden. Was mich und viele Pflegekräfte besonders umtreibt ist, dass wir unter den gegebenen Rahmenbedingungen jeden Tag Entscheidungen darüber treffen müssen, welche Patientinnen und Patienten welche Maßnahmen erhalten können. Das Rationieren der Pflege ist eine tägliche Pflegeaufgabe geworden, der sich jede Pflegekraft individuell stellen muss. Und das darf nicht sein! Das belastet uns Pflegekräfte auf allen Versorgungsebenen und in allen Formen der beruflichen Pflege.

Welche Konsequenzen hat das für die Pflegebedürftigen?

Für Pflegebedürftige stellt diese Situation ein Risiko dar. Ich konnte lange nicht verstehen, warum sich hieran jahrelang nichts ändert – die Befunde sind ja bekannt! Es haben viele Experten über die Pflege gesprochen – aber oft ohne Pflegexpertise. Es fehlte eine Instanz, die ohne Interessenkonflikte wieder die Qualität pflegerischer Leistungen in den Blick nimmt; die gegenüber Öffentlichkeit und Politik für die Belange der betroffenen Menschen eintritt – sowohl für die Pflegeempfängerinnen und -empfänger als auch für die Pflegenden. Pflegekräfte tragen eine hohe Verantwortung für die Versorgung der kranken und pflegebedürftigen Menschen in unserer Gesellschaft. Dafür müssen sie aber mit dem Wissen, den nötigen Ressourcen, dem Ansehen und der Autorität ausgestattet sein, um dieser Aufgabe auch gerecht werden zu können.

Und welcher Instrumente bedarf es, um dies zu erreichen?

Ich bin überzeugt: Dem Fachkräftemangel in der Pflege kann nur adäquat begegnet werden, wenn die Pflege in Deutschland endlich als eigenständige Profession anerkannt wird. Solange es für die berufliche Pflege heißt: „Verantwortung JA, Eigenständigkeit NEIN“, ist die Pflege in Deutschland auf dem falschen Weg. Solange werden sich viele junge Menschen für einen anderen Beruf entscheiden. Das muss sich ändern! Ich bin angetreten, um etwas für die Pflege in Deutschland zu verändern. Wir alle wollen eine hochwertige pflegerische Versor-

gung der Bevölkerung. Dafür möchte ich mit der gesamten Kammerversammlung Verantwortung übernehmen. Als langjähriges aktives Mitglied in Gewerkschaft und Berufsverband möchte ich Brücken bauen. Ich freue mich unglaublich darüber, zukünftig gemeinsam mit Gewerkschaften und Berufsverbänden wichtige Weichen in die richtige Richtung zu stellen.



Sandra Mehmecke, Präsidentin der Pflegekammer Niedersachsen

Der Weg hin zur ersten Kammerversammlung am 8. August 2018 war steinig. An welcher Stelle spürten Sie den größten Gegenwind?

Der Weg war nicht nur steinig. Der Weg hat uns Ausdauer gelehrt, unseren Zielen treu zu bleiben. Viele beruflich Pflegenden konnten und können sich nicht vorstellen, dass eine Pflegekammer irgendwelche Vorteile für sie bringt. Es ist tatsächlich eine Herausforderung anzuerkennen oder auch nur daran zu glauben, den Beruf und die Bedingungen der Berufsausübung mitgestalten zu können. Denn bei der Gestaltung des Pflegeberufs durften die Pflegenden bisher selten selbst mitreden. Leider haben Kritiker und Gegner der beruflichen Selbstverwaltung immer wieder bewusst Unwahrheiten gestreut.

Was meinen Sie da konkret?

Nehmen wir das Beispiel Fortbildungspflicht. Es kursieren noch immer Gerüchte, dass die Pflegekammer unnütze Fortbildungen fordert, die dazu auch noch von unseren Mitgliedern selbst bezahlt werden müssen. Und das natürlich auch noch in deren Freizeit. Fakt ist, die Kostenübernahme bleibt, wie sie ist. Sicher ist es langfristig wichtig und vor allem auch sinnvoll zu schauen, wer sich wann und vor allem wie fortbildet. In diesem Sinne wird die Pflegekammer die bereits bestehenden Fortbildungspflichten der Pflegefachberufe evaluieren und langfristig auch die Fortbildungen entsprechend beeinflussen. Ab 2019 geht es aber zunächst ausschließlich um weiterqualifizierende Weiter-

bildungen, z. B. als Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege. Diese werden, wie gehabt, auch weiterhin freiwillig angeboten und meist von den Arbeitgebern finanziert.

Die Pflegekammer Rheinland-Pfalz ist Vorreiterin als Institution dieser Art. Wie wertvoll ist die Pionierarbeit von Herrn Dr. Mai und seinen Kollegen für Nachahmer und an welcher Stelle war der Erfahrungsaustausch für Sie besonders wichtig?

Die Pflegekammer Rheinland-Pfalz war in der Tat Vorreiterin für eine Entwicklung, die die pflegepolitischen Dimensionen in Deutschland nachhaltig verändert hat. Wir können heute erleben, dass der Funke Pflegekammer von einem Bundesland zum anderen überspringt. Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz zeigt, dass eine Idee immer erst eine gewisse Zeit benötigt, um in den Köpfen der Menschen anzukommen, dass kontrovers geführte Diskussionen nötig sind und Veränderungen nicht über Nacht möglich sind. Wir erleben zudem, dass neue Entwicklungen immer zuerst kritisch gesehen werden, was per se durchaus zu begrüßen ist. Die Pflege hat auf jeden Fall durch die Gründung der ersten drei Pflegekammern in Deutschland schon heute eine deutlich bessere Wahrnehmung erfahren.

Niedersachsen ist jedoch nicht Rheinland-Pfalz ist nicht Schleswig-Holstein. Was unterscheidet Niedersachsen und seine Pflegelandschaft strukturell von den genannten anderen beiden Ländern.

Wir müssen im Flächenland Niedersachsen unbedingt Lösungen für die Versorgung der Bevölkerung auf dem Land entwickeln. Das geht nur gemeinsam mit den anderen Heilberufen. Wir müssen Lösungen finden, welche Aufgaben künftig von qualifizierten Pflegefachpersonen übernommen werden können. Leider bewegt sich das Einkommensniveau der Pflegefachpersonen in Niedersachsen im Vergleich der anderen westdeutschen Bundesländer am unteren Ende. Pflege muss unbedingt anständig bezahlt werden. Das ist ein Fakt. Darüber müssen wir gar nicht diskutieren. Die Modalitäten und Zuständigkeiten liegen hier ganz klar bei den Tarifpartnern und nicht zuletzt bei den Vertragspartnern im Bereich der Sozialversicherung und den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Welche Aufgaben stehen für Sie jetzt ganz oben auf der Agenda?

Die Kammerversammlung wird noch einige Zeit brauchen, um ins Arbeiten zu kommen. Das ist ein ganz natürlicher Prozess, der auch in vielen anderen Umfeldern zu erleben ist. Dennoch werden wir noch in diesem Jahr damit beginnen, die Diskussion um eine Berufsordnung auf eine breite Basis zu stellen. Viel gibt es hinsichtlich der Übernahme der Weiterbildung ab 2019 zu tun. Schon ab nächsten Januar überträgt das Land Niedersachsen die zukünftige Regelung der qualifizierenden Weiterbildung an die Pflegekammer.

Wir werden zudem in den nächsten Monaten verlässliche Daten zur Situation der beruflich Pflegenden in Niedersachsen liefern können. Und das bis auf die regionale Ebene. Wir können dann beispielsweise sagen, wie viele der registrierten Mitglieder in der Region X in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen werden. Solche Angaben sind für die Versorgungssicherheit im Land von unersetzlicher Bedeutung. Bisher beruhen alle Angaben nur auf Schätzungen. Womöglich werden wir hier noch so manche Überraschung erleben. Und natürlich

werden wir zu aktuellen pflegepolitischen Entscheidungen und Entwicklungen aktiv Stellung beziehen.

Ihre Prognose: Nordrhein-Westfalen steht in den Startlöchern für eine Befragung der Pflegefachkräfte. Ist NRW das nächste Bundesland mit Landespflegekammer und wird die Sogwirkung der konstituierten Kammern weitere Bundesländer erfassen?

Die Sogwirkung hat doch schon längst eingesetzt. Auch in Hessen, Brandenburg und Baden-Württemberg laufen Befragungen bzw. sind gelaufen. Die Pflegenden im Südwesten haben sich zu 68 Prozent für eine Pflegekammer ausgesprochen. NRW geht mit der Befragung den Weg, den Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen zuvor auch gegangen ist. Wir wissen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Informationsgrad und der Zustimmung zur Pflegekammer gibt. Das haben bisher alle Befragungen ergeben. In diesem Sinne sind die Kolleginnen und Kollegen in NRW durch die Entwicklungen in den drei Bundesländern aufs Beste vorbereitet. Die politische Unterstützung durch den nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann ist groß. Er legt mit der Befragung, wie er selbst sagte, den Ball auf den Elfmeterpunkt. Das Tor müssen die Pflegekräfte jetzt selbst schießen.

Welchen Tipp geben Sie Pflegekammer-Gründungswilligen auf den Weg?

