

monitor PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



Interview mit Professor Dr. Björn Sellemann: „Es ist wichtig sicherzustellen, dass alle am Versorgungsprozess Beteiligten gleichberechtigten Zugang zur Telematikinfrastruktur haben.“

Foto: Wilfried Gerharz

„Zukunft der Pflege“

Mensch-Technik-Interventionen fördert das BMBF mit insgesamt 20 Millionen Euro bundesweit. Pflegepraxis- und -innovationszentren entstehen.

Die Zeit ist reif

Einheitliche Pflegefachsprache, ePA und gemeinsames Lernen: Die Digitalisierung kann viele Prozesse in der Pflege unterstützen, weiß Prof. Björn Sellemann.

Kommunikations-Mängel

Die MdBs Stamm-Fibich und Baehrens kritisieren, dass es laut „Monitor Patientenberatung 2017“ häufig an einer verständlichen Kommunikation mangelt.



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.

Nutzung neuer Technologien

>> Titelinterview mit Prof. Dr. Björn Sellemann, Fachhochschule Münster

> S. 6 ff.

„Ich denke, die Pflege ist offen für neue Technologien, aber etwas zurückhaltend. Am Beispiel der (...) Elektronischen Dokumentation im Krankenhaus, die das erwartete Mehr an Pflegezeit nicht herbeiführte, da der Dokumentationsaufwand sogar anstieg, ist man hier vorsichtiger. Außerdem ist der Fachkräftemangel ja Realität, und dabei noch den Kopf frei für Innovationen oder sogar Spaß an diesen zu haben, ist schon eine sehr ambitionierte Vorstellung.“ Und trotzdem brauchen wir die kommenden Innovationen und müssen sie mitgestalten, so **Prof. Dr. rer. medic. Björn Sellemann**, Professor für Nutzerorientierte Gesundheitstelematik und assistive Technologien der Fachhochschule Münster. Zentral ist die Nutzung der elektronischen Patientenakte und der elektronischen Pflege-Dokumentation. Das wird mit dem Generationswechsel in den nächsten 5-10 Jahren Wirklichkeit werden.

Zu diesem Thema gehört auch die **1. Clusterkonferenz: „Zukunft der Pflege“** im Pflegeinnovationszentrum in Oldenburg, wo die relevanten Akteure ihre Projekte und Beispiele zeigten.

> S. 16 f.

Monitor Patientenberatung 2017

> S. 10 f.

Der „Monitor Patientenberatung 2017“ zeigt, welche Fragen und Herausforderungen Ratsuchende in den Beratungsgesprächen im letzten Jahr beschäftigt haben. Kritisch Stellung dazu nehmen im Interview **Martina Stamm-Fibich**, Patientenbeauftragte, und **Heike Baehrens**, Pflegebeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion.

AOK-Pflegereport 2018

> S. 15

Das **Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO)** stellt den „AOK-Pflegereport 2018“ vor und findet, dass die Zahlen der Antipsychotika-Verordnungen, Dekubitus-Fälle und Krankenhaus-Einweisungen in vielen Pflegeheimen zu hoch sind. Zu besserer Qualität soll die Entwicklung eines pflege- und gesundheitsbezogenen Indikatorensets für die vollstationäre Pflege auf Basis von Abrechnungsroutinedaten der Kranken- und Pflegekassen beitragen.

Kommentar zum Pflegepersonalstärkungsgesetz

> S. 18

Dr. Ilona Köster-Steinebach vom Aktionsbündnis Patientensicherheit kommentiert den Entwurf des Pflegepersonalstärkungsgesetzes mit seinen tiefgreifenden Änderungen in den Anreizstrukturen für den Einsatz von Pflegekräften im Krankenhaus und plädiert für bedarfsgerechte Personalbemessung.

Wissenschaftliche Beiträge

Simon untersucht die zentrale Frage, ob die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen lediglich eine minimale Personalbesetzung verlangen oder ob sie eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen haben. Er kommt zu dem Ergebnis, dass sowohl die Krankenkassen als auch die Krankenhäuser verpflichtet sind, die Pflegepersonaluntergrenzen so umzusetzen, dass sie eine bedarfsgerechte Patientenversorgung gewährleisten.

> S. 19

Musewitsch u.a. ermitteln eine Zahl von 7,1 Millionen Patienten in Deutschland, die aufgrund ihrer Diagnosen seit 2017 Anspruch auf eine extrabudgetäre Verordnung von Ergotherapie haben. Geriatrische Symptome sind dabei am häufigsten (45 %), es folgen Krankheiten des Nervensystems (30 %) und entzündliche Polyneuropathien (12 %). Zweifelhaft ist, ob dieser Bedarf bei dem Mangel an Ergotherapeuten gut versorgt werden kann.

> S. 24 ff.

Hilpisch, Scotti und Runge haben Studierende der Ergotherapie während ihrer Praxisphase in semi-strukturierten Leitfaden-Interviews zu ihren subjektiven psychischen Belastungen und zu ihrer Nutzung psychohygienischer Maßnahmen befragt. Sie kommen zu dem Schluss, dass psychische Belastungsaspekte und alltagsnahe psychohygienische Methoden während des Studiums stärker thematisiert werden sollten.

> S. 29 ff.

Ich wünsche Ihnen weiter einen so schönen Sommer und hier wieder interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können. <<

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski

Herausgeber „Monitor Pflege“

INHALT

Nutzung neuer Technologien

Editorial MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Wieder einmal ist Politik gefragt

Editorial MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier

Digitalisierung hilft Pflege gestalten

Interview mit Professor Dr. Björn Sellemann

Kommunikationsdefizite

Der „Monitor Patientenberatung 2017“ der UPD

„Zu kompliziert und aufwendig“

Martina Stamm-Fibich und Heike Baehrens (beide SPD) im Interview

News

„Potenziell vermeidbar“?

Der „AOK-Pflegereport 2018“

Innovative Technik nutzen

1. Clusterkonferenz „Zukunft der Pflege“ des OFFIS-Institut für Informatik, Oldenburg

„Grundlagen für Transparenz und Patientensicherheit“

Kommentar von Dr. Ilona Köster-Steinebach, Geschäftsführerin APS e.V.

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. Michael Simon

Die gesetzliche Verpflichtung zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung

Maggie Musewitsch B.Sc. / Lea Baruth B.Sc. / Marie-Christin Kerkmann B.Sc. / Ferdinand Steinbacher B.Sc. / Romy Haas B.Sc. / Laura Keim B.Sc. / Dr. med. Pia Runge / Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev

Ermittlung des Patientenpotentials für die extrabudgetären Ergotherapie-Verordnungen

Kim Hilpisch, B.Sc. / Dipl.-Päd. Evelyn Scotti / Dr. med Pia Runge

Subjektive Anwendung psychohygienischer Maßnahmen von Studierenden der Ergotherapie während der Praktikumsphase

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski

2

Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin



4

6

Herausgeber-Beirat

Akteure

10

Franz Wagner*

Präsident



12

13

Yves Rawiel

Geschäftsführung



15

Lutz Bandte

Geschäftsführung



16

18

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szezan

AOK-Bundesverband



Universitäten/Hochschulen/Institute

19

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten/Herdecke



24

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

IGV Research



29

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

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.erelation.org
mail@erelation.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.



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

Wieder einmal ist die Politik gefragt

>> Als sich Mitte 2017 die damaligen Regierungsparteien, die ja auch die heutigen sind, mit der Neufassung des § 137i SGB V auf „Pflegepersonaluntergrenzen“ einigten, war schon zu ahnen, wo das Problem liegen wird: im leidigen Wortteil „unter“. Seitdem kreißt der Berg, sprich die beiden mit der entsprechenden vertraglichen Ausgestaltung beauftragten Bänke des G-BA, der übermächtige GKV-Spitzenverband auf der einen, die nicht ganz so mächtige Deutsche Krankenhausgesellschaft auf der anderen Seite, die aber immerhin für sich reklamiert, für aktuell 1.951 Krankenhäuser in Deutschland zu sprechen, die immerhin jährlich knapp 40 Millionen Patienten stationär und ambulant versorgen. Versorgen heißt: nicht nur im Akutfall operieren, bei Chronikern therapieren, sondern bei Allen und Jedem: pflegen!

Obwohl laut IGES-Faktencheck „Pflegepersonal im Krankenhaus“ die durchschnittliche Bettenauslastung seit über zehn Jahren deutlich unter 80 Prozent (DKG 2015) liegt, aber eine grundlegende Strukturbereinigung des Krankensektors durch Kapazitätsabbau bzw. eine stärkere Spezialisierung bislang ausgeblieben ist, versuchen laut IGES Kliniken weiter, „höhere Umsätze durch Fallzahlsteigerungen zu generieren und Kosten zu senken“ (Leopoldina 2016).

Nun, und wie senkt man Kosten wohl? Die Antwort liegt auf der Hand: durch eine möglichst niedrige, gerade noch so ausreichende Personalausstattung! In diesem Zusammenhang wird von Akteuren und politischen Parteien kritisiert, dass nicht nur nach IGES-Meinung „die Bemühungen der Krankenhäuser um Kostensenkung einseitig zulasten der Pflegepersonalausstattung“ gingen, das im traurigen Verbund mit zunehmender Arbeitsbelastung und -verdichtung, steigenden Überstunden und Krankheitstagen sowie sinkender Arbeitszufriedenheit bei beruflich Pflegenden, die sich obendrein im internationalen Vergleich schon auf einem recht niedrigen Niveau bewegt.

„Umso dringender wäre, dass endlich mehr Transparenz in diesem Bereich geschaffen wird: über den tatsächlichen Pflegebedarf und die tatsächliche Personalausstattung“, schreibt darum **Dr. Ilona Köster-** S. 18
Steinebach, seit kurzem Geschäftsführerin des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., in einem Kommentar in dieser Ausgabe von „Monitor Pflege“, aus ihrer Vergangenheit als langjährige Patientenvertreterin beim G-BA sehr gut wissend, dass nur evidente Zahlen als Verhandlungsgrundlage taugen.