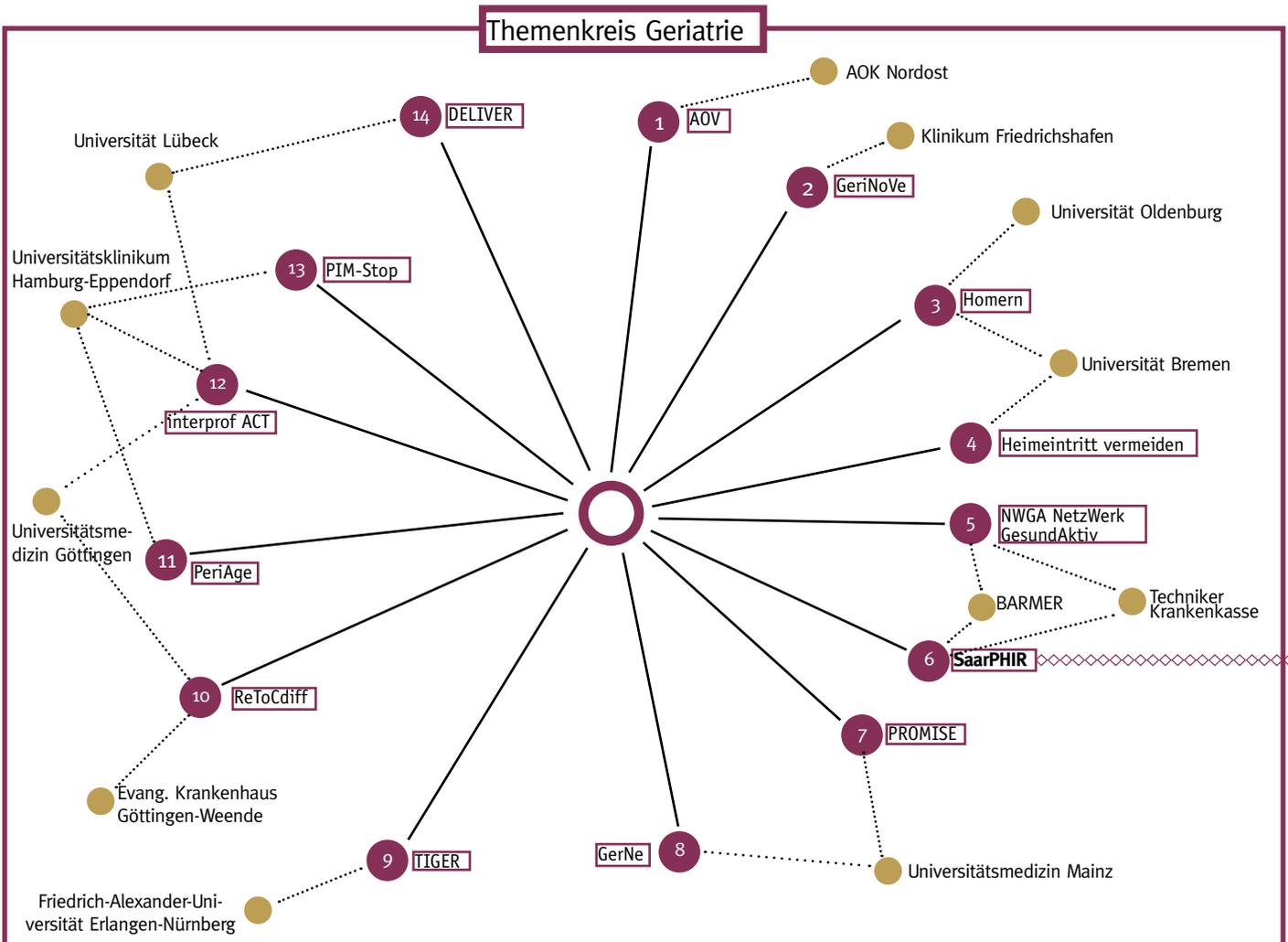
Kommen Sie mit den bestehenden Pflegekammern ins Gespräch. Niemand ist perfekt. Lernen Sie aus Fehlern. Setzen Sie sich mit den Anliegen, Sorgen und der konstruktiven Kritik der Kolleginnen und Kollegen auseinander. Nur dadurch können Sie gemeinsam Antworten und Lösungen suchen und finden. Gehen Sie raus in die Einrichtungen, suchen Sie das Gespräch und nehmen Sie Kritik nicht zu persönlich. Vor allem verlieren Sie nicht den Spaß an Ihrem Engagement!

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

Sandra Mehmecke (M.A.)

Von 2000-2003 absolvierte Mehmecke eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege an der Medizinischen Hochschule in Hannover. Abschluss: Gesundheits- und Krankenpflegerin. Von 2009-2011 studierte sie Pflege an der Hochschule Hannover mit dem Schwerpunkt Beratung und schloss dieses mit dem Bachelor ab. Von 2011-2015 folgte ein Masterstudium mit Schwerpunkt Management für Gesundheitsberufe, das sie erfolgreich abschloss. Seit 2014 arbeitet Mehmecke auch als Lehrbeauftragte für Pflegestudiengänge und an verschiedenen wissenschaftlichen Projekten mit. Ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen in der Gesundheitssystemforschung mit dem Schwerpunkt auf Arbeitsbedingungen in der Pflege. Seit dem 08.08.2018 ist sie Präsidentin der Pflegekammer Niedersachsen.

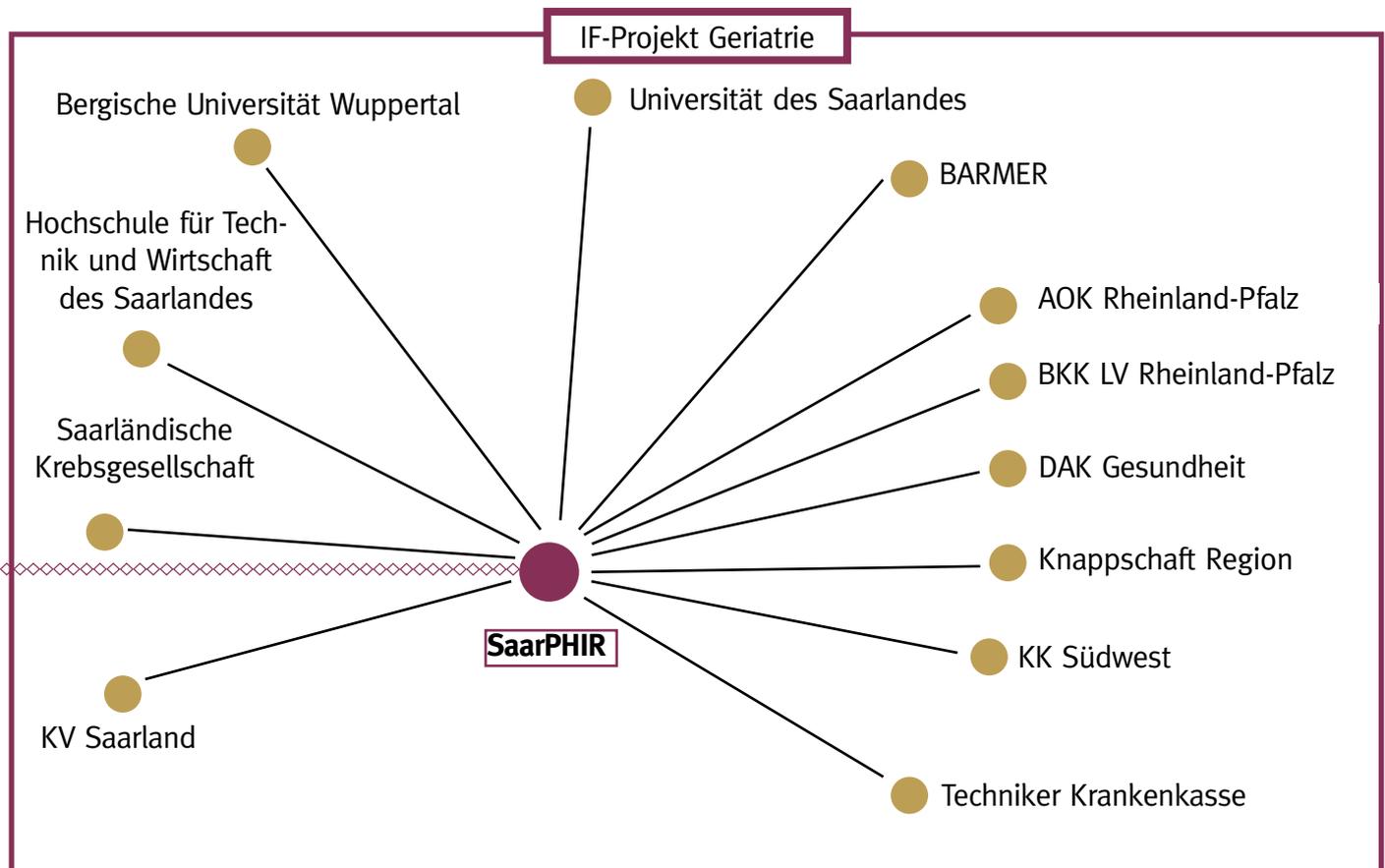
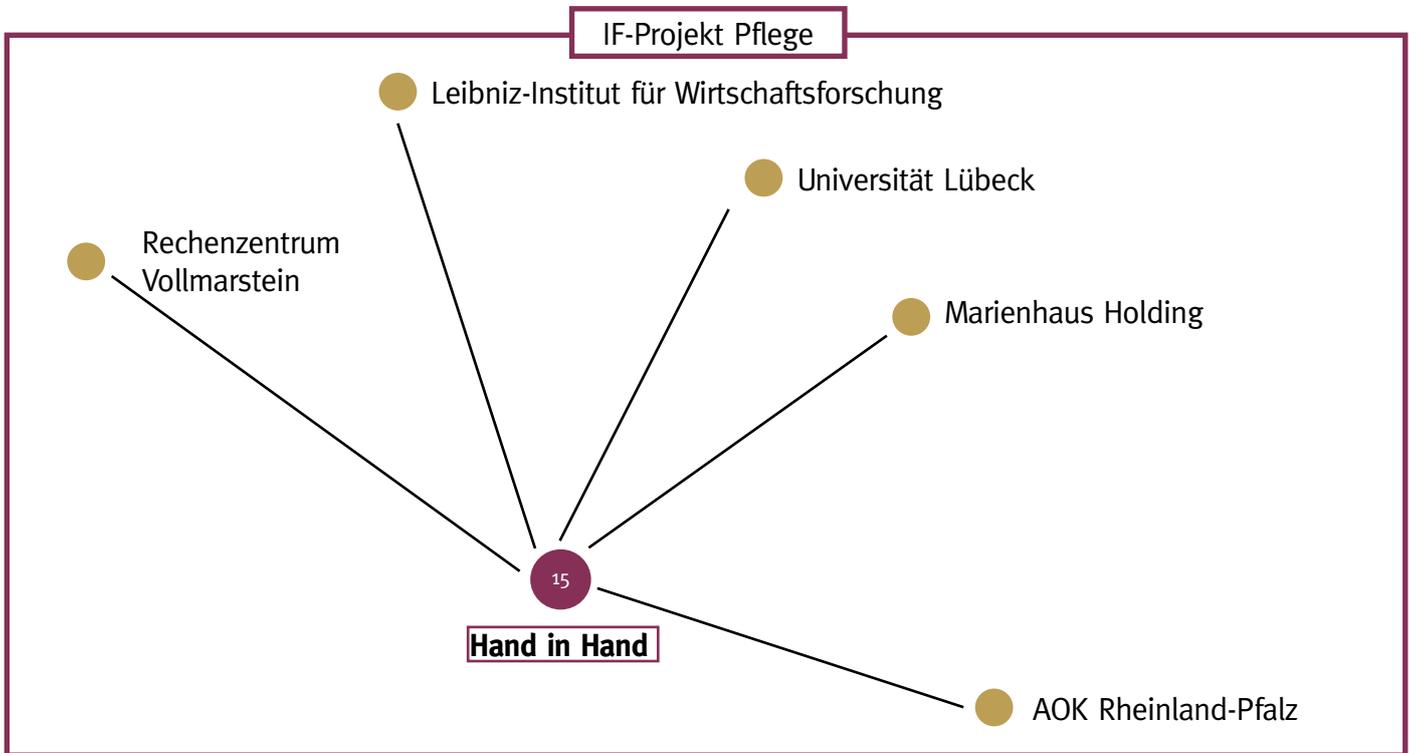
Innovationsfonds-Projekte im Bereich Geriatrie und Pflege (Neue Versorgungsformen/Versorgungsforschung)		
	Akronym	Geriatrie
1	OAV	Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten
2	GeriNoVe	Pflege · Mensch · Zukunft – BBT Gruppe GeriNoVe: Regionales Geriatisches Notfall-Versorgungszentrum
3	Homern	Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern: Häufigkeit, Ursachen und Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der Versorgung
4	Heimeintritt vermeiden	Beginn stationärer Langzeitpflege und seine Prädiktoren in der Versorgungs-, Wohn- und Unterstützungssituation
5	NWGA NetzWerk GesundAktiv	AMBULANT GEMEINSAM STARK NWGA NetzWerk GesundAktiv – Bessere ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit
6	SaarPHIR	Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelmäßig
7	PROMISE	Prozessoptimierung durch interdisziplinäre, sektorenübergreifende Versorgung bei Hüft- und Kniearthrosen
8	GerNe	E-Health-basierte, sektorenübergreifende geriatrische Versorgung/Geriatisches Netzwerk GerNe
9	TIGER	Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg
10	ReToCdiff	Reduktion von Infektionen mit Toxin-bildenden Clostridium difficile in geriatrischen Kliniken
11	PeriAge	Optimierung der perioperativen Versorgung älterer Patienten
12	interprof ACT	Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohnern
13	PIM-Stop	Vergleich der prädiktiven Validität von Instrumenten zur Bestimmung potenziell inadäquater Medikation bei Älteren
14	DELIVER	Determinanten für leitlinieninkongruente Versorgung von älteren Krebspatienten in der GKV
		Pflege
15	Hand in Hand	Hausarzt und Pflegeexperte: ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region



Beziehungsgeflechte im Innovationsfonds (IF)

Die Beziehungsgeflechte, die sich zwischen den Stakeholdern ergeben, die sich um Innovationsfondprojekte (IVP) erfolgreich beworben haben, erkennt man erst durch die Visualisierung im „Innovationsfonds-Monitor“ des Berliner Beratungsunternehmens Ordinary People. Hier am Beispiel der IFP im Bereich Geriatrie (14) und Pflege (1) aufgezeigt.

Quelle: Ordinary People, 2018



Astrid Baumgartner
Prof. Dr. phil. Marcel Konrad

Körperliche Fixierung von Patienten im Delir aus ethischer Perspektive

Zwangmaßnahmen, wie körperliche Fixierung, werden in unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten, wie z. B. in der Psychiatrie (Hartoch & Konrad, 2017), untersucht und unter ethischen Gesichtspunkten diskutiert. Aus somatischer Perspektive stellt die Intensivmedizin und -pflege ein in diesem Kontext zu betrachtendes Fachgebiet dar. Zum einen, weil für Patienten, die im Kontext einer Intensivstation behandelt und versorgt werden, ein Eingriff in die körperliche und psychische Integrität und die persönliche Freiheit einhergeht. Je schwerer dabei das Erkrankungsbild und je ausgeprägter die Asymmetrie in der Wissensverteilung über die Erkrankung, Behandlung und Prognose zwischen Behandler und Patienten ist, desto schwerwiegender wird auch das Ausmaß des Verlustes an Autonomie sein. Zum anderen werden Patienten jedoch durch Zwangsmaßnahmen (z. B. körperliche Fixierung) in ihrer Freiheit beschnitten. Die körperliche Fixierung ist international auf Intensivstationen, also in Intensivmedizin und -pflege, gängige Praxis (Freeman et al., 2016; van der Kooi et al., 2015). Diese Maßnahme wird vornehmlich dann angewendet, wenn die Durchführung (lebens-)notwendiger medizinischer Behandlungen durch psychomotorische Unruhe und/oder aggressives Verhalten gefährdet ist oder auch um einem Sturzrisiko oder einer Fremdgefährdung entgegenzuwirken.

>> Eine wesentliche Ursache für das Entstehen dieser Unruhe wird heute in der Entwicklung von Delirzuständen bei schwer und kritisch Kranken, insbesondere auch bei (langzeit-) beatmeten Patienten gesehen (Freeman et al., 2016). Da Fixierungsmaßnahmen einerseits als unumgänglich und Handlungsalternativen andererseits nicht als realistische Optionen erlebt werden, entsteht an dieser Stelle bei den Verantwortlichen häufig moralisch-ethischer Stress (Elpern et al., 2005). Grundsätzlich ist in Deutschland jedem Menschen seine persönliche Freiheit garantiert. Dies ergibt sich aus Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes. Eine Fixierung als freiheitsentziehende Maßnahme schließt eine körperliche Bewegungsfreiheit nahezu aus (Köpke et al., 2015). Für den Klinikalltag bedeutet dies, dass Ärzte und nach ärztlicher Delegation Pflegenden unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen eine körperliche Fixierung anwenden dürfen, um einen Patienten vor selbstgefährdendem Verhalten zu schützen oder sich selbst oder Dritte vor Übergriffen zu bewahren. Eine freiheitsentziehende Maßnahme, ob längerfristig oder wiederholt eingesetzt,

Zusammenfassung

Hintergrund: Die körperliche Fixierung als Zwangsmaßnahme findet in der Intensivmedizin und -pflege bei Patienten mit Delir Anwendung, um einen, durch die Symptomatik bedingten, potenziell möglichen Schaden abzuwenden. Die körperliche Fixierung stellt hierbei die Mitglieder von Behandlungsteams vor ethisch-moralische Fragestellungen und kann ethische Dilemmata auslösen.

Methode: Anhand einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und EBSCO sowie weiterführender Recherchen in nationalen Publikationen, wie z. B. Leitlinien, wurden Maßnahmen der körperlichen Fixierung von Intensiv- bzw. Delirpatienten unter Einbezug ethischer Betrachtung analysiert.

Ergebnisse: Bei Aufenthalt auf einer Intensivstation besteht ein erhöhtes Risiko für eine Fixierung, insbesondere bei deliranten und komatösen Zuständen des Patienten. Die Häufigkeit der Fixierungsmaßnahmen scheint stark vom jeweiligen Gesundheitssystem wie auch von der einzelnen Klinik abhängig zu sein. Hierzu wurden Prävalenzraten von 0 – 90% identifiziert. Häufigster Grund für eine Fixierung im intensivmedizinischen Setting ist die Atemwegsgefährdung durch unerwünschte Diskonnektion oder Entfernen von Beatmungssystemen oder (Endo-) Trachealtuben durch den Patienten. Der Weg zur ethischen Entscheidungsfindung wird nicht als einheitlicher, valider und standardisierter Prozess beschrieben, sondern überwiegend als Entscheidung von Einzelpersonen, meist Pflegekräften, basierend auf Intuition und Heuristiken, da für ein analytisches Vorgehen häufig keine Zeit ist. Dies kann ein wesentlicher Grund für moralisch-ethischen Distress sein.

Fazit: In der Betreuung von Intensivpatienten mit Delir, können Fixierungsmaßnahmen erforderlich werden, um Schaden vom Patienten abzuwenden. Hierbei müssen alle gesetzlichen und medizinethischen Grundsätze berücksichtigt werden. In der Literatur wird, was den Weg der Entscheidungsfindung betrifft, eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis sichtbar. Da nicht eindeutig gesichert ist, inwieweit Fixierungsmaßnahmen tatsächlich verhindern, dass Patienten sich extubieren oder andere Zu- und Ableitungssysteme entfernen, muss hier der tatsächliche Nutzen weiter erforscht werden. Ferner gilt es die Fachkräftesituation und deren Auswirkung auf ethisch begründete Entscheidungsfindungen zu analysieren.

Schlüsselwörter

Körperliche Fixierung, Delir, Intensivstation, Ethik

sollte umgehend, muss jedoch spätestens nach 24 Stunden an das Betreuungsgericht gemeldet werden (König & Schibrowski, 2013). Mit einer Inzidenzrate von 30% bis 80% ist das Delir eine der am häufigsten akut auftretenden hirnrorganischen Störungen in der Intensivmedizin. Patienten, die ein Delir erleiden, werden dreimal häufiger reintubiert, haben eine verlängerte Behandlungsdauer auf der Intensivstation und entwickeln häufiger nosokomiale Infektionen wie zum Beispiel Pneumonien (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, 2015).

Beim Delir sind drei verschiedene Subtypen zu unterscheiden: hypoaktives Delir, hyperaktives Delir und Mischformen. Je nach Literatur werden das hypoaktive Delir oder die Mischformen als die häufigste, die hyperaktive Form einheitlich als seltenste (< 2 %) Form angegeben. Das hypoaktive Delir – die Form mit dem schlechtesten Outcome – wird aufgrund von Symptomen wie Lethargie, Apathie und Bewegungsarmut häufig nicht erkannt, da die Patienten im Klinikalltag eher als angenehm empfunden werden. Das hyperaktive Delir zeigt sich durch Unruhe, Angst, Schreckhaftigkeit, Nesteln, Agitation und halluzinatorische Äußerungen sowie Konzentrationsstörungen (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, 2015). Patienten mit hyperaktivem Delir fallen durch einen

deutlich erhöhten Pflegeaufwand und Selbst- oder Fremdgefährdung auf. Viele Patienten entwickeln eine Mischform aus hyper- und hypoaktivem Delir. Typisch hierfür ist die Symptomfluktuation mit durchaus luziden Intervallen, wobei es besonders nachts zu hyperaktiver Symptomatik kommen kann (Stuch & Scheunemann, 2016).