Die aber gibt es bislang nicht. Genau darum streiten der GKV-SV und die DKG in seit Mitte 2017 monatlich bilateralen Verhandlungsrunden, um die Frage, ob Pflegepersonaluntergrenzen nun eine „Minimalbesetzung oder bedarfsgerechte Personalausstattung“ meint, wie **Prof. Dr. phil. Michael Simon** in seinem wissenschaftlichen Beitrag in „Monitor Pflege“ formuliert. Insbesondere von Seiten der Delegation der Patientenvertretung sei – so Simon weiter – unter Hinweis auf einschlägige Bestimmungen des SGB V die Position vertreten worden, dass „Pflegepersonaluntergrenzen so auszugestalten sind, dass sie eine bedarfsgerechte Personalbesetzung ermöglichen“. Dem sei entgegengehalten worden, dass § 137i Abs. 1 SGB V lediglich „Untergrenzen“ fordere, bei denen es sich nur um „Mindestvorgaben zur Personalausstattung“ handeln soll. Dass sich GKV-SV und DKG auf diese Sichtweise einigen, ist mit Blick auf die damit einhergehende Kostendimension zumindest nachvollziehbar, doch warum sich auch die Beamten des BMG dieser moralisch wie ethisch höchst pikanten Auffassung anschließen, dass der § 137i SGBV keine bedarfsgerechte Personalbemessung verlange? S. 19

Der Bundestag ist da ganz anderer Meinung. „Insbesondere ist darüber hinaus wichtig, dass der Personalschlüssel ausreichend hoch ist für eine bedarfsgerechte Versorgung“ steht zum Beispiel laut Simons Ausführungen im dritten Beschluss der Bundesdrucksache . /18. Dieser führt auch den Grund dafür an: „Die Personalschlüssel sollen nicht nur Untergrenzen sein, sondern eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung ermöglichen“. Aha!

Doch was nützt es? Nichts, wie Simon erklärt: „Davon unbeeindruckt halten die beiden Vertragsparteien DKG und GKV-SV weiterhin an der bereits im Zwischenbericht vom Januar 2018 erwähnten Entscheidung fest, Pflegepersonaluntergrenzen auf Grundlage des sogenannten Perzentilansatzes auf dem Niveau des unteren Dezils oder bestenfalls unteren Quartils der gegenwärtigen Ist-Personalbesetzung festzulegen (GKV-SV/DKG 2018).“

Ob Dezil oder Quartil oder gar Maximum: Es liegen Welten zwischen diesen Werten einer wirklich bedarfsgerechten medizinischen Versorgung. Nur: Was wäre nun die richtige Personalziffer? Keine Ahnung. Das ist dem freien Spiel der Mächte unterworfen, oder vielleicht auch einem Machtwort der Regierung, wie Simon sehr deutlich ausführt: „Es liegt nun in der Hand der Regierungskoalition, wie sie mit dieser Kontroverse umgeht.“ << Ihr

Peter Stegmaier,
Chefredakteur „Monitor Pflege“



Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

17. Kongress | 10. - 12.10.2018 | Urania - Berlin

Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen

Wissenschaft / Forschung



Versorgungspraxis



Gesundheitspolitik



10. – 12.10.2018, Urania Berlin

Anmeldung jetzt zum Frühbucherrabatt möglich

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

www.dkvf2018.de

Kongress-Agentur

m:con
VISION INTO CONVENTIONS

m:con – mannheim:congress GmbH

Interview mit Professor Dr. Björn Sellemann (Fachhochschule Münster)

Digitalisierung hilft Pflege gestalten

Als Gesundheits- und Krankenpfleger gestartet, ist der Pflegewissenschaftler, Medizin- und Pflegeinformatiker Professor Björn Sellemann seit dem Wintersemester 2017 am Fachbereich Gesundheit der Fachhochschule Münster mit dem Lehr- und Forschungsgebiet „Nutzerorientierte Gesundheitstelematik und assistive Technologien“ betraut. Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen wie die elektronische Patientenakte oder die Telematikinfrastruktur gehören zum Curriculum. Sellemann hat zum Thema Data Mining in der Pflege promoviert und bewegt sich mit seiner Vita im Spannungsfeld von Technik und Pflege sowie Therapie. Vom Fachbereichsdekan Professor Rüdiger Ostermann als „Glücksfall“ bezeichnet, steht er für eine Optimierung der Versorgungsprozesse, bei der die Technik und die Informations- und Kommunikationstechnologien – richtig eingesetzt – hilfreich sein kann.

>> Herr Professor Sellemann, die Pflege hat es seit der Bundestagswahl geschafft, auf der innenpolitischen Agenda prioritär behandelt zu werden. In diesem Kontext startete Anfang Juli auch die „Konzertierte Aktion Pflege“, die Gesundheits-, Familien- sowie Arbeitsministerium initiieren und die in Kooperation mit Arbeitgebern, Krankenkassen, Verbänden u.a. durchgeführt werden soll, um Pläne für attraktivere Arbeitsbedingungen zu erarbeiten. Was halten Sie davon?

Ich begrüße diese Kampagne und auch die Tatsache, dass sich drei Ministerien der Sache annehmen. Die Ziele und der gesetzte Zeitrahmen sind allerdings inhaltlich sehr ambitioniert, daher bleibt abzuwarten, wie erfolgreich das Ergebnis und die Umsetzung dessen sein wird.

Wenn man sich die Mitglieder der fünf geschaffenen Arbeitsgruppen ansieht, sind es in der Regel jeweils über 20 Interessenvertreter, die hier teilnehmen. Die alle ins selbe Boot zu holen und dann noch in die selbe Richtung segeln zu lassen, ist eine große Herausforderung. Da bin ich gespannt, wie das in den einzelnen Arbeitsgruppen umgesetzt werden kann. Aber ich hoffe, dass dort Ideen generiert werden, die im Nachgang natürlich noch ausgearbeitet werden müssen; aber dass man sich an einen Tisch setzt und Möglichkeiten der Pflegesituationsverbesserung und der Personalnot in Deutschland eruiert, ohne dass die unterschiedlichen Interessen im Vordergrund stehen, sehe ich als große Chance.

Die Arbeitsgruppe 3 beschäftigt sich im Rahmen der Aktion mit „Innovativen Versorgungsansätzen und Digitalisierung“. Welche Ergebnisse erwarten Sie hier?

Man kann sich die verschiedenen Themenfelder der Arbeitsgruppe ansehen oder schauen, wo im Kontext von Digitalisierung die Rede ist: Ein Bereich ist „Digitalisierung bei der Gestaltung innovativer Versorgungs-

ansätze“ – Telenursing, Quartierskonzept, Telecounselling. Das sind Themen, die auch im Medizinbereich bei den Ärzten schon bekannt sind. Wenn man sich zum Beispiel die Televisite und das Fernbehandlungsverbot anschaut, wie langwierig die Diskussion war, bis entsprechende Teleangebote in den Vergütungskatalog mitaufgenommen worden sind, ist das schon ein sehr hehres Ziel.

Bei der Betrachtung der häuslichen Assistenzsysteme sind ja vielfach

nur Prototypen in Projekten entwickelt worden, zu denen noch keine Studien zur Wirksamkeit vorliegen, um in das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes aufgenommen zu werden. Genauso ist es bei dem Punkt „Digitalisierung zur Entlastung von Pflegekräften“. Als Beispiel wird „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ genannt – das aktuell ein Thema, welches durch den Bundesbevollmächtigten für Pflege in der letzten Legislaturperiode sehr stark vorangetrieben worden ist, was aber in erster Linie nur für einen Teil der Pflege – nämlich der Langzeitpflege – entwickelt worden ist.

Und wenn man auf die weiteren Punkte schaut, die hier aufgeführt sind, dann komme ich einmal mehr zu dem Schluss, dass man einfach stärker differenzieren muss: Was ist denn überhaupt Pflege und in welchem Setting findet die Pflege statt?

Und wie würden Sie diese Frage beantworten?

Ich erläutere das auch meinen Studierenden immer: Es gibt unterschiedliche „Pflegewelten“ und Pflegesettings. Wir haben die ambulante Pflege, die ganz andere Anforderungen an die Pflege und deren Dokumentation der Versorgungsprozesse stellt, als zum Beispiel an die Kollegen in der Langzeitpflege, wo eben das Thema Entbürokratisierung in der letzten Zeit vorangetrieben worden ist; und dann haben wir noch den Bereich des Krankenhauses, der wieder andere Anforderungen an eine Dokumentation hat. Wenn man sich dann noch anschaut, welche unterschiedli-



chen beruflichen Ausprägungen es gibt – von der Kinderkranken- hin zur Palliativpflege, muss man schon sehr differenziert die einzelnen Bereiche betrachten und die Anwendung, in der Pflege stattfindet, um entsprechende Lösungen zu finden. Denn durch Entbürokratisierung automatisch mehr Personal zu generieren, das ist, glaube ich, zu einfach gedacht. Es ist unerlässlich, dezidiert die einzelnen Sektoren und Versorgungsbereiche zu betrachten.

Aber halten Sie das unter dieser Voraussetzung für umsetzbar?

Ja, das halte ich grundsätzlich für umsetzbar, aber man muss sich dann auch mit einem allgemeingültigen Thema beschäftigen, und das wäre aus meiner Sicht beispielsweise das Thema Pflegefachsprache: Denn jeder Bereich, jede Station im Krankenhaus, jede Einrichtung, dokumentiert in der Pflege häufig noch freitextlich. Es werden in der Regel keine Pflegeklassifikationen oder eine Pflegefachsprache verwendet, wie zum Beispiel in der Medizin der OPS- oder der ICD 10-Katalog, sodass es schon bei der Frage nach der Dokumentationsart oder dem Informationsaustausch zu Schwierigkeiten kommen wird. Das führt intern bereits zu Informationsverlusten und wenn man das noch sektorübergreifend und institutionsübergreifend betrachtet, wird es schwierig.

Wo verorten Sie denn das Problem hierfür?

Ich sehe das Problem hier weniger in der Technik, sondern eher in der Pflege selber; man muss sich auf eine Pflegefachsprache bzw. auf eine Klassifikation verständigen. Sei es für die Diagnosen oder auch entlang des gesamten Pflegeprozesses.

Unsere österreichischen Nachbarn machen uns das vor. Der Gesetzgeber hat dort ganz klar formuliert: Wir möchten Pflegediagnosen entsprechend dokumentiert haben. Die Dokumentation von Pflegediagnosen ist ohne die Verwendung von IT-Systemen sehr aufwendig, sodass mit der Einführung der Pflegediagnosen auch der Verbreitungsgrad von IT-Systemen in der Pflege in Österreich anstieg. Heute sind IT-Systeme in der Pflege viel stärker im österreichischen Krankenhaussektor verbreitet als in Deutschland. Vermutlich eben durch genau diesen Trigger, dass man Pflegediagnosen dokumentieren muss. Ich hoffe, dass ein solches Thema bei der Konzentrierten Aktion Pflege auch angesprochen wird.

Also sehen Sie auch hier den Gesetzgeber in der Pflicht?

Ja, meiner Meinung nach ist es die Politik, die Bundesregierung, die hier ein klares Zeichen setzen kann. Die muss ja auch in anderen Bereichen wie der Medizin klare Entscheidungen treffen. Sei es beispielsweise für die DRG-Einführung bezüglich der Krankenhausfinanzierung. Das müsste auch für die Pflege passieren. Aber ich erhoffe mir einfach aus der Heterogenität der Arbeitsgruppe heraus, wo auch die Wissenschaft mit vertreten ist, dass das entsprechend diskutiert wird.