Wie Li und Fawcett in ihrem Review berichten (2014), sind Pflegenden die häufigsten Entscheidungsträger, wenn es um den Einsatz einer körperlichen Fixierung auf Intensivstationen geht. Von den vielen Möglichkeiten einer Fixierung sind nach Fogel und Steinert (2012) im intensivmedizinischen Setting zur Fixierung von Delirpatienten, neben der medikamentösen Fixierung, folgende von Bedeutung:

Formen mechanischer Fixierung	
Festhalten	Hand- und Fußfixierungen
Bettgitter	Bauch-, Schulter- und Brustgurte
Klemmtische	Fingerkontrollhandschuhe

Tab. 1: Formen mechanischer Fixierung, Quelle: Fogel & Steinert, 2012.

Ist die Bewegung eines Patienten krankheitsbedingt eingeschränkt und/oder können Bewegungen nur als reflexhaft oder unwillkürlich gewertet werden, so handelt es sich bei Maßnahmen, die ausschließlich seiner Sicherheit dienen, z.B. leichte Handfixierungen in der Aufwachphase, zunächst nicht um eine freiheitsentziehende Maßnahme im juristischen Sinne (Raßdörfer, 2016). Neben multidisziplinären Therapiekonzepten findet immer mehr die Bedeutung der Umgebungsfaktoren Beachtung. Stress durch Schmerzen, Angst, laute Geräusche und deprivierte basale Bedürfnisse wie Hunger und Durst verunsichern und verhindern eine Reorientierung und Reorganisation des Patienten. Somit können diese Faktoren sowohl die Entstehung eines Delirs fördern, als auch den Therapieerfolg und die Dauer negativ beeinflussen (von Haken, 2014).

Methode

Es erfolgte eine systematische Literaturrecherche über den Zeitraum vom 15.10.2017 bis 28.01.2018 in deutscher und englischer Sprache. Eingeschlossen wurden Studien aus Deutschland, den Niederlanden und Taiwan, Fachartikel, Fachbücher, Leitlinien und Gesetzestexte in deutscher Sprache zu den Themen Fixierung auf Intensivstation, Delir und ethische Aspekte. Für die allgemeinen Hintergrundinformationen zum Thema Fixierungsmaßnahmen auf Intensivstationen erfolgte eine Recherche bei Google scholar, eine differenzierte Suche dann weiter auf den Datenbanken Pubmed und EBSCO mit den Schlagworten „Fixierungsmaßnahmen“, „Intensivstation“, „physical restraints“, „intensive care units“, „icu“ und „ethics“. Nach Sichtung der Themen und näherer Eingrenzung durch Lesen ausgewählter Abstracts wurden vier Studien einbezogen. Jeweils eine prospektive Querschnitt-Studie aus den Niederlanden und Deutschland lieferten Daten zur Prävalenz von Fixierungsmaßnahmen auf Intensivstationen; eine Fall-Kontroll-Studie aus Taiwan und ein Review aus China und England befassen sich mit der Frage des Einflusses von körperlicher Fixierung auf ungeplante Extubationen. Zum Thema Delir wurde auf die S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), ein Fachbuch zur Intensivmedizin und auf zwei Artikel einer pflegerischen Fachzeitschrift zugegriffen. Für einen Überblick über die rechtlichen und fachlichen Aspekte zur Fixierung wurden eine Leitlinie aus der Altenpflege, ein Fachartikel aus dem Bereich Psychiatrie und diverse Gesetzestexte vergleichend zusammengefasst. Danach erfolgte eine ethische Betrachtung des vermeintlichen oder tatsächlichen Nutzens sowie die Diskussion der Problematik einer Fixierung von Intensiv- bzw. Delirpatienten.

Ergebnisse

Patienten, die eine intensivmedizinische Behandlung benötigen, sind häufiger infolge von Störungen des Bewusstseins, der

Literatur

- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2013). Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press.
- Chang L.Y., Wang K.W. & Chao, Y.F. (2008). Influence of physical restraints on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study *Am J Crit Care*, 17(5), 408-15.
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (2015). S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2015). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-012L_S3_Analgesie_Sedierung_Delirmanagement_Intensivmedizin_2015-08_01.pdf
- Elpern, E.H., Covert, B. & Kleinpell, R. (2005). Moral Distress of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*, 14(6), 523-530.
- Fogel, D. & Steinert, T. (2012). Aggressive und gewalttätige Patienten – Fixierung. *Lege artis*, 2, 28-33.
- Freeman S., Hallett C., McHugh G. (2016). Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nurs Crit Care*, 21(2), 78-87.
- von Haken, R., Groß, M., Plaschke, K., Scholz, M., Engelhardt, R., Brobeil, A., Martin, E. & Weigand, M.A. (2010). Delir auf der Intensivstation. *Anaesthesist*, 59(3), 235-247.
- Hartoch, K. & Konrad, M. (2017). Zwangsmaßnahmen in der allgemeinen Psychiatrie – Subjektive Perspektiven von Ergotherapeuten zur Fixierung von Patienten. *MoPf*, 02-03(3), 30-35.
- König, J. & Schibrowski, M. (2013). FEM – Freiheitseinschränkende Maßnahmen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Köpke, S., Meyer, G., Abraham, J., Möhler, R., Henkel, A. & Kupfer, R. (2015). Leitlinie FEM – Update 2015 - Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege, 2. Auflage, Universität zu Lübeck & Martin Luther-Universität Halle – Wittenberg, 2015
- van der Kooij, A., Peelen, L.M., Rajmakers, R.J., Vroegop, R.L., Bakker, D.F., Tekatli, H., van den Boogaar, M. & Slooter, A. (2015). Use of physical restraints in Dutch intensive Care Units: A prospective multicenter study. *Am J Crit Care*, 24(6), 488-95.
- Krüger, C., Mayer, H., Haastert, B. & Meyer, G. (2012). Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, 50(12), 1599-606.
- Li, X. & Fawcett, T.N. (2014). Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units. *International Journal of Nursing Sciences*, 1, 446-450.
- Raßdörfer, T. (2016). Es geht auch ohne. *intensiv*, 24(02), 69-73.
- Scheunemann, F. & Stuch, D. (2016). Dem Delir ein Schnippchen schlagen. *intensiv*, 24(05), 267-275.

Wahrnehmung oder Orientierung darauf angewiesen, dass für sie Entscheidungen getroffen werden, als andere Patienten, weshalb in besonderer Weise der Fürsorgegedanke in den Vordergrund tritt (Beauchamp & Childress, 2012). Dies stellt gerade im Kontext von körperlichen Fixierungen Behandlungsteams auf Intensivstationen vor ethisch-moralische Herausforderungen. Grundsätzlich geht ein Aufenthalt auf einer Intensivstation mit einem erhöhten Risiko für eine Fixierung einher (Krüger, 2012) insbesondere bei deliranten und komatösen Zuständen des Patienten (van der Kooi et al., 2015). Wie häufig Fixierungsmaßnahmen im Einzelnen jedoch angewendet werden, scheint stark vom jeweiligen Gesundheitssystem wie auch von der einzelnen Klinik abhängig zu sein. Auf niederländischen Intensivstationen werden Fixierungsraten von 0 – 56% beschrieben (van der Kooi et al., 2015) auf deutschen Intensivstationen wurden Prävalenzraten von 0 – 90% ermittelt (Krüger, 2012). Am häufigsten wird mit bis zu 98% die Fixierung der oberen Extremitäten aufgeführt, bei 5% Beinfixierung, zu 1% Bauchgurte (van der Kooi et al., 2015). Auch Bettgitter werden regelmäßig eingesetzt.

Gründe für die Verwendung einer Fixierung im intensivmedizinischen Setting			
Atemwegsgefährdung durch unerwünschte Diskon- nektion oder Entfernen von Beat- mungssystemen oder (Endo-) Tra- chealtuben durch den Patienten	Unvorhersehbarkeit des Verhal- tens von Pati- enten bei poten- ziellem Risiko	Entfernen von oder die Mani- pulation an an- deren Zu- und Ableitungssyste- men, Drainagen, Magensonden, Blasenverweilkathetern, etc.	Vermeidung von Stürzen

Tab. 2: Gründe für die Verwendung einer Fixierung im intensivmedizinischen Setting, Quelle: Freeman et al., 2016; van der Kooi et al., 2015; Li & Fawcett, 2014.

Schutz und Wohlergehen des Patienten sind demnach entscheidende Faktoren für die Anwendung einer körperlichen Fixierungsmaßnahme (Beauchamp & Childress, 2012). Ein nächster Faktor, der den Umgang mit der Entscheidungsfindung zur Fixierung beeinflusst, ist die personelle Unterversorgung in der Pflege (Li & Fawcett, 2014).

Personelle Engpässe und Knappheit können bei dem Personal in einer solch einschneidenden Entscheidung ethisch-moralischen Distress auslösen. Der Weg zur ethischen Entscheidungsfindung wird in der Literatur nicht als einheitlicher, valider und standardisierter Prozess beschrieben, sondern überwiegend als Entscheidung von Einzelpersonen, meist Pflegekräften, basierend auf Intuition und Heuristiken, da für ein analytisches Vorgehen häufig keine Zeit ist. Diese reflexhaften Entscheidungen sind dabei nicht zwingend falsch und im Moment der Gefahrensituationen durchaus ein gerechtfertigtes und effektives Mittel, wegen der Anfälligkeit für Fehler, Gefahr von Missbrauch und auch bezogen auf die Tragweite einer solchen Entscheidung jedoch nur vorübergehend haltbar und ethisch kritisch zu betrachten (Li & Fawcett, 2014). Folglich müssen in der Weiterversorgung spätestens in einem zweiten Schritt sowohl rechtliche

Grundlagen, also auch medizinethische Prinzipien (Beauchamp & Childress, 2012) abgewogen werden, um im Sinne des Patienten die Entscheidung abzusichern oder zu korrigieren. In vielen Kliniken stehen für die Dokumentation Fixierungsprotokolle zur Verfügung, auf denen die Indikation, die Art der Fixierung, Zeitpunkt der Erstfixierung und die fortlaufenden Fixierungszeiten zu dokumentieren sind. In einer Untersuchung aus den Niederlanden wurde dies jedoch nur in 31% der untersuchten Fälle genutzt, es erfolgten teilweise nur Einträge in die Patientenakte oder keine Dokumentation. Auch lagen in nur 46% Einverständniserklärungen durch den Patienten, den gesetzlichen Betreuer oder eine gerichtliche Anordnung vor (van der Kooi et al., 2014).

Es gibt laut Chang und Kollegen (2008) keinen gesicherten Nachweis über den Vorteil einer körperlichen Fixierung in Bezug auf die Vermeidung von Selbstextubationen. Vielmehr versuchen verschiedene Studien valide Daten zu sammeln, die belegen, dass die meisten Selbstextubationen unter Fixierung stattfinden. Dafür liegen jedoch noch nicht genügend interpretierbare Korrelationen vor (Chang et al., 2008).

Diskussion

Durch die Literatur lässt sich belegen, dass in der Betreuung von Intensivpatienten mit akuten hirnorganischen Störungen wie dem Delir Situationen entstehen können, bei denen Fixierungsmaßnahmen erforderlich werden, um Schaden vom Patienten selbst oder von anderen Personen abzuwenden. Unbestritten ist, dass dies nur unter Wahrung der Patientenrechte erfolgen darf, also alle gesetzlichen und medizinethischen Grundsätze berücksichtigt werden müssen. In der Literatur wird, was den Weg der Entscheidungsfindung betrifft, eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis sichtbar. Es wird beschrieben, dass die Entscheidung über eine Fixierung hauptsächlich auf Erfahrungen und Intuition von Pflegekräften beruht. In der Akutsituation kann es durchaus gerechtfertigt sein so vorzugehen, nicht jedoch sollte dies in der Weiterversorgung zulässig sein. Da nicht wirklich gesichert ist, inwieweit Fixierungsmaßnahmen tatsächlich verhindern, dass Patienten sich extubieren oder andere Zu- und Ableitungssysteme entfernen, müsste hier der tatsächliche Nutzen weiter erforscht werden. Man versucht bereits Daten dazu zu sichern, ob unter Fixierungsmaßnahmen Angst und Unruhezustände zunehmen und es dadurch sogar vermehrt zu Selbstextubationen kommt. Die Aussagekraft dieser Daten für die Praxis wird jedoch kritisch gesehen, denn es werden schließlich nicht die Patienten fixiert, die sich ruhig und kooperativ verhalten. Hier müssten die Stichproben weiter eingegrenzt werden, etwa nur Patienten miteinbezogen werden, die mit psychomotorischer Unruhe auffallen oder mit diagnostiziertem Delir. Dies kann die Entscheidungsfindung und Vorgehensweise in der Praxis ethisch begründen und für die Beteiligten daher begünstigen. Die Tatsache, dass am häufigsten Handfixierungen verwendet werden und als Hauptgrund für Fixierung das Entfernen von (Endo-) Trachealtuben und (lebens-) notwendigen Zu- und Ableitungssystemen genannt wird, lassen die Vermutung zu, dass sich bei besseren Stellenschlüsseln diese Fixierungsmaßnahmen zumindest zum Teil vermeiden ließen. Hier steht für Pflegenden der Fürsorgeaspekt

(Beauchamp & Childress, 2012) stark im Vordergrund, denn das Team auf den Intensivstationen kann nur versuchen, möglichst gut mit den gegebenen Voraussetzungen umzugehen. Die Prävalenz zu Fixierungen auf Intensivstation von 0 – 90% in Deutschland im Vergleich zu 0 – 56% in den Niederlanden kann möglicherweise durch einen Unterschied in den Pflegeschlüsseln erklärt werden. Daher gilt es die Fachkräftesituation und deren Auswirkung auf ethisch begründete Entscheidungsfindungen in diesem Kontext zu analysieren. <<

Physical fixation of patients in delirium from an ethical perspective

Background: In patients with delirium physical fixation takes place in intensive care units to avert potential damage caused by the symptoms. Physical fixation can cause ethical-moral issues and can trigger ethical dilemmas in teams affected.

Method: Based on a systematic literature research in the databases PubMed and EBSCO and further research in national publications such as guidelines, measures of physical fixation of intensive or delirium patients were analyzed with consideration of ethical considerations. **Results:** There is an increased risk for fixation of staying in an intensive care unit, especially in patients with delirious and comatose states. The frequency of fixation seems to be strong dependent by health system as well as the individual clinic.

Prevalence rates of 0 - 90% were identified. The most common reason for a fixation in intensive care setting is the respiratory hazard due to unwanted disconnection or removal of ventilation systems or (endo-)tracheal tubes by the patient. The way of ethical decision-making is not considered to be a consistent, valid and standardized process, but mainly as a decision of individuals, mostly nurses, based on intuition and heuristics, because for an analytical procedure there is often no time. This can be a significant reason for moral-ethical distress.

Conclusion: In the care of intensive care patients with delirium, fixation measures are required to avert harm to the patient. All legal and medical ethics principles must be considered. In the literature, as far as decision-making is concerned, a discrepancy between theory and practice becomes visible. Since it is not clear to what extent fixation measures actually prevent patients from extubating or removing other supply and discharge systems, the actual benefit must be further researched here. It is also important to analyze the skills situation and its impact on ethical decision-making.

Keywords

Physical fixation, delirium, intensive care, ethics

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Astrid Baumgartner

ist examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Weiterbildung zur Fachpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie und Weiterbildung zur Fachpflegerin für Palliative Versorgung. Sie ist in der klinischen Intensivpflege in Frankfurt am Main tätig. Seit 2016 studiert sie B.A. Gesundheitspsychologie und Pflege an der FOM Hochschule für Oekonomie und Management in Frankfurt am Main.
Kontakt: abaumg-ha@online.de



Marcel Konrad

ist Professor für Gesundheits- und Sozialmanagement, insb. Pflegemanagement an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Er lehrt am FOM Hochschulzentrum in Frankfurt am Main. Er studierte Diplom-Ergotherapie und Therapiewissenschaften (M.Sc.). Seine Arbeitsschwerpunkte sind psychische Störungen, psychosoziale Therapien und Versorgungsforschung.
Kontakt: marcel.konrad@fom.de



Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

Fokus Pflegepersonalausstattung

Durchsetzung von Verbesserungen bei der Pflegepersonalausstattung: Politische Entwicklungen, praktische Rahmenbedingungen und Patientensicherheit

Am 28.05.2018 sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf dem Kongress des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dass es angesichts der schwerwiegenden Probleme bei der Pflege im Krankenhaus erforderlich sei, dass die Bürgerinnen und Bürger binnen weniger Jahre deutlich spürbare Verbesserungen erleben. Tatsächlich weisen nationale Erhebungen (z.B. Pflge thermometer, Isfort et al. 2014) und internationale Vergleiche (z.B. RN4CAST, Busse 2015 oder Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus, Albrecht et al. 2017) klar aus, dass Deutschland in Bezug auf die Relation von Pflegekräften zu Patienten (nurse-to-patient-ratio) zu den Schlusslichtern in Europa bzw. unter vergleichbaren OECD-Staaten gehört und dass daraus erhebliche Gefährdungen der Patientensicherheit ebenso wie stark erhöhte Belastungen des verbliebenen Pflegepersonals resultieren.

>> Die politische Reaktion auf den Pflegenotstand im Krankenhaus bestand – nach bzw. zusätzlich zu Pflegestellenförderprogrammen – zunächst insbesondere darin, dass mit einem neu geschaffenen § 137i SGB V¹ die Selbstverwaltungspartner Dt. Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) unter Moderation des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) aufgerufen waren, für sogenannte pflegesensitive Bereiche Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) festzulegen. Dabei kristallisierte sich schnell heraus, dass die Verhandlungspartner nach dem Perzentilansatz analog zu einem von Schreyögg/Milstein (2016) im Auftrag des BMG vorgelegten Gutachten vorgehen würden, was letztlich zur Folge hat, dass eine nicht bedarfsgerechte und damit nicht dem Leistungsanspruch des SGB V entsprechende Mindestpersonalvorgabe gemacht wird, die bei weitem unter dem Niveau ansetzt, das für die Gewährleistung von Patientensicherheit erforderlich wäre (vgl. Köster-Steinebach 2018). Artikuliert wurden diese Einschätzungen auch von den nicht stimmberechtigt am Verfahren beteiligten Organisationen der Ge-

Zusammenfassung

Bezüglich der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern werden voraussichtlich in Zukunft zwei gesetzgeberische Handlungsstränge parallel verfolgt: die Änderung der ökonomischen Anreizsituation einerseits und die Umsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen durch die Gemeinsame Selbstverwaltung andererseits. Letztere stehen unter der Zielsetzung der Patientensicherheit, für die explizite Regelungen erforderlich sind. Der Vergleich zwischen der Festlegung von PPUG entlang ausgewählter Fachbereiche mit der Stationslogik der Krankenhäuser macht deutlich, dass die vorgesehene Vorgehensweise dazu führen wird, dass die PPUG wenig bis keine Wirkung in der Praxis entfalten werden, da zahlreiche Umgehungsmöglichkeiten bestehen. Auch die Nachweisverfahren müssten an das Ziel der Patientensicherheit angepasst werden. Das größte Manko für die Durchsetzung von Verbesserungen bei der Pflegepersonalausstattung besteht aber möglicherweise in der unzureichenden Validität und Aussagekraft der Angaben in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, die auch für wissenschaftliche Arbeiten keine geeignete Grundlage darstellen.

Schlüsselwörter

Pflegepersonal, Krankenhäuser, Pflegepersonaluntergrenzen, Qualitätsberichterstattung, Gesetzgebung

werkschaften ver.di, DGB, des Dt. Pflegerats, einer Mehrzahl der maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften sowie zusätzlich des Aktionsbündnisses Patientensicherheit in einer gemeinsamen Erklärung (ver.di et al. 2018).

Tatsächlich setzte sich auch in der Politik die Erkenntnis durch, dass die Vorgaben des § 137i zumindest nicht ausreichend sind, um wenigstens die Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern mit Blick auf das Pflegepersonalniveau zu verbessern, denn im Koalitionsvertrag (Bundesregierung 2018: 95) findet sich der Satz „Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derartige Untergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden.“ In dem am 27.06.2018 veröffentlichten Referentenentwurf für eine Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde jedoch zunächst praktisch keine Änderung an den Vorgaben des § 137i vorgesehen.