Man sollte auf keinen Fall versuchen, die schlechten analogen Prozesse zu digitalisieren, denn diese werden dadurch nämlich nicht per se zu guten Prozessen. Es ist essenziell, dass man sich diesem Grundproblem – aus meiner Sicht einer fehlenden Pflegefachsprache – einmal annimmt und das diskutiert, um Empfehlungen für die Gesetzgebung zu geben.

In welcher Form kann denn die Digitalisierung konkret und effektiv

dazu beitragen, das Problem der Personalnot in der Pflege zu minimieren?

Hier muss ich auch erst das Pflegesetting eruieren. Wenn wir einmal den Krankenhausbereich betrachten, bedeutet digitale Dokumentation – falls diese bereits stattfindet – häufig nur das Ausfüllen mit der Maus statt mit dem Stift. Aber der Inhalt ist identisch. Hier muss das Ziel sein, dass ein System die erforderlichen Patienten- und Pflegeinformationen automatisch herauszieht, sodass die Doppelerfassung von Informationen entfällt.

Am Beispiel des Krankenhauses gibt es seit dem Jahr 2012 den Pflegekomplexmaßnahmen-Score für hoch pflegeaufwendige Patienten, über den die Kosten für besonders aufwendige Pflege gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden kann. Die Gründe für hochaufwendige Pflege sind einmalig und bei Änderung des Patientenzustandes zu erfassen und die Pflegemaßnahmen sind durch eine tägliche Leistungsdokumentation nachzuweisen. Das ist ein Riesenaufwand (zum Beispiel über den entsprechenden PKMS-Bogen im DIN-A3-Format) und die Informationen, die dabei festzuhalten sind, sind vielfach schon im System vorhanden. Sie müssen aber entsprechend genutzt werden. Doch häufig wird einfach nur Papier digitalisiert und die Möglichkeiten und Chancen, die die IT bietet, nicht sinnvoll genutzt. Denn erst dann kann es zu einer Entlastung bzw. einer Unterstützung der Pflegekräfte kommen.

Was wäre die Konsequenz?

Dann würden auch personelle Ressourcen freigesetzt, weil die Pflege von vielen Dokumentationszwängen befreit wäre. Dabei ist natürlich auch die Qualität des IT-

Systems entscheidend, denn ein gutes IT-System muss im Hintergrund laufen und die Prozesse unterstützen. Und die Basis all dessen ist natürlich eine IT-Strategie in der Einrichtung, die allerdings bisher vielfach nicht vorhanden ist. Im Rahmen des „IT-Report Gesundheitswesen“ der Hochschule Osnabrück aus dem letzten Jahr gaben ca. 40 Prozent der Krankenhäuser an, eine mit der Krankenhausstrategie abgeglichene IT-Strategie zu besitzen. Aber knapp 30 Prozent gaben an, dass diese bedauerlicherweise nicht mit der Krankenhausstrategie abgeglichene ist.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung des Pflegepersonals via Sofortprogramm das Pflegefachkräftepersonalproblem angehen. In diesem Zusammenhang besteht auch der Plan, die Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Pflegeheim zu verbessern und auf Basis eines einheitlichen Standards digitale Kommunikation in Form von Videosprechstunden einzuführen. Eignet sich dieses Tool zur Arbeitsentlastung bzw. Effizienzsteigerung?

Grundsätzlich schon. Aber das Problem ist das „s“ am Ende des Wortes Standards. Es wird höchstwahrscheinlich nicht EINEN Standard geben, sondern wieder ganz viele. Man kann das mit den unterschiedlichen Anbietern elektronischer Patientenakten (ePA) vergleichen. Wenn ich mich als niedergelassener Arzt in fünf verschiedenen Video-Chat-Protokollen und -formaten mit den Heimen austauschen muss, ist das nicht gerade nutzerfreundlich. Da muss man zukünftig gucken, wie man das über eine zentrale Einheit, wie zum Beispiel der Telematikinfrastruktur, gewährleisten kann. Da ist Herr Spahn gerade sehr aktiv – indem er im Frühjahr

einen Abteilungsleiter für Digitalisierung (Herrn G. Ludewig) berufen hat – sich diesem Thema anzunähern. Wie können wir die Telematikinfrastruktur für die Versorgung sinnvoll nutzen? Das ist die Frage.

Darüber hinaus ist es wichtig sicherzustellen, dass alle am Versorgungsprozess Beteiligten gleichberechtigten Zugang zur Telematikinfrastruktur haben. Denn Versorgungskontinuität erfordert Informationskontinuität.

Sie sind Professor für Nutzerorientierte Gesundheitstelematik und assistive Technologien im Fachbereich Gesundheit an der FH Münster. Was lernen Ihre Studenten und wo kommt da die Pflege ins Spiel?

In den Studiengängen für Therapie- und Pflegeberufe am Fachbereich habe ich einige Veranstaltungen, in denen es um ein Grundverständnis von IT im Gesundheitswesen geht. Pflege und Therapie ist da eigentlich immer mit im Spiel, denn ich bin von Haus aus Krankenpfleger, habe Pflegewissenschaft studiert und weiß aus meiner Zeit am Bett und meinen Praxisprojekten auch, wie die Arbeit in der Pflege organisiert ist und wie dort bestimmte Prozesse vonstatten gehen, so dass man mit den Studenten stets in die Diskussion über den Ablauf und die Optimierung bestimmter Versorgungsprozesse treten kann.

Sie betreuen auch Forschungsprojekte.

Was den Vorschlag von Herrn Spahn bzw. seines Abteilungsleiters Herrn Ludewig betrifft, über mobile Zugänge mittels PIN oder TAN Zugriffe auf die Telematikinfrastruktur oder die ePA zu ermöglichen (*Anm.d.Red.: S. Bericht i.d. Frankfurter Allgemeine Zeitung am 16.07.2018*): Ich habe mit Kollegen der Hochschule Osnabrück und zwei Fraunhofer Instituten in der Region Osnabrück das BMG-geförderte Forschungsprojekt „ePA II: Mehrwerte demonstrieren!“ durchgeführt. Das Projekt hatte primär die Zielsetzung, den Nutzwert der elektronischen Patientenakte gemäß §291a SGB V in dem realen Anwendungsszenario des medizinisch-pflegerische Entlass- und Überleitungsmanagement zu demonstrieren. Ziel war es, den Übergang vom Patienten im Krankenhaus in die stationäre Langzeitversorgung mit der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur abzubilden. Wir haben in diesem Zuge eine Labor-Telematikinfrastruktur geschaffen und haben über diese, reale Patienten aus dem Krankenhaus in eine beteiligte stationäre Langzeitpflegeeinrichtung übergeleitet. Und dort konnten wir darstellen, dass die Authentifizierung mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und das damit einhergehende Zweischlüsselprinzip in Kombination mit dem elektronischen Heilberufausweis das größte Nadelöhr darstellt.

Denn Patienten, die am meisten vom Entlassmanagement profitieren sind verstärkt ältere Patienten, die sich häufiger kognitiv eingeschränkt zeigen oder unter Betreuung stehen. Und dass diese Patienten ihre PIN-Nummer bzw. ihre eGK überhaupt vor Ort haben, das war das größte Problem.

An welcher Stelle kam der Prozess hier genau zum Erliegen?

Zum einen dadurch, dass die verlegende Einrichtung die Informationen ohne Einwilligung des Patienten über die eGK und PIN in der ePA nicht speichern konnte. Und zum anderen, dass die nachgelagerte Einrichtung wiederum ohne Patient mit eGK und dessen Einwilligung über das PIN-Verfahren auf die Daten nicht zugreifen konnte. Hier sind dann die Schwachstellen der Authentifizierung offenbar geworden.

Desweiteren wäre es wünschenswert gewesen, wenn die nachfolgende Einrichtung bereits im Vorfeld die Daten des Patienten bekommen könnte. Aber die Einrichtung kann erst auf die Daten zugreifen, wenn der Patient sein Einverständnis gibt, was bedeutet, der Patient muss bereits in der Einrichtung präsent sein.

Ich denke, dass dieser Bericht über die Authentifizierung mittels der eGK im Bundesministerium für Gesundheit für die Erkenntnis gesorgt hat, dass dieses Zwei-Schlüssel-Prinzip über die Karte nicht mehr zeitgemäß ist. Die Gesetzgebung für die eGK stammt aus dem Jahr 2002 – da war das iPhone noch Zukunftsmusik. Heute ist eine Authentifizierung via Fingerprint oder Gesichtserkennung möglich. Und auch unter definierten Bedingungen datenschutzkonform. Bei dem Projekt „ePA II“ ist zudem aufgefallen, dass beispielsweise Privatpatienten oft keine eGK besitzen und somit gar keine Authentifizierung in der Telematikinfrastruktur vornehmen könnten.

Es gibt da auch noch das Projekt „PosiThera“, das noch bis 2019 läuft und sich auch der Versorgungskontinuität – und zwar bei Chronischen Wunden – widmet.

Ja, hier wird auch die ePA als Informationsmedium für alle am Versorgungsprozess Beteiligten genutzt. Und es geht sogar noch einen Schritt weiter: Die Daten, die vom Versorgungsprozess darin gespeichert werden, sollen gleichzeitig genutzt werden, um ein entscheidungsunterstützendes System zu entwickeln.

Elektronische Dokumentation, Telecare, Technische Assistenz und Robotik – das sind sogenannte Fo-

kustechnologien, die im Gemeinschaftsvorhaben „Pflege 4.0“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und der

Offensive Gesund Pflegen (OGP) gegannt werden. In welchem Feld kann die Pflege hier die größte Unterstützung erwarten?

Das muss man sich auch wieder in den einzelnen Settings ansehen. Aber bei der Dokumentation beispielsweise muss jeder seine Hausaufgaben machen. Wie können wir eine Pflegedokumentation entwickeln, die das dokumentiert, was wichtig ist und auch Doppeldokumentationen nicht mehr erfasst werden? Ich denke, da sind genug Anforderungen in der Vergangenheit generiert worden, wie so etwas auszusehen hat. In der Konsequenz muss man nun schauen, dass man die schon angesprochenen Synergien, die IT-Systeme bieten, entsprechend nutzt. Darüber hinaus stellen die Daten und deren Auswertung eine wertvolle Ressource dar. Wenn eine „saubere“ Dokumentation vorliegt, dann bieten diese Daten sehr viel Potenzial, um Versorgungsprozesse zu überprüfen, zu evaluieren und zu verbessern. Das ist auch das Ziel des Projektes PosiThera: Die vorhandenen Daten nicht nur zu Abrechnungszwecken zu nutzen, sondern für die weitere Versorgung.

Was lässt der Bereich Telecare erwarten?

Für den Bereich Telecare gibt es meiner Meinung nach viele mögliche Anwendungsbereiche. Sie hatten die Videosprechstunde mit dem Pflegeheim angesprochen. Hierbei muss man zum einen die gesetzlichen Regelungsmöglichkeit betrachten und zum anderen sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit in den unterschiedlichen Pflegesettings ansehen. Im Bereich der Beratung kann ich mir das sehr gut vorstellen, im Bereich der Anleitung eventuell ebenfalls. Ich denke, es werden sich Nischen hierfür finden.

<< Es wächst eine neue Generation an Mitarbeitern im Gesundheitswesen heran, für die gemeinschaftliches Arbeiten und Lernen durch die Sozialen Medien allgegenwärtig ist und da habe ich die Hoffnung, dass sich das auch im Versorgungsprozess widerspiegelt. >>

Was halten Sie von Technischen Assistenzsystemen?

Das ist derzeit ein Schlagwort. In den letzten 10 bis 15 Jahren war das Thema AAL (Ambient Assisted Living) ein sehr forschungsgetriebenes, was sich mittlerweile jedoch ein wenig geändert hat. Aus meiner persönlichen Wahrnehmung ist es um AAL in letzter Zeit ruhiger geworden.

Das hat welchen Grund?

Die Pflege ist nach den ersten, euphorischen Jahren ruhiger in diesem Bereich geworden, weil man merkte, dass die Entwicklung doch nicht so schnell voranschritt, wie man sich das vorgestellt hatte. Überspitzt formuliert, kann die „365. Anti-Dekubitus-Matratze“, die vielleicht noch den pH-Wert des Schweißes mißt, nicht darüber hinwegtäuschen, dass es originäre pflegerische Aufgabe ist, Patienten zu lagern und zu erkennen, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form ein Lagerungswechsel angezeigt ist. Die Assistenzsysteme, die damals im Kontext von AAL entwickelt worden sind, waren ja vornehmlich Alarmsysteme. Es wurde entwickelt, was technisch möglich ist, aber nicht, was für die pflegerische Arbeit gerade erforderlich ist. Hier muss man gerade bei der Entwicklung die Pflege intensiver mit ins Boot holen.

Haben Sie ein konkretes Beispiel?

Als Beispiel fällt mir hier das Projekt VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) ein. Hier unterstützen die Medizinischen Fachangestellten die Hausärzte, indem diese die Patienten aufsuchen und bestimmte Untersuchungen selbstständig durchführen. Immer mit der Möglichkeit, den Hausarzt zu kontaktieren. Eine Stunde vor dem Besuch von VerAH war aber bereits die ambulante Pflege da, um den Patienten bei der Morgentoilette zu unterstützen. Warum kann diese beispielsweise nicht im Zuge ihres Besuches den Blutdruck messen und die Daten an den behandelnden Hausarzt weitergeben? Das muss doch zusammengedacht werden. Da muss man die Sektoren überwinden und je nachdem eruieren, ob auch Versorgungsprozesse angepasst werden müssen.

Also ist der AAL-Bereich eher von Ernüchterung geprägt?

Nichtsdestotrotz hat sich aus dem AAL-Bereich das Feld Smartes Wohnen oder Intelligentes Wohnen entwickelt, wofür die automatische Herd- oder Wasserabschaltung ein Beispiel ist.

Hier muss man aber auch wieder beleuchten, um welche Anwendung es geht. Im Rehabilitationsbereich sind technische Assistenzsysteme schon allgegenwärtig. Technische Assistenzsysteme werden hier eingesetzt, um Funktionseinschränkungen zu beheben bzw. zu kompensieren. Sie sind im Hilfsmittelverzeichnis gelistet und werden größtenteils finanziert, aber im Pflegebereich gibt es kaum Wirksamkeitsstudien für bestimmte Technische Assistenzen, insofern müssen die Unterstützungsbedürftigen die Produkte oder Anwendungen selber finanzieren. In den nächsten 5 bis 10 Jahren wird sich hier wohl aber vieles entwickeln.

Wie offen ist denn die Pflege für neue Technologien?

Ich denke, die Pflege ist offen für neue Technologien, aber etwas zurückhaltend. Am Beispiel der eingangs erwähnten Elektronischen Dokumentation im Krankenhaus, die das erwartete Mehr an Pflegezeit nicht herbeiführte, da der Dokumentationsaufwand sogar anstieg, ist man hier vorsichtiger. Außerdem ist der Fachkräftemangel ja Realität, und dabei noch den Kopf frei für Innovationen oder sogar Spaß an diesen zu haben, ist schon eine sehr ambitionierte Vorstellung.

Schließlich sind diese Themen zudem bisher weder Gegenstand der Ausbildung noch in großem Umfang Bestandteil des Curriculums im Studium. Das muss sich auch ändern.

Welche strukturellen Änderungen sind in der Pflege heute notwendig, um die Pflege zukunftsfest zu machen?

Das Thema der Sektorengrenzen steht ganz oben auf der Agenda. Da muss man sich überlegen, ob das noch zeitgemäß ist. Hier ist keine Ad-hoc-Lösung zu erwarten, weil die Struktur historisch gewachsen ist. Aber wenn wir von Versorgungskontinuität sprechen, betrifft das nicht nur einen Sektor, sondern alle Sektoren, in denen sich der Patient bewegt, und da bestehen im Moment die größten Hürden, bzw. Grenzen, was den Datenaustausch anbelangt. Das muss man angehen.

Und zweitens ist wichtig, dass die Pflege als gleichberechtigter, vollwertiger Partner im Versorgungsprozess anerkannt wird. Wir machen uns Gedanken über die Interdisziplinarität in der Pflege, mit anderen Gesundheitsfachberufen in den Austausch zu treten und gemeinsam zu arbeiten, aber das gilt natürlich auch für die Medizin.

Einige Standorte gehen den Weg, Mediziner und Pflegekräfte bestimmte Lehrveranstaltungen im Studium gemeinsam besuchen zu lassen, um nicht singulär im eigenen Feld sozialisiert zu werden, sondern während des Studiums bereits die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu etwas Selbstverständlichen werden zu lassen. Dieses Sektoren- und Standesdenken muss man in Zukunft auflösen.

Es wächst eine neue Generation an Mitarbeitern im Gesundheitswesen heran, für die gemeinschaftliches Arbeiten und Lernen durch die Sozialen Medien allgegenwärtig ist und da habe ich die Hoffnung, dass sich das auch in den Versorgungsprozessen widerspiegelt.

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

Professor Björn Sellemann

ist Pflegewissenschaftler, Medizin- und Pflegeinformatiker. Nach seiner Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger studierte er Pflegewissenschaft an der HS Osnabrück. Danach war er sechs Jahre als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen an der HS Osnabrück tätig. Zu seinen Forschungsschwerpunkten in Osnabrück zählte neben gesundheits- und pflegeinformatischen Projekten der IT-Report Gesundheitswesen (www.it-report.info), den er maßgeblich mit initiiert und gestaltet hat. 2010 erfolgte die berufsbegleitende Promotion zum Dr. rer. medic. am Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Universität Duisburg-Essen zum Thema Data Mining Verfahren in der Wissensdomäne Pflege.

2012 erwarb er das Zertifikat Medizinische Informatik der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS). Gegenwärtig ist er Mitglied des DMEA-Kongressbeirates (vormals conhIT) und Stv. Leiter der GMDS-AG „Informationsverarbeitung in der Pflege“.

Von 2011 bis zu seinem Ruf an die FH Münster leitete er praxisorientierte gesundheitsinformatische Projekte an der Universitätsmedizin Göttingen und lehrte an der Universität Göttingen im Bachelor- und Master Studiengang Angewandte Informatik mit dem Studienschwerpunkt Medizinische Informatik sowie im Studiengang Humanmedizin. Seit Oktober 2017 Professor für Nutzerorientierte Gesundheitstelematik und assistive Technologien am Fachbereich Gesundheit der FH Münster.

Der „Monitor Patientenberatung 2017“

Kommunikationsdefizite

An welchen Stellen in unserem Gesundheitssystem treten Probleme auf? Die Antwort auf diese Frage kann zu einem großen Teil bei den Patienten gesucht und gefunden werden, die mit dem System unmittelbar konfrontiert werden. Der „Monitor Patientenberatung 2017“ der UPD zeigt auf, welche Fragestellungen und Herausforderungen Ratsuchende in den Beratungsgesprächen im letzten Jahr beschäftigt haben. Leistungserbringern, Kostenträgern und der Politik kann der im Auftrag des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigten für Pflege erstellte Bericht Hinweise darauf geben, wie das Gesundheitssystem patientenorientierter gestaltet werden kann.

>> „Mit unserem Beratungswissen aus rund 155.000 Beratungen im Jahr 2017 erkennen wir für das Gesundheitssystem immer wieder Problemlagen und bündeln diese, damit sie dann von den Akteuren aufgegriffen werden sollten“, erklärt Thorben Krumwiede, Geschäftsführer der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH, im Interview mit Professor Josef Hecken, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), und Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe e.V., im Rahmen des „Monitors Patientenberatung 2017“.

Der Weg zur UPD

Damit sei die Anzahl der Beratungen im Vergleich zum Vor-

jahr um rund 40 Prozent gestiegen. Bei den Beratungswegen steht dabei mit 87,7 Prozent weiterhin ganz klar die Telefonie auf Platz 1, auch wenn im Vorjahr noch 91,1 Prozent die telefonische Beratung nutzten. Die UPD erklärt eine Verlagerung der Beratungswege durch die Stärkung der Vor-Ort-Beratungen an den festen Standorten, die zum Teil in zentralere Räume verlegt werden konnten. Auch auf eine größere räumliche Nähe zu Selbsthilfeorganisationen zu Kooperationszwecken wurde Wert gelegt.

Ebenfalls wirkte sich die Optimierung der UPD-Mobile-Routen positiv aus: Insgesamt steuern nach Angaben der UPD drei Fahrzeuge quartalsweise 104 Städte und Gemeinden in ganz Deutschland an. 5,8 Prozent der Beratun-

gen erfolgten über diesen Weg, im Gegensatz zu 3,7 Prozent im Vorjahr. Mit 6 Prozent ebenfalls gut genutzt wurde die Online-Beratung per E-Mail, Online-Portal und über die im Vorjahr neu eingerichtete Beratungs-App. Hier lag der Anteil im Vorjahr bei 3,9 Prozent. Schlusslicht ist die Beratung per Brief oder Fax mit 0,5 Prozent, die weiter abgenommen hat.