Ökonomische Anreize zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung

Der Grundgedanke des § 137i besteht darin, mittels Regulierung den Krankenhäusern Vorgaben zum Personaleinsatz zu machen. Die Ursache der negativen Entwicklung bei der Pflegepersonalausstattung liegt aber in klaren ökonomischen Anreizen für die Krankenhausleitungen: Der Einsatz von Pflegepersonal beeinflusst derzeit nicht (direkt?) die Erlöse aus den Fallpauschalen des DRG-Systems. Einsparungen beim nichtärztlichen Personal, darunter die Pflege, können zur Finanzierung von Investitionen, Quersubventionierungen defizitärer Bereiche oder Renditen genutzt werden, ohne dass die resultierenden Qualitätseinbußen transparent werden. Vor diesem Hintergrund entstand in der Politik richtigerweise die Einsicht, dass

ein wesentlicher Ansatzpunkt für nachhaltige Verbesserungen in der Änderung der Anreizstrukturen liegen müsse.

Dieser Gedanke findet sich prominent im Eckpunktepapier „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“, das vom BMG am 23.05.2018 vorgelegt wurde (BMG 2018a) und im Referentenentwurf des PpSG (BMG 2018b). Darin sind drei unmittelbar relevante Regelungen enthalten:

1. Die Pflegepersonalkosten sollen ab 2020 aus den Fallpauschalen des DRG-Systems ausgegliedert werden. Statt dessen soll „die krankenhausindividuelle Pflegepersonalausstattung in der Patientenversorgung auf der Grundlage der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der entsprechenden Kosten“ erstattet werden.
2. Die Kostenträger werden verpflichtet, jede zusätzliche bzw. aufgestockte Pflegestelle am Bett voll zu refinanzieren. Zukünftige Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern setzen auf dem Personalbestand auf, der so bis Ende 2019 erreicht wird.
3. Tarifsteigerungen der Pflegekräfte sind vollständig von den Kostenträgern zu refinanzieren.

Zu interpretieren sind die vorgeschlagenen gesetzlichen Neuregelungen vor dem Hintergrund von § 12 Abs. 1: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, (...) dürfen (...) die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Daraus lässt sich ableiten, dass es aus Gründen der Wirtschaftlichkeit in jedem Fall eine Obergrenze geben muss, bis zu der die Krankenkassen verpflichtet sind, Pflegepersonal zu finanzieren. Unter den jetzigen Bedingungen des Fachkräftemangels in der Pflege wäre es aus Gründen der Patientensicherheit auch nicht wünschenswert, wenn in einzelnen Krankenhäusern eine Personaldecke finanziert würde, die über dem Patientenbedarf liegt, weil das Personal in anderen Häusern oder in der Altenpflege fehlen würde. Und schließlich darf nicht außer Acht gelassen werden, dass weder die Krankenhausleitungen, noch die Kostenträger oder gar die Öffentlichkeit darüber unterrichtet sein können, bis zu welchem Ausmaß welches Krankenhaus und welche Abteilung über eine bedarfsgerechte und damit sichere Pflegepersonalausstattung verfügt, wenn dazu keine Kennzahlen erhoben und berichtet werden. In jedem Fall wird es also darauf ankommen, eine nachvollziehbare, methodisch fundierte und vor allem verlässliche und valide Aussage über den Pflegepersonaleinsatz in Relation zur tatsächlich erbrachten Versorgungsleistung bzw. dem Pflegebedarf der Patienten zu erhalten und eine Nachweispflicht zu etablieren. Im Folgenden sollen die Rahmenbedingungen, denen diese Aufgaben unterliegen, genauer untersucht werden.

-
- 1: Alle Angaben zu Paragraphen in diesem Text beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf das SGB V.
 - 2: Selbstverständlich gibt es komplexe Auswirkungen auf Liegezeiten, Wiederaufnahmeraten, Kosten von vermeidbaren Komplikationen und gesteigerte Morbidität, die sich bei den Krankenhäusern niederschlagen. Hierzu fehlen aber die übergreifenden Versorgungsforschungsarbeiten und krankenhausindividuellen Erhebungen, so dass diese Effekte nicht quantifizierbar sind und deshalb weitgehend unbeachtet bleiben.

Pflegepersonalausstattung in den Qualitätsberichten: Mangelnde Validität und Nutzerorientierung

Nach § 136b Abs. 1 ist der G-BA verpflichtet, „Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser“ festzulegen. In Abs. 6 werden u.a. besonders patientenrelevante Inhalte festgelegt, die der Qualitätsbericht zu enthalten hat, darunter „Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses“. In den letzten Jahren hat es mehrfach Umstellungen in der Art gegeben, wie der G-BA dieser Verpflichtung operativ nachkommt. Eine besonders gravierende Änderung trat zwischen den Berichtsjahren 2012 und 2013 in Kraft (vgl. G-BA 2014: 9). Bis 2012 wurde angegeben, wie viele Pflegekräfte je Krankenhausfall einer Fachabteilung eingesetzt wurden. Das hatte bei eher seltenen Spezialisierungen des Personals und insbesondere bei großen Abteilungen mit vielen Fällen zur Folge, dass sich extrem niedrige Werte (in der Größenordnung von z. B. 0,001 Fachkraft je Fall) mit zweifelhafter Vergleichbarkeit und Aussagekraft fanden. Ab dem Berichtsjahr 2013 wurde die Darstellungslogik umgekehrt auf Fälle je Vollzeitkraft. Damit rückt die Darstellung näher an die international gebräuchliche sowie in praktischer Hinsicht einsichtiger und nutzbare *nurse-to-patient-ratio* heran. Bei näherem Hinsehen ergeben sich jedoch gravierende Unterschiede.

Da in den Qualitätsberichten nicht auf gleichzeitig zu versorgende Patienten, sondern auf Fälle abgestellt wird, spielt die durchschnittliche Liegedauer bei der Bewertung der Personalangaben und ihrer Vergleichbarkeit zwischen Krankenhäusern eine wesentliche Rolle, wie Tab. 1 exemplarisch verdeutlicht. Eine Verdoppelung der Liegedauer führt damit auch zu einer Verdoppelung der *nurse-to-patient-ratio*. Ohne Kenntnis der durchschnittlichen Liegedauer, die aber nicht im Qualitätsbericht angegeben wird, ist eine Einschätzung der realen Relation von Patienten zu Pflegekräften folglich nicht möglich. Auch Näherungen über die durchschnittliche Verweildauer gemäß DRG-Katalog für die vom jeweiligen Krankenhaus angegebenen Diagnosen und Leistungen bergen erhebliches Verzerrungspotenzial, da z.T. erhebliche Schwankungsbreiten zwischen unterer und oberer Grenzverweildauer möglich sind. So kann laut Fallpauschalen-Katalog des INEK (2017:33) beispielsweise die Verweildauer bei einer Blinddarmentfernung bei Patienten über 15 Jahren (G22C) um den Durchschnitt von 5,5 Tagen zwischen 1 und 11 Tagen schwanken. Dazu kommt, dass nicht nur die Liegedauer Einfluss auf den Pflegebedarf hat, sondern auch der allgemeine Gesundheitszustand. So ist beispielsweise unmittelbar einsichtig, dass ein Knochenbruch bei einem jungen Sportler typischerweise weniger Pflegeaufwand verursacht, als bei einem multimorbiden und dementen Patienten. Strukturelle Unterschiede in der Zusammensetzung der Patienten z.B. zwischen Grund- und Maximalversorgern bleiben damit unberücksichtigt; ein valider Vergleich zwischen Krankenhäusern ist nicht möglich. Zur gleichen Schlussfolgerung gelangt übrigens auch die Bundespsychotherapeutenkammer (2016: 3-4) mit Bezug auf die Darstellung der Personalausstattung in Psy-

Einfluss der durchschnittlichen Liegedauer auf die Personalangaben					
	Anzahl Pflegekräfte ³	Anzahl Fälle	Angabe im Qualitätsbericht: Fälle je Kraft	Durchschnittliche Liegedauer in Tagen	Durchschnittliche nurse-to-patient-ratio ⁴
Haus 1	10	1.000	100	5	15.000/2.000=7,5
Haus 2	10	1.000	100	10	30.000/2.000=15

Tab. 1: Einfluss der durchschnittlichen Liegedauer auf die Personalangaben im Qualitätsbericht (eigene fiktive Beispieldarstellung).

chiarie und Psychosomatik in den Qualitätsberichten: „Doch die Daten, die in diesen Berichten zu finden sind, lassen kaum verlässliche Aussagen dazu zu, wie viele Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegekräfte de facto für die stationäre Versorgung zur Verfügung stehen.“

Dass die Angaben der Qualitätsberichte nicht geeignet sind, Auskunft über die wahre Personalbesetzung und insbesondere punktuelle oder generelle Verknappungen beim Pflegepersonal zu erlangen, zeigt sich auch darin, dass es sich um reine Selbstangaben der Krankenhäuser handelt, die bisher durch den G-BA in keiner Weise validiert werden. Selbst Vorgehensweisen, das Personal des gesamten Hauses in voller Höhe auch in jeder einzelnen Fachabteilung

anzugeben, waren in der Vergangenheit prinzipiell möglich. Auch die Angabe von ganzen Hauptabteilungen, z.B. für Intensivmedizin, ohne Angabe zum Pflegepersonal (vgl. Weisse Liste 2018) findet sich nachweislich in den Qualitätsberichten. Erst zum Erfassungsjahr 2017 wurde vom G-BA damit begonnen, Plausibilisierungsregeln zu etablieren, die über die reine Schemaprüfung (d.h. Prüfung, ob eine Eingabe z.B. im vorgegebenen Wertebereich liegt) hinausgehen (G-BA 2017). Mit ihr ist in Zukunft beispielsweise prinzipiell möglich, zu prüfen, ob die Summe aller

Personalangaben der Fachabteilungen der Angabe für das gesamte

- 3: Anzugeben in Vollzeitäquivalenten gemäß dem krankenhausindividuellen Tarifvertrag und der darin festgelegten Regelarbeitszeit.
- 4: Annahme: Pflegekräfte arbeiten wie typische Arbeitnehmer an 200 von 365 Tagen im Jahr. Gearbeitet wird im 3-Schicht-System, d.h. pro Patiententag sind 3 Personaltage erforderlich; Unterschiede zwischen unterschiedlichen Schichten (Früh-, Spät- und Nachtschicht, Werktag vs. Wochenende) werden hier aus Gründen der Vereinfachung der Darstellung ausgeblendet. Daraus ergibt sich als Berechnung: $\text{Fallzahl} \times \text{Liegedauer} = \text{Patiententage}$; $\text{Patiententage} \times 3 = \text{Patientenschichten}$; $\text{Pflegekräfte} \times 200 = \text{Personalschichten}$; $\text{Patientenschichten} / \text{Personalschichten} = \text{nurse-to-patient-ratio}$.