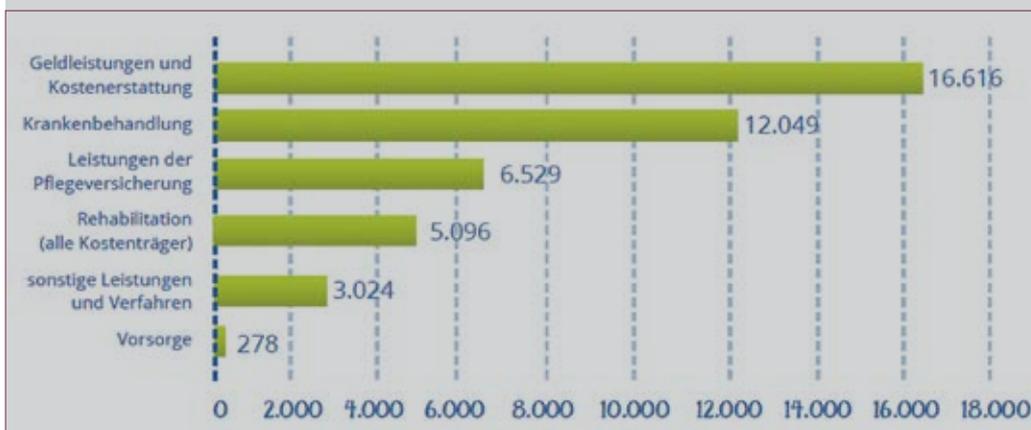
Der Report stützt sich auf die erhobenen Daten von 154.921 ratsuchenden Menschen im Jahr 2017, von denen 60,3 Prozent Frauen und 39,7 Prozent ratsuchende Männer waren, was keiner wesentlichen Änderung zum Vorjahr entspricht. Die meisten Ratsuchenden stehen in einem Arbeitsverhältnis (38,0 Prozent) oder sind berentet (37,2 Pro-

zent). Jeder sechste Ratsuchende ist erwerbslos. Nur 5 Prozent sind Kinder, Schüler, Azubis und Studenten, Selbständige haben mit einem Anteil von rund 4 Prozent eine Beratung bei der UPD im Jahr 2017 gesucht. Die Ratsuchenden sind hauptsächlich in der Gruppe der 46- bis 65-Jährigen zu finden, wobei der Bericht noch einmal zwischen rechtlichen und medizinischen Fragestellungen unterscheidet. Während rechtliche Fragestellungen mehrheitlich die 26 bis 65-Jährigen beschäftigen, sind medizinische Themen besonders für die Altersgruppe der 66- und über 76-Jährigen relevant.

Zwei große Leitthemen

Thorben Krumwiede verortet besonders zwei große Leitthemen, die im Monitor immer wieder aufscheinen: Kommunikationsdefizite im Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie Versicherten und eine vielfach beschriebene Hürde der Ratsuchenden, Ansprüche und Rechte im Alltag wirksam durchsetzen zu können. „Aus der hohen Bedeutung der gesundheitsrechtlichen Beratungen können wir schließen, dass echte Gesundheitskompetenz regelmäßig über die Fähigkeit hinausreichen muss, medizinische Sachverhalte richtig einordnen und auf die persönliche Lebens-

Verteilung der Beratungsthemen zum Thema Leistungsansprüche



Quelle: UPD

situation anwenden zu können. Sie wird ergänzt um Systemkompetenz, also das Wissen, wo die passende Unterstützung und Hilfe zu finden ist. Dazu kommt gesundheitsrechtliche Kompetenz, um persönliche Gesundheitsinteressen und Ansprüche gegenüber Leistungserbringern und Kostenträgern durchsetzen können.“

Großer Informationsbedarf zur Pflegeversicherung

Im Bezug auf die Pflege verzeichnete die UPD einen besonderen Anstieg der Nachfrage nach rechtlichen Beratungen zu Leistungen der Pflegeversicherung. 6.529 Beratungen wurden hier 2017 verzeichnet, was laut UPD einen großen Informationsbedarf bei Pflegebedürftigen, Pflegepersonen und Betreuern darstellt (s. Grafik). Vor dem Hintergrund der zum 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Pflegestärkungsgesetze II und III ist diese Entwicklung dem Bericht zufolge nachvollziehbar.

Grundsätzlich registrierten die Berater bei Pflegebedürftigen, bei denen nach dem alten Recht eine eingeschränkte Alltagskompetenz, beispielsweise wegen einer Demenzerkrankung festgestellt worden war, zum Teil deutlich erhöhte Leistungen durch die Überleitung in den übernächst höheren Pflegegrad. Insgesamt hätten sich in diesem Bereich besonders die Leistungen der häuslichen Pflege erhöht, zusätzlich haben hier alle Pflegebedürftigen nach § 45b SGB XI einen Anspruch auf einen monatlichen Entlastungsbetrag von 125 Euro.

Doch es ist gar nicht so leicht, dieses Geld für sich zu beanspruchen, wie aus dem „Monitor Patientenberatung“ hervorgeht. Problematisch sei dabei nämlich die Tatsache, dass das neue Angebot des Entlastungsbetrages ho-

he gesetzliche Anforderungen an die Dienstleister stellt. Die Haushaltshilfe oder Begleitung für den Spaziergang darf kein Nachbar oder anderer Bekannter unternehmen. Um die Zuwendung zu erhalten, muss ein zugelassener Anbieter mit den Aufgaben betraut werden. Hier empfiehlt die UPD eine Vereinfachung der Regelung im Sinne der Pflegebedürftigen, die oftmals eine vertraute Person an ihrer Seite bevorzugen.

Die Verhinderungspflege ist mit 1.654 Beratungen das am häufigsten nachgefragte Pflege-thema bei der UPD. Ratsuchende verstünden die hoch komplexen Regelungen und Berechnungsgrundlagen nicht, die im § 39 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) festgehalten sind.

Für Ärger und Missmut Sorge dabei regelmäßig die Tatsache, dass das Pflegegeld für die Dauer der Verhinderung gekürzt werde und nahe Angehörige schlechter für die Vertretung der Pflegeperson bezahlt werden als Pflegedienste oder Nachbarn. Hier, so die UPD, sei eine Vereinfachung der hochkomplizierten Regelungen wünschenswert.

Warten auf den MDK

Kritik wird weiterhin an der langen Wartezeit für den Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen zur Pflegebegutachtung geübt. Das könnte und sollte sich ab dem Beginn des Jahres 2018 ändern, da nun eine reguläre Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen für Anträge auf Leistungen aus der Pflegeversicherung eingehalten werden sollte. Darüber hinaus berichten Ratsuchende von oberflächlichen Begutachtungen und starkem Zeitdruck, unter dem die Gutachter zu stehen schienen.

Nicht gut weg kommt im Bericht auch die Beratung der Pfl-

gekassen. Ratsuchende schildern, dass sie auf telefonische Anfragen keine oder nur Teilauskünfte erhalten und dass häufig nicht auf bestehende Ansprüche hingewiesen werde. Die Autoren des „Monitor Patientenberatung 2017“ empfehlen daher: „Die Pflegekasse darf sich nicht auf die eingerichteten Pflegestützpunkte und andere Einrichtungen wie die UPD verlassen. Gerade Ratsuchende aus Sachsen und Sachsen-Anhalt haben das Problem, dass ihr Bundesland sich gegen die Einrichtung von Pflegestützpunkten ausgesprochen hat. Sie sind daher in besonderer Weise auf die Beratung durch die Pflegekassen angewiesen.“

Pflege im häuslichen Umfeld

Schließlich kommen neben den genannten sozialrechtlichen Fragestellungen auch konkrete pflegefachliche Fragen ins Spiel; insbesondere dann, wenn die Pflege im häuslichen Umfeld von Angehörigen übernommen wird. Die Empfehlung der UPD lautet hier, zusätzliche Maßnahmen zur Information, pflegepraktischen Schulung und zur weiteren Unterstützung von pflegenden Angehörigen zur Verfügung zu stellen. Neutrale, einheitliche und frei zugängliche Informationen über Pflegeinstitutionen hinsichtlich der Versorgungsleistung und qualitativer Aspekte könnten nach dem Vorbild der „Weissen Liste“ für die stationäre Krankenhausbehandlung die Suche nach Pflegeeinrichtungen für Angehörige erleichtern.

Neutrale, interessengeleitete Informationen

Für Hecken ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz neben einer Stärkung der sprechenden

Medizin essenziell: „Ich halte es daher für ausgesprochen positiv, dass es mit dem geplanten sogenannten Gesundheitsportal jetzt Bestrebungen gibt, qualitätsgesicherte Inhalte stärker zu bündeln und Patienten außerdem Kriterien an die Hand zu geben, mit denen sie neutrale von interessengeleiteter Information unterscheiden können.“

Dabei spricht er sich deutlich gegen eine stärkere Professionalisierung der Patientenorganisationen aus, da er die authentische Einbringung von Sichtweisen und die Erfahrungen durch real betroffene Patienten für unersetzlich hält. Was allerdings nicht ausschliesse, der Patientenberatung mehr Mittel zur Verfügung zu stellen und die Betroffenen methodisch zu schulen, was Martin Danner ein großes Anliegen ist. Das hebe „die Selbsthilfe mit Unterstützung durch den G-BA auf ein ganz anderes Niveau (...), weil wir so auch jeweils persönlich Betroffene in der Selbsthilfe haben, die Studien lesen und Bewertungen nachvollziehen können.“ „Berufspatientenvertreter“ seien aber auch für ihn keine Option. <<

Weitere Informationen

Der gesetzliche Auftrag der Patientenberatung, konkretisiert im Paragraph 65b des Sozialgesetzbuches V, sieht vor, aus Fördermitteln ein Beratungsangebot zu schaffen, das ratsuchende Menschen neutral, kostenfrei, evidenzbasiert und unabhängig in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen berät. Das Angebot soll die Patientenorientierung im Gesundheitswesen stärken, indem Ratsuchende in ihrer persönlichen Entscheidungsfindung unterstützt werden – und zwar unabhängig davon, ob sie gesetzlich, privat oder nicht versichert sind.

Martina Stamm-Fibich, Patientenbeauftragte, und Heike Baehrens, Pflegebeauftragte, beide SPD-Bundestagsfraktion

„Zu kompliziert und aufwendig“

Einfache Vermittlung von Gesundheitsinformationen über ein Gesundheitsportal, die Einführung der elektronischen Patientenakte, eine verständliche Vermittlung von Risiken und Nebenwirkungen von Arzneimitteln – eine Auswahl der Ziele, deren Umsetzung sich Martina Stamm-Fibich als Patientenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion für diese Legislaturperiode auf die Fahne geschrieben hat. Auch Heike Baehrens will als Pflegebeauftragte der SPD im Bund einiges bewegen, denn wie der aktuelle „Monitor Patientenberatung 2017“ der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) aufzeigt, gibt es einigen Optimierungsbedarf. Was es beispielsweise mit dem angestrebten „Entlastungsbudget“ in der Pflege oder dem Angebot „Healthdirect Australia“ auf sich hat, erklären Martina Stamm-Fibich und Heike Baehrens im Interview mit „Monitor Pflege“.

>> Frau Stamm-Fibich, Sie kritisieren, dass es laut des „Monitor Patientenberatung 2017“ häufig an einer verständlichen Kommunikation und Information mit und für Patienten mangelt. Sie fordern dahingehend einen besseren Zugang zu Gesundheitsinformationen. Wie können und müssen solche Maßnahmen Ihrer Meinung nach konkret aussehen?

M. Stamm-Fibich: Es stimmt, dass es häufig an einer verständlichen Kommunikation und Information mit und für Patienten mangelt. Mein Ziel ist, Patientinnen und Patienten die Kommunikation insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten und Kassen auf Augenhöhe zu ermöglichen und ihnen so mehr Sicherheit gegenüber anderen Akteuren im Gesundheitswesen zu geben. Neben dem Dauerthema verständliche Kommunikation in der Arztpraxis ist für mich ein wichtiger Baustein ein nationales Gesundheitsportal, das Informationen für Patientinnen und Patienten leicht verständlich und zentral bündelt. Ein solches Portal ist bereits lange in der Diskussion und muss in dieser Legislaturperiode realisiert werden.

Im Gesundheitsausschuss haben wir bereits über die Anforderungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) an ein solches Portal gesprochen. Dabei habe ich deutlich gemacht, dass aus meiner Sicht Verständlichkeit für Patientinnen und Patienten das A und O ist. Ich wünsche mir für das Portal laienverständliche Informationsaufbereitung und -präsentation. Von der Möglichkeit, dass Nutzerinnen und Nutzer die Einstellung „Leichte Sprache“ wählen können, rede ich hier bewusst nicht – diese Option sollte heute überhaupt kein Thema mehr sein. Aber Patientinnen und Patienten sind möglicherweise aufgeregt, haben Angst, stehen unter Medikamenteneinfluss oder haben Schmerzen. Das sind denkbar schlechte Voraussetzungen, um neues Wissen zu sammeln. Deshalb ist es so wichtig, dass Gesundheitsinformationen so einfach wie möglich vermittelt werden.



Martina Stamm-Fibich, Patientenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion

Als internationales Vorbild erscheint mir das australische Gesundheitsportal „Healthdirect Australia“ am geeignetsten. Es ist klar strukturiert und verständlich. Zum Angebot gehören ein sehr präsender Symptom-Checker, ein unkomplizierter Online-Navigator, um etwa Praxen oder Apotheken zu finden und eine 24-Stunden-Hotline zu Fragen rund um die Gesundheit. Das brauchen wir meiner Meinung nach auch in Deutschland, nicht zuletzt um „Doktor Google“ beizukommen.

Wie kann die Gesundheitskompetenz darüber hinaus gestärkt werden?

M. Stamm-Fibich: Als Patientenbeauftragte der SPD-Fraktion möchte ich auch die Einführung der elektronischen Patientenakte vorantreiben. Die elektronische Patientenakte sorgt für mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Davon profitieren die Patientinnen und Patienten vor allem, wenn Ärztinnen und Ärzte schnell entscheiden müssen – das ist beispielsweise bei Notfällen regelmäßig so. Bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens hinkt die Bundesrepublik aber hinterher. Auch der Patientenbeauftragte der Bundesregierung muss an der Stelle aktiver werden, damit wir die Chancen der Digitalisierung gut nutzen können.

Ein weiteres wichtiges Anliegen ist, Patientinnen und Patienten verständlicher über Risiken und Nebenwirkungen von Medikamenten zu informieren.

Durch meine Arbeit im Petitionsausschuss weiß ich, dass die Kennzeichnung von Arzneimitteln und die Information über ihre Wirkung immer wieder ein Problem ist. Ellenlange Beipackzettel werden häufig nicht gelesen. Insbesondere bei Dauermedikationen kann das gefährlich werden. Deutliche und leicht verständliche Kennzeichnungen auf der Verpackung können meiner Ansicht nach helfen.

Frau Baehrens, ein Schwerpunkt der Beratung, so weist der Bericht aus, sind Fragen zur Verhinderungspflege. Hier wird vor allem die kom-

plizierte Berechnung der Geldleistung, wie auch die ungleiche Vergütung der die Pflege übernehmenden Personen bemängelt. Müsste man hier modifizieren?

H. Baehrens: Ja, das ist nötig, denn es hat sich gezeigt, dass die bestehenden Regelungen zu kompliziert und aufwendig für die Betroffenen sind. Deswegen haben wir uns vorgenommen, die bisherigen Leistungen für Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und den Entlastungsbetrag in einem sogenannten Entlastungsbudget zu bündeln. Ein solches Budget soll den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mehr Flexibilität und Gestaltungsmöglichkeiten bieten. Wenn wir diese Veränderung gesetzlich angehen, ist das eine Gelegenheit, die Unterschiede in der Vergütung noch einmal zu reflektieren. Allerdings bleibt durchaus nachvollziehbar, dass beim Einsatz von Fachkräften höhere Preise zu zahlen sind. Denn nur so können Dienstleister nach Tarif bezahlen und gut ausgebildetes Personal vorhalten.

Thematisiert wird von Seiten der Patienten auch oft die mangelnde Transparenz hinsichtlich der Versorgungsleistungen und der pflegerischen Qualität bei den Pflegeinstitutionen.

Was versprechen Sie sich von der Pflegequalitätsprüfung für Pflegeheime und ambulante Dienste, die in den Jahren 2018 und 2019 vorbereitet und umgesetzt werden soll? Wie sollte diese beschaffen sein, damit Patienten und Angehörige eine fundierte Entscheidung treffen können?

H. Baehrens: Die bisherige Qualitätsbewertung war nicht differenziert genug und hatte zu wenig Informationsgehalt für Angehörige

und Pflegebedürftige bei der Auswahl von Pflegeangeboten. Von der reformierten Pflegequalitätsprüfung erwarte ich, dass sie die für eine gute Qualität entscheidenden Kriterien in allgemeinverständlicher Form abbildet. Dabei geht es sowohl um die medizinisch-pflegerische Versorgung als auch um die soziale Betreuung, Aspekte rund um die

Alltagsversorgung und die Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen. Es muss auch sichtbar werden, welche Heime und Pflegedienste sich durch gute Arbeitsbedingungen und ordentliche Bezahlung ihrer Pflegekräfte auszeichnen. Denn auch das ist wichtig für eine würdevolle Pflege.

Frau Stamm-Fibich, ist die Unabhängige Patientenberatung, die den Bericht veröffentlicht, gut aufgestellt oder sehen Sie hier auch Verbesserungspotenzial?

M. Stamm-Fibich: Die Qualität der Beratung der Unabhängigen Patientenberatung halte ich für sehr gut. Auch die UPD kann aber noch besser werden. Ich weiß, dass Zeitdruck in der Beratung ein Problem ist. Und gerade was Erreichbarkeit und Barrierefreiheit betrifft wünsche ich mir ein besseres Angebot. Das Angebot der Patientenberatung muss zudem in der Breite – auch offline – präsenter werden. Gesundheitsin-

formationen sollten online so aufbereitet und präsentiert werden, dass die Beratung im Zweifel gar nicht mehr in Anspruch genommen werden muss oder kürzer ausfallen kann und so mehr Zeit für individuellere Beratung auch in komplexeren Fällen vorhanden ist. Wie gesagt, das australische Angebot erscheint mir hier vorbildlich.

Frau Stamm-Fibich, Frau Baehrens, vielen Dank für das Gespräch. <<



Heike Baehrens, Pflege- und Patientenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion

Konzertierte Aktion Pflege

>> Regelmäßige Tarifbezahlung und damit höhere Löhne – dafür hat sich Bundesgesundheitsminister Spahn am 16. Juli im „Morgensmagazin“ des ZDF einmal mehr eingesetzt. Die Entlohnungsbedingungen sind auch Thema der am 3. Juli gestarteten „Konzertierten Aktion Pflege“. Das Bundesgesundheitsministerium, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wollen den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften spürbar verbessern, die

Pflegekräfte entlasten und die Ausbildung in der Pflege stärken. Zusammen mit den führenden Köpfen des Sozialsystems und den relevanten Akteuren der Pflege sollen dazu innerhalb eines Jahres konkrete Maßnahmen erarbeitet werden. 5 Arbeitsgruppen mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten wurden hierfür eingerichtet. „Wir wollen mehr Menschen dazu bringen, diesen verantwortungsvollen Beruf zu ergreifen“, sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Auch Berufsrückkehrer stehen im Fokus. <<

Kritik an Akademisierung des Pflegeberufs verboten

>> Mittlerweile bieten gut 80 Hochschulen in knapp 150 unterschiedlichen Pflegestudiengängen akademische Entwicklungsangebote für Pflegefachpersonen an. Die akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen seien fester Bestandteil der Versorgungs- und Betreuungsstrukturen in Deutschland. Vor diesem Hintergrund sei es laut DBFK Nordwest nahezu ein Affront, wenn Standesvertreter anderer akademischer Gesundheitsfachberufe der Pflege vorschreiben wollten, welchen Weiterbildungsbedarf Pflegefachpersonen hät-

ten – so geschehen bei der Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die ihrerseits die zunehmende Akademisierung der Pflegeberufe kritisiert habe. Aus Sicht des DBFK Nordwest erscheint auch die Unterteilung von Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsversorgung in ärztliche und nicht ärztliche Aufgaben nicht mehr zeitgemäß. „Als Berufsverband setzen wir uns für eine Überprüfung und Anpassung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen ein“, sagt Martin Dichter, Vorsitzender des DBFK Nordwest. <<

Memorandum „Arbeit und Technik 4.0 in der professionellen Pflege“

>> Technische Innovationen für den Pflegesektor nehmen zu. Für eine gute Gestaltung von Arbeit 4.0 in der Pflege bedarf es einer konsequenten, interdisziplinären und zielgerichteten Entwicklung, Einführung und Folgenabschätzung sozio-technischer Innovationen gemeinsam mit der professionellen Pflege, fordert das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP).

Der Technikeinsatz in der Pflegearbeit müsse im Sinne der Gesundheit und der „guten Arbeit“ der Pflegenden sowie im Sinne der Lebensqualität der PflegeempfängerInnen präventiv und kontinuierlich unterstützend wirksam werden.