Literatur

Albrecht, Martin; Loos, Stefan; Möllenkamp, Meilin; Sander, Monika; Schiffhorst, Guido; Braeseke, Grit; Stengel, Verena (2017): Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus - Internationale Empirie und Status quo in Deutschland, IGES und Bertelsmann-Stiftung, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Pflegepersonal_final.pdf, (abgerufen am 29.05.2018).

Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2017): „Bundesminister Gröhe: „Stärkung der Pflege für mehr Patientensicherheit““, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/2-quartal/pflegepersonaluntergrenzen.html#c10229> (abgerufen am 02.07.2018).

Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2018a): „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html> (abgerufen am 29.05.2018).

Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2018b): „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz -PpSG)“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Pflegepersonalstaerkungsgesetz_RefE.pdf (abgerufen am 02.07.2018).

Bundespsychotherapeutenkammer (2016): „Die Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik: Eine Auswertung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser“, https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/Qualitaetsberichte_Krankenh%C3%A4user/20160622_BPTK-Studie_Qualitaetsberichte_KH_web.pdf (abgerufen am 31.05.2018).

Bundesregierung (2018): „Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode“, https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=66DE9A19BD1D3254C5FCA6832CCB302.s5t2?__blob=publicationFile&v=5 (abgerufen am 29.05.2018).

Busse, R. (2015): „Welchen Einfluss haben qualitative und quantitative Parameter der Pflege in Akutkrankenhäusern auf Personal- und Patienten-Outcomes? - Ergebnisse der RN4Cast-Studie“, in: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg_2015.01.21.rb_RN4Cast-web.pdf (abgerufen am 09.12.2017).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2014): „Maschinenwertbarer Qualitätsbericht 2013 - Änderungen gegenüber 2012: Stand: 09.07.2014“, https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2976/2_Qb-R_DSB_Aenderunguebersicht_Qb2012-2013_2014-07-09.pdf (abgerufen am 31.05.2018).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017): „Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Weitere Anpassungen für das Berichtsjahr 2017“, https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4786/2017-12-21_Qb-R_weitere-Anpassungen-Berichtsjahr-2017_TrG.pdf (abgerufen am 03.06.2018).

Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (INEK) (2017): „G-DRG-Version 2018: Fallpauschalen-Katalog“, https://www.g-drg.de/content/download/7387/55403/version/1/file/Fallpauschalen_Katalog_2018_171124.pdf (abgerufen am 31.05.2018).

Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D., Siegling, B. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. In: <http://www.dip.de> (abgerufen am 09.12.2017).

Köster-Steinebach, Ilona (2018): „Pflegepersonaluntergrenzen, das Selbstverständnis der GKV und die Rolle der Versorgungsforschung“, in: Monitor Versorgungsforschung 01/18, S. 46-50.

RN4CAST: <http://www.rm4cast.eu/about1.html> (zugegriffen am 07.12. 2017).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2018): „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am 02.07.2018).

Schreyögg, J.; Milstein, R. (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), in: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf (abgerufen am 09.12.2017).

Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) et. al. 2018: „Maßnahmen müssen Verbesserung der Versorgungssituation gewährleisten“, https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5b1111ae56c12f3aa071df33/download/2018_06_01_Erk%C3%A4rung_PPUG.pdf (abgerufen am 03.06.2018).

Weisse Liste (2018): „Intensivmedizin - HELIOS Klinikum Wuppertal GmbH Herzzentrum, Standort Elberfeld“, https://www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/krankenhausuche/ergebnisliste/profil/?id=174757&searchHospital=Helios&searchType=HOSPITAL_NAME&type=hospitalUnitDetails&previousId= (abgerufen am 03.06.2018).

Krankenhaus entspricht, oder ob für bettenführende Abteilungen überhaupt Personal angegeben ist. Welche der Plausibilisierungen aber etabliert werden und welche Verstöße zwingend Korrekturen nach sich ziehen, ist derzeit noch offen.

Zusammenfassend muss man also zu der Schlussfolgerung kommen, dass alle Studien, die die Qualitätsberichte der Krankenhäuser als Datenquelle zur tatsächlichen Personalbesetzung oder gar zur Häufung von unerwünschten Ereignissen (vgl. Schreyögg/Milstein 2016) oder von Patientenzufriedenheit (vgl. SVR 2018: Nr. 306) in Abhängigkeit von der Personalausstattung heranziehen, letztlich Verzerrungen unbekanntem Ausmaßes unterliegen und deshalb keine validen Ergebnisse erbringen können.

Inkongruenz von Qualitätsberichts- inhalten mit dem Zweck der Regulierung

Will man die Angaben in den Qualitätsberichten für Fragen der Regulierung der Pflegepersonalausstattung entsprechend § 137i nutzen, stößt man schnell auf das Problem der genutzten Bezugseinheit. Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe (s.o.) weisen die Qualitätsberichte Personalangaben mit Bezug zur Fachabteilung aus. Damit folgt der Qualitätsbericht auch der Logik der gesetzlichen Qualitätssicherung, die keine Unterscheidung zwischen einzelnen Organisationseinheiten eines Standortes macht, sondern alle relevanten Fälle einbezieht (Ziel der Vollzähligkeit). Die Fachabteilungsdarstellung entspricht auch dem prinzipiellen Informationsinteresse der Patienten, die sich über die Versorgung in dem Fachgebiet informieren möchten, dem ihre Erkrankungen bzw. Behandlungen zuzuordnen ist. Darauf, auf welcher Station sie schlussendlich betreut werden, haben Patienten ohnehin wenig bis keinen Einfluss. Gerade die Station ist aber maßgebliche Planungseinheit für die Personalbesetzung in den Krankenhäusern.

Bezüglich der Stationen liegt heute ein ausgesprochen heterogenes Bild vor: Es gibt Stationen, deren Patientenspektrum kaum noch dem Namen der Station entspricht. Auch werden Patienten häufig in freien Betten untergebracht, die nicht ihrem Fachgebiet entsprechen, oder es gibt gleich interdisziplinäre Stationen, die keinem einzelnen Fachgebiet mehr zugeordnet sind. In wieder anderen Fällen werden auf Spezialstationen Normal- und Intensivbetten oder zumindest Plätze vorgehalten, die in anderen Häusern der *intermediate care* (IC) zugeordnet wären.

Diese Vielfalt liegt grundsätzlich in der Gestaltungshoheit der Krankenhäuser und ist notwendig, um Anpassungen auf lokale Besonderheiten zu ermöglichen. Für die Zwecke der Regulierung mittels *nurse-to-patient-ratio* muss aber eindeutig festgelegt werden, für welche/wie viele Patienten welche/wie viele Pflegekräfte eingesetzt wurden und welche Maßzahl anzuwenden ist. Die Schwierigkeiten, die sich bei gemischten Stationen ergeben, verdeutlicht

Modellhafte Anwendung von Pflegepersonalschlüsseln				
		Patienten gesamt		Erforderliche Pflegekräfte je Tagschicht
		davon unfallchirurgisch-orthopädische Patienten	davon geriatrische Patienten	
Station 1a: „Unfallchirurgie“	20	20	5	Variante A: 2 Variante B: 2 Variante C: 2,5
Haus 2 Station 1b: „Unfallchirurgie“	20	20	15	Variante A: 2 Variante B: 2 Variante C: 3,5
Station 2a: „Allgemeinchirurgie“	20	20 (Patientenverteilung wie Station 1a)	5	Variante A: keine Vorgabe Variante B: 2 Variante C: 2,5
Station 2b: „Allgemeinchirurgie“	20	20 (Patientenverteilung wie Station 1b)	15	Variante A: keine Vorgabe Variante B: 2 Variante C: 3,5
Station 2c: „Allgemeinchirurgie“	20	10	20	Variante A: keine Vorgabe Variante B: 4 Variante C: 4

Tab. 2: Modellhafte Anwendung von Pflegepersonalschlüsseln auf unterschiedlich strukturierte Stationen (eigene Darstellung).

Tabelle 2. Für dieses Beispiel wird angenommen, dass Patienten in der Geriatrie in einer Tagschicht mit einer *nurse-to-patient-ratio* von 1 zu 5, in der Unfallchirurgie mit 1 zu 10 zu betreuen sind.

In Variante A entscheidet jeweils die Bezeichnung der Abteilung über den anzuwendenden Personalschlüssel, in der Variante B wird eine gesamte Station danach zugeordnet, welche Patientengruppe dort die Mehrheit darstellt, in der Variante C wird schließlich je nach individueller Patientenzuordnung zu einem Fachgebiet der Pflegeschlüssel berechnet. Damit ist die Variante C am nächsten an einer Ermittlung des Pflegepersonalschlüssels anhand des tatsächlichen Pflegebedarfs, wobei auch hier patientenindividuelle Unterschiede unbeachtet bleiben (Tab 2.).