Mit einem Memorandum wollen die Autoren Paul Fuchs-Frohnhofen, Andreas Blume, Kurt-Georg Ciesinger, Helga Gessenich, Manfred Hülken-Giesler, Michael Isfort, Marc Jungtäubl, Andrea Kocks, Martina Patz, Margit Wehrich Akteurinnen und Akteuren bei der Entwicklung, Planung und Einführung neuer Technologien Anregungen für eine gute und zukunftsfähige Gestaltung von Pflegearbeit 4.0. an die hand geben. Es richtet sich an



Politik und Verbände, an Leitungskräfte und Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen sowie an Unternehmen im Umfeld von pflegebezogener Technologieentwicklung, Forschungsförderer, Stiftungen und Wissenschaft. Die Autorinnen und Autoren sind Mitglieder der Fokusgruppe „Neue Ansätze des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Pflege- und Dienstleistungssektor“. Im Rahmen der Zusammenarbeit von fünf Forschungsverbänden

im Förderschwerpunkt „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung thematisierten sie als erfahrene Wissenschafts- und Praxisakteure die Gestaltung von „Arbeit und Technik 4.0“ in der Pflege.

Prof. Dr. Michael Isfort (DIP) und Helga Gessenich (DIP) begrüßen als Mitautoren eine breite Öffentlichkeitswirkung und Unterstützung des Memorandums. Unter <http://www.memorandum-pflegearbeit-und-technik.de> besteht die Möglichkeit zur Information, zum Download des Memorandums und zum Eintrag in die Unterstützterliste. <<

Kammerbildung schreitet voran

>> Die Pflegekammer Niedersachsen hat am 18. Juli 2018 im Niedersächsischen Ministerialblatt ihre Beitragsordnung veröffentlicht. Pflegefachkräfte (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege), die ihren Beruf in Niedersachsen ausüben, zahlen einen Beitrag von 0,4 Prozent ihres zu versteuernden Jahreseinkommens als Kammerbeitrag.

Die Beitragsordnung wurde nach Angaben der Pflegekammer unter den Mitgliedern des Errichtungsausschusses lange und kontrovers diskutiert und vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung im Rahmen der Rechtsaufsicht geprüft und genehmigt. „Das Kammergesetz legt fest, dass der Errichtungsausschuss u. a. die Kammerstatuten und auch die Beitragsordnung beschließen muss“, stellt Sandra Mehmecke, stellvertretende Vorsitzende des Errichtungsausschusses, fest. Dessen

Arbeit endet mit der konstituierenden Sitzung der Kammerversammlung am 08.08.2018. „Ein einheitlicher Prozentsatz schafft größtmögliche Transparenz und Gerechtigkeit“, sagt Mehmecke. Bezieher von Monatseinkommen von bis zu 450 Euro seien auf Antrag von der Beitragspflicht komplett ausgenommen. Der Höchstbeitrag liege bei 280 Euro je Beitragsjahr.

Eine Kammermitgliedschaft ist immer mit einem Beitrag verbunden. Die Beiträge der Mitglieder sollen die Unabhängigkeit der Pflegekammer sichern. „Weder der Staat noch Interessenvertreter aus Wirtschaft oder Politik können durch den Entzug finanzieller Mittel Einfluss auf die Arbeit und die Entscheidungen der Kammer nehmen“, erklärt Mehmecke. Die Unabhängigkeit der beruflichen Selbstverwaltung bekomme angesichts der demographischen Veränderungen der kommenden Jahre eine ganz besondere Rolle.

„Die Pflegekammer wird gemeinsam mit Gewerkschaften und Berufsverbänden dafür eintreten, den Stellenwert der Pflege aktiv zu stärken“, so Mehmecke.

Bei einem beispielhaften Jahresgehalt von 30.000 Euro (Monatsgehalt 2.500 Euro) betrage der Jahresbeitrag 120 Euro. Die tatsächliche Beitragsermittlung erfolge auf Basis einer Selbsteinstufung des Mitglieds in Höhe des zu versteuernden Einkommens aus der Berufsausübung im vorletzten Kalenderjahr. Ratenzahlungen sollen der Angaben der Pflegekammer zufolge möglich. Erfolgt keine Selbsteinstufung, wird der Höchstbeitrag zu Grunde gelegt. Der Kammerbeitrag ist steuerlich absetzbar.

Im Jahr 2018 werde der Beitrag anteilig für das halbe Beitragsjahr erhoben. „Die Geschäftsstelle informiert die Kammermitglieder rechtzeitig schriftlich über die Details der Beitragserhebung“, sagt Mehmecke. <<

Berliner Pflegekonferenz

>> Auf der von spectrumK in Kooperation mit den Dachverbänden der Betriebs- und Innungskassen sowie dem Deutschen Städte- und Gemeindebund und dem Deutschen Landkreistag ausgerichteten 5. Berliner Pflegekonferenz am 8. und 9. November 2018 diskutieren Experten und Betroffene mit Entscheidungsträgern aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft wichtige Fragen zur Zukunftssicherung der Pflege. Mit dabei sind der Botschafter von Vietnam, Ministerpräsidentin Malu Dreyer und Ministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler aus Rheinland-Pfalz, der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, die Berliner Pflegesenatorin Dilek Kolat u.v.m. Im Fokus stehen Themen, wie die Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland, die Veränderung des Pflegeberufs durch Digitalisierung sowie Leuchtturmprojekte zur Stärkung der Pflege und altersgerechter Strukturen in Rheinland-Pfalz. <<

AOK-Pflegereport 2018

„Potenziell vermeidbar“?

Der neue „AOK-Pflegereport 2018“ mit dem Schwerpunkt „Qualität in der Pflege“ zeigt: Zwischen deutschen Pflegeheimen bestehen deutliche Qualitätsunterschiede bei der Gesundheitsversorgung. Das offenbart eine aktuelle Analyse, die das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) im Rahmen des Reports durchgeführt hat. Demnach ist die Zahl der Antipsychotika-Verordnungen, Dekubitus-Fälle und Krankenhaus-Einweisungen in vielen Pflegeheimen sehr hoch. Eine Verbesserung der Versorgungstransparenz kann den Autoren nach durch die Nutzung von Abrechnungsdaten erreicht werden.

>> Mitte des Jahres 2017 waren laut amtlicher Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung 3,1 Mio. Personen in Deutschland pflegebedürftig. Rund zwei Drittel (62,3%) der Pflegebedürftigen sind Frauen und mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (52,1%) ist mindestens 80 Jahre alt. Aber auch Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre (4,8% der Pflegebedürftigen) und weitere Personen unter 60 Jahren (13,5%) tauchen in der Statistik auf.

Für den Pflege-Report 2018 hat das WiDO nach eigenen Angaben Kennzahlen zur pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Pflegeheimen berechnet; generiert aus den Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen (AOK). Neben den Antipsychotika-Verordnungen, den Dekubitus-Raten sowie vermeidbaren Krankenhauseinweisungen wurden außerdem noch der ärztliche Versorgungsgrad sowie Harnwegsinfekte in Pflegeheimen gemessen. Grundlage waren Abrechnungsdaten von AOK-versicherten Pflegebedürftigen aus rund 5.600 Pflegeheimen.

Risiko: Dekubitus

Die Recherche der Autoren hat ergeben: Je 100 Heimbewohner treten jährlich im Durchschnitt 8,5 neue Dekubitus-Fälle auf. Das auffälligste Viertel der Heime mit 12 oder

mehr Fällen habe dreimal so viele Fälle wie das Viertel der Heime mit den niedrigsten Raten. „Zwar muss die unterschiedliche Risikostruktur der Pflegeheimbewohner berücksichtigt werden“, so Schwinger.

Allerdings gebe es bewährte Standards in der Dekubitusprophylaxe. Experten gingen davon aus, dass das Auftreten eines Dekubitus bei entsprechender Pflege meist verhindert werden kann. Schwinger meint: „Insofern sind die großen Unterschiede auch in den noch nicht-risikoadjustierten Raten sehr auffällig.“ Pflegeheime mit mehr Risikopatienten müssten verstärkt Aktivitäten zur Dekubitus-Vermeidung durchführen.

Als „auffällig“ bezeichnen die Studienautoren außerdem, dass 41 Prozent der Demenzkranken im Pflegeheim mindestens einmal pro Quartal ein Antipsychotikum erhalten. Dabei verstoße die dauerhafte Gabe von Antipsychotika an Demenzkranke gegen medizinische Leitlinien. Genauso wie die Häufigkeit von Dekubitus-Fällen sei auch die Zahl der Antipsychotika-Verordnungen ein wichtiger Indikator, um die Qualität der Versorgung in einem Heim zu bewerten. „Im auffälligsten Viertel der Pflegeheime sind es den Ergebnissen zufolge so viele, dass statistisch gesehen jeder Bewohner mit Demenz in zwei Quartalen eine Antipsychotikaverordnung erhält. Damit liegt diese Rate um das

1,5-fache höher als beim Viertel der Heime mit den niedrigsten Werten“, sind die Ergebnisse des Autorenteam.

Risiko: Krankenhaus aufenthalt

Jeder fünfte Pflegeheimbewohner wird den Ergebnissen zufolge innerhalb eines Quartals ins Krankenhaus eingewiesen, was gerade für Hochbetagte ein großes Risiko darstellt. Gleichzeitig gälten aber 40 Prozent dieser Einweisungen in Fachkreisen als potenziell vermeidbar. Bei einer besseren ambulanten-ärztlichen Versorgung seien sie zum Teil gar nicht notwendig. Pro Jahr summieren sich die so genannten ambulant-sensitiven Krankheitsfälle durchschnittlich auf 32 Fälle pro 100 Bewohner. Die fünf Prozent der Heime, die am auffälligsten sind, haben doppelt so hohe Raten wie der Durchschnitt. Das heißt, dort sind es 63 Fälle pro 100 Bewohner.

Schwinger sieht in einem Plus an Transparenz über das tatsächliche Versorgungsgeschehen die Möglichkeit, Defizite abzustellen. Die regelmäßige Überprüfung der Medikation oder die verbesserte Zusammenarbeit der Pflegeheime mit Ärzten könne so gemessen und bewertet werden. Für die Betroffenen sei entscheidend, dass bessere Qualität dann auch bei den Pflegeheimbewohnern ankome.

me. Aus wissenschaftlicher Perspektive unterstreicht Schwinger die Bedeutung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung.

Qualität messbar machen

„Es ist gut, dass jetzt der Pflege-TÜV völlig neu aufgestellt wird. Aber die gesundheitliche Versorgung der Pflegebedürftigen wird er weiterhin nicht abbilden. Analog zum Krankenhaus, wo die sektorübergreifende Qualitätssicherung über Routinedaten längst etabliert ist, sollten wir auch im Pflegebereich die Abrechnungsdaten für die Verbesserung der Versorgungstransparenz nutzen. Unsere Untersuchung macht hier einen Anfang und schafft ein erweitertes Instrumentarium der Qualitätsmessung“, so Schwinger.

Die Umsetzung einer sektorübergreifenden Perspektive mit Hilfe von Abrechnungsdaten der Kranken- und Pflegekassen ist aus Sicht von Schwinger machbar. Das WiDO habe sich deshalb zum Ziel gesetzt, ein pflege- und gesundheitsbezogenes Indikatorenset für die vollstationäre Pflege auf Basis von Routinedaten zu entwickeln. „Perspektivisch sollen damit nicht zuletzt auch Impulse für die intersektorale Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenvorgaben zur Qualitätssicherung gegeben werden“, schließt Schwinger. <<

1. Clusterkonferenz: „Zukunft der Pflege“

Innovative Technik nutzen

Die Integration neuer Pflorgetechnologien in den pflegerischen Alltag findet bisher nur punktuell statt. Bei der Entwicklung werden die Anwendungsbedingungen in der Pflege oft nicht genügend berücksichtigt, sodass bei der Implementierung in den pflegerischen Alltag oftmals eine Ablehnung der Pflegenden und Gepflegten zu registrieren ist. Auch fehlende Qualifikationen in der Pflegepraxis können die Anwendung innovativer Technologien hemmen. Wissenschaftliche Erkenntnisse über den Nutzen und die Herausforderungen von Pflorgetechnologien sucht man oft vergebens und so hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Forschungsgelder für das Cluster „Zukunft der Pflege“ bereitgestellt. Erstes Modul ist das „PIZ – Pflegeinnovationszentrum“, in dem die 1. Clusterkonferenz „Zukunft der Pflege“ vom 4. bis 6. Juni 2018 stattfand. Relevante Stakeholder präsentierten bisherige Projekte und hatten Gelegenheit zum Austausch.

>> Das Pflegeinnovationszentrum (PIZ) ist am Informatikinstitut OFFIS in Oldenburg angesiedelt. Das 1991 gegründete OFFIS übernimmt die Koordination des PIZ und entwickelt innovative Lösungen zur bedarfsgerechten Unterstützung von Pflegebedürftigen und Pflegekräften im Alltag. „Erprobt werden sowohl existierende Produkte am Markt als auch aus Forschungsprojekten“, erläuterte Prof. Dr. Susanne Boll-Westermann, die zusammen mit Prof. Dr.-Ing. Andreas Hein die wissenschaftliche Leitung des PIZ innehat. Prof. Hein ergänzte im Zuge der Eröffnung im Juni 2017: „Die Ergebnisse werden wir in Laboren und Showräumen für die Fachöffentlichkeit und für die Weiter- und Ausbildung in der Pflegebranche zugänglich machen.“

Mit der IdeAAL-Wohnung im OFFIS selbst, hat das erste Reallabor bereits seine Umsetzung gefunden. In einer nachgebildeten 2-Zimmer-Wohnung werden die technischen Innovationen für die Pflege im häuslichen Kontext integriert und in der Praxis getestet. Mit der Stationären Pflege, der Intensivpflege und der Pflegedienstzentrale sind drei weitere Reallabore an unterschiedlichen Standorten im Aufbau.

Technologien, Dienstleistun-

gen und Bildungsangebote sollen im PIZ konzipiert werden. Das Zusammenspiel aus der Erforschung systematischer Bedarfe aus der Pflegepraxis, innovativer Ansätze aus der Pflegewissenschaft sowie neuer Technologien soll hier wissenschaftlich fundiert in praxisnahen Settings erprobt werden und evaluierte Lösungen hervorbringen. Damit die technischen Anwendungen, die nicht selten mit höheren Investitionen verbunden sind, in Zukunft auch durch die Kostenträger übernommen werden können – mutmaßlich ein obligatorischer Schritt.

Trilaterale Beziehungen

„Vor dem Hintergrund neuer technologischer Möglichkeiten sowie einem zu erwartenden gesellschaftlich relevanten Defizit an professionellem Pflegepersonal sollen computergestützte Innovationen auf der Mikroebene das direkte pflegerische Handeln unterstützen bzw. vereinfachen, auf der Mesoebene zur Optimierung von Arbeits- und Organisationsprozessen beitragen und auf der Makroebene den wachsenden Bedarf an Steuerungsdaten im Gesundheits- und Pflegewesen bedienen“, wie Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler (PTHV) im Tagungsband der 1. Clusterkonferenz zitiert wird.

Und so war die Bandbreite der vorgestellten Projekte auf der Konferenz denn auch groß. „August“ und „Anna Constanzia“ standen beispielsweise Pate für die Präsentation der Entwicklungen im Feld der Kognitiven Robotik und der Mensch-Maschine-Intervention. Sensoren, Tiefenkamera, Monitor mit Touchscreen – Prof. Dr. Hans-Joachim Böhme von der HTW Dresden stellte Robotersysteme für das Pflegeheim vor. Roboter „August“ spielt Karten mit den Bewohnern oder patrouilliert beispielsweise durch den Wohnbereich, meldet kritische Situationen und fungiert somit als Nachtwächter. „Wir wollen die Lebensqualität verbessern, die Pflegekräfte entlasten und unterstützen – aber nicht ersetzen, und wir wollen Erfahrungen sammeln.“ Das Eruiere von Funktionsweise und Technikakzeptanz stehe hier erst einmal im Vordergrund, so Böhme, der Künstliche Intelligenz an der HTW Dresden lehrt.

Er verwies vor allem auf die Berücksichtigung der trilateralen Beziehung – nämlich Roboter, Bewohner, Betreuer – die bei der Konzeption eines Robotersystems essenziell sei. Böhme war es wichtig darauf hinzuweisen, dass die Roboter keine substituierende Funktion übernehmen sollen, sondern die Ressourcen

der Personen so lange wie möglich aufrecht erhalten werden sollten – mithilfe der Assistenzsysteme.

Mehrere Konsortialpartner sind an dem Projekt beteiligt, welches in der Praxis sehr unterschiedlich von den Bewohnern aufgenommen wurde, wie Böhme berichtete. In der ersten einwöchigen Testphase des Projektes mit dem Hintergrund motorischer und kognitiver Förderung und Ressourcenerhaltung der Bewohner sei die Skepsis recht groß gewesen, doch am Ende habe sich gerade die wahrgenommene Entlastung des Pflegepersonals als erstaunlich groß erwiesen und sei es nur durch eine Unterstützungsfunktion wie dem Vorlesen, was sonst der Therapeut übernehmen müsse. Belastbare Ergebnisse gibt es laut Böhme aber noch nicht. Auf Fragen nach der ethischen Dimension bestätigte Böhme entsprechende Maßnahmen.

Mensch-Technik-Intervention

Mit dem Rollstuhlassistanten „EDAN“, der es Menschen mit starken motorischen Einschränkungen ermöglichen soll, wesentliche tägliche Aufgaben durch elektromyographische Steuerung und Teilautonomie

durchzuführen, stellte Jörn Vogel vom Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) eine weitere Robotik-Anwendung vor. Die Entwicklung gehört zum Projekt „SMiLE“, genauso wie der humanoide Heimassistenzroboter „Rollin’ Justin“, der zweiar-mige, mobile Heimassistenzroboter soll als Unterstützung für ältere Personen mit moderaten Mobilitätseinschränkungen im häuslichen Umfeld fungieren. Interessant: Die Angehörigen können die Roboter via Smartphone oder Tablet steuern. Darüber hinaus „können sie professionelle Hilfe via Teleoperation aus einem Pflege-Kontrollzentrum, angeschlossen über wirkungsvolle Kraftrückkopplungsgeräte, in Anspruch nehmen“.

Bei der Mensch-Technik-Intervention (M-T-I) „OurPuppet“ stehen an Demenz Erkrankte und im Fokus. Die interaktive Puppe,

deren Entwicklung Prof. Dr. Christian Ressel von der Hochschule Rhein-Waal, Kamp-Linfort, vorstellte, soll zur Beruhigung, Orientierung im Tagesablauf, aber auch zur Aktivierung der Pflegebedürftigen beitragen und somit die pflegenden Angehörigen entlasten. Das System besteht aus der Roboterpuppe, einer zentralen Recheneinheit, einer Backend-Infrastruktur und der Smartphone-App für die Angehörigen. Sie kann Sprache und Emotionen über die Gesichtsmimik wiedergeben und ist ebenfalls in der Lage, Menschen im Raum mit dem Blick zu folgen. Rechenintensive Aufgaben wie Sprach- und Emotionserkennung, Kontexterken-nung und -Management und Handlungsplanung finden nach Angaben der Projektpartner auf der zentralen Recheneinheit statt. Dort würden aus Rohdaten (Sprache,

Gesichtsbilder und Umgebungs-sensordaten) Kontexteinfertigt und der Handlungsplanung bereitgestellt. Diese entscheide, welche vordefinierten Programme ausgeführt werden müssten, um die Puppe zu steuern (z. B. Person ansprechen, an Termine erinnern). Die erkannten Situationen und ausgeführten Aktionen würden im Backend gespeichert und den informell Pflegenden über die App bereitgestellt.

Puppet-Begleiter würden geschult und sollen den Betroffenen zur Seite gestellt werden, um den Umgang mit der Puppe zu erlernen.

Nutzerakzeptanz und ethische Aspekte

Zum Phänotyp der Puppe über ihre potenziellen Fähigkeiten hin zur Verlässlichkeit der Technik wurde eine Testgruppe in La-

borsituation befragt. Die Referentin berichtete von der Angst einer Teilnehmerin, die Puppe könne Anlass für die Angehörigen sein, seltener einen Besuch vorzunehmen.

Bedenken bezüglich der Mikrofon- bzw. Kameranutzung gab es durchaus, doch waren wiederum viele durch die Abschaltmöglichkeit der Funktion beruhigt. Der Datenschutz werde durch die Aufklärung und Einverständniserklärung sowie Pseudonomisierung der Daten gewährleistet. Tests im häuslichen Alltag stehen noch aus. Das vom BMBF geförderte Projekt läuft noch bis 2019.

Den Dialog zwischen allen in der Pflege Beteiligten verstärken und so den Transfer und Austausch über den Einsatz von Pflege-technologien beschleunigen – ist erklärtes Ziel des BMBF. Die Zeit scheint reif. <<

Etablierung eines Pflegeinnovationszentrums (PIZ)

Verbundkoordinator: OFFIS e.V., Oldenburg

Partner