Aus der modellhaften Betrachtung der Errechnung von Personaluntergrenzen lassen sich verschiedene Rückschlüsse ziehen. Zum einen zeigt sich, dass die reine Festlegung nach der Bezeichnung einer Station die Wirksamkeit von Pflegepersonaluntergrenzen praktisch ad absurdum führt, da eine einfache Umbenennung einer Station bereits die Regelung aushebelt. Die Zuordnung von Stationen nach der Mehrzahl der betreuten Patienten kann ebenfalls zu erheblichen Unterschätzungen des erforderlichen Personalbedarfs führen und ermöglicht den Krankenhäusern darüber hinaus strategische „Belegungen“, die so gestaltet werden können, dass die einzelnen Stationen in die gewünschte Kategorie fallen. Je näher die Festlegung der Pflegepersonalvorgaben an patientenindividuellen Charakteristika gestaltet ist, desto geringer ist die Gefahr, dass ein wesentlicher Anteil des Pflegebedarfs ungedeckt bleibt. Bleibt es

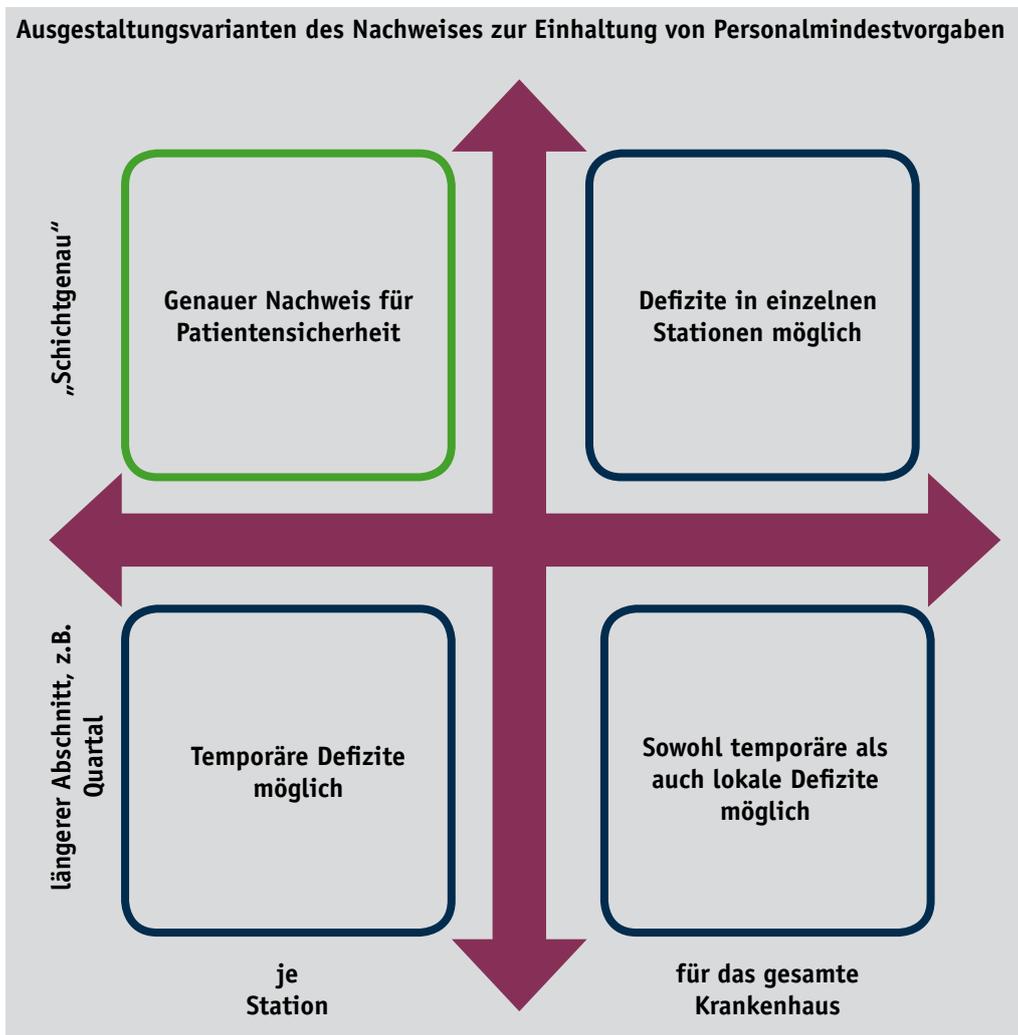


Abb. 1: Ausgestaltungsvarianten des Nachweises zur Einhaltung von Personalmindestvorgaben (eigene Darstellung).

Nachweise von Pflegepersonaluntergrenzen und Patientensicherheit

Die Gesetzgebung rund um den § 137i erfolgte explizit mit dem Ziel, die Sicherheit von Patienten bei der Krankenhausbehandlung zu erhöhen (vgl. BMG 2017). Wenn dieses Ziel durch die Vorgabe und Einhaltung von Mindestpersonalvorgaben erreicht werden soll – wofür viel spricht –, dann muss auch eine Nachweispflicht vorgegeben werden, die diesem Ziel entspricht. Hierbei sind prinzipiell vier Varianten denkbar (vgl. Abb. 1). Dabei ist unmittelbar einsichtig, dass der Aufwand für Dokumentation und Kontrolle umso größer ist, je kürzer das betrachtete Zeitintervall ist (schichtgenau statt im Quartalsdurchschnitt) und je kleiner die betrachtete Einheit (Station statt Krankenhaus gesamt). Auch mit Blick auf die vorausschauende Personaleinsatzplanung ergeben sich aus kurzen Betrachtungszeiträumen und kleinen Planungseinheiten erhebliche Schwierigkeiten. Diese wären aber dann gerechtfertigt und mit Blick auf Art. 2 Abs. 2 GG und § 70 sogar dringend geboten, wenn nur so die Patientensicherheit gewährleistet werden kann.

Ob das der Fall ist, hängt von der Höhe der einzuhaltenden Untergrenzen ab. Wenn ein Niveau gewählt wird, unterhalb dessen ein unmittelbares Risiko für Leib und Leben der Patienten besteht, dann muss durch die Art des Nachweises gewährleistet sein, dass die Vorgaben zu keinem Zeitpunkt und an keinem (bettenführenden) Ort im Krankenhaus unterschritten werden. Wenn die Untergrenzen hingegen an das Niveau selbstbestimmungsermächtigender Pflege (vgl. Köster-Steinebach 2018) heranreichen, dann kann angenommen werden, dass das Krankenhaus durch entsprechende organisatorische Maßnahmen sicherstellt, dass auch kurzfristig und lokal keine unmittelbaren Patientengefährdungen aus Pflegepersonalmangel entstehen. Da die Festlegung der PPUG nach § 137i aber auf einem im internationalen Vergleich sehr niedrigen Niveau erfolgen soll (vgl. ver.di et al. 2018), entfällt diese Möglichkeit der Flexibilisierung, wenn das ursprüngliche Ziel der Patientensicherheit erreicht werden soll.

also bei der aktuellen Regelung, dass nur einige (wenige) Bereiche von PPUG betroffen sind, hat das zur Folge, dass je nach Ausgestaltung entweder die Krankenhäuser die Möglichkeit haben, durch diverse Umgehungsstrategien jedwede reale Auswirkung von Pflegepersonaluntergrenzen zu marginalisieren oder die Berechnungsmodelle so komplex werden, dass sie rasch jede Verständlichkeit überschreiten. Auf jeden Fall würde sich kein praktischer Vorteil mehr bei der Umsetzbarkeit von Pflegepersonaluntergrenzen auf der Grundlage von Fachgebieten im Vergleich zu einem Pflegebedarfsassessment nach dem Vorbild der alten Pflegepersonalregelung (PPR) mehr ergeben. Letzteres hätte darüber hinaus auch noch den Vorteil, patientenindividuelle Bedarfe wesentlich besser abzubilden als die bloße Zuordnung nach Fachgebieten, so dass insbesondere vulnerable Patientengruppen wie multimorbide, demente oder behinderte Menschen mit ihrem höheren Pflegebedarf korrekt abgebildet würden und so Anreize zur Risikoselektion oder Unterversorgung abgemildert würden.

Fazit

Die Hoffnung zahlreicher Verbände, darunter das Aktionsbündnis Patientensicherheit, dass mit dem Entwurf des Pflegepersonalstärkungsgesetzes die Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner zu den Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i hinfällig wären, haben sich nicht erfüllt. Parallel zu den Änderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen bleiben die PPUG als Instrument zur Gewährleistung von Patientensicherheit wohl weiter Gesetz. Auch das Vorgehen der Vereinbarungspartner nach dem Perzentilansatz bleibt bestehen, also eine Festlegung ohne Beachtung des Patientenbedarfs und der daran geknüpften Patientensicherheit. In diesem Artikel konnte gezeigt werden, dass die Festlegung pflegesensitiver Fachbereiche in Verbindung mit der Organisationsstruktur der Krankenhäuser dazu führt, dass nur dann eine Veranlagung von Stationen im Interesse der Patientensicherheit möglich ist, wenn diese sich am Bedarf jedes einzelnen Patienten orientiert. Wegen der dennoch verbleibenden Unsicherheiten wäre dann aber sowohl arbeitsökonomisch als auch mit Blick auf die Sicherheit eine patientenindividuelle Pflegebedarfs-ermittlung vorzuziehen. Flexibilität für die Krankenhäuser beim Personaleinsatz könnte nur dann gerechtfertigt werden, wenn das Niveau der PPUG deutlich oberhalb der unmittelbaren Patientengefährdung angesiedelt wäre. Verstärkt werden diese Aussagen durch die unzureichende Aussagekraft und Validität der Aussagen zur Pflegepersonalausstattung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, die dringend verbessert werden müsste. Idealerweise müsste diese neben der *nurse-to-patient-ratio* auch angeben, bis zu welchem Grad eine bedarfsgerechte Pflege ermöglicht wird. Nur so können Patienten einen Eindruck davon bekommen, in welchem Krankenhaus ihre Sicherheit durch ausreichendes Pflegepersonal gewährleistet ist. Die Änderung der ökonomischen Rahmenbedingungen allein garantiert nicht die Patientensicherheit. <<

Enforcement of improved nursing staff in German hospitals: Recent political developments and patient safety

There will be two parallel legislative processes concerning nursing staff in German hospitals in the near future: On the one hand, the government has proposed a draft in which the incentives governing the employment decisions are completely altered. On the other hand, the statutory health insurance and the hospitals representatives are still in negotiation about lower limits for nursing staff which are already part of the existing law. These lower limits are intended to guarantee patient safety. A thorough comparison between the results of those negotiations – as far as they are public – and the way hospitals are organised shows that the lower limits will be toothless. There are too many bypasses. And the way in which hospitals will have to proof the compliance must be in accordance to the goal of patient safety. The biggest problem in enforcing improvements at nursing may be the way in which data about nursing staff is publicly disclosed by the hospitals. The numbers are unreliable and not meaningful. As they are they can't be used for scientific purposes.

Keywords

Nursing staff, hospital, lower limits, public reporting, legislative process

Autorenerklärung

Die Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

promovierte 2004 in Volkswirtschaftslehre. Danach war sie von 2004-2010 Referentin und Teamleiterin bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und von 2010-2018 Referentin im Verbraucherzentrale Bundesverband sowie Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss. Seit Juni 2018 ist sie Geschäftsführerin im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.. Daneben Gastdozenturen an der Hochschule für angewandtes Management in Erding und an der Alice-Solomon-Hochschule Berlin.



In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat, spectrumK 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 Abonnementzeitraumes 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:

Name

PLZ, Ort

Fax

Widerrufgarantie: 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:

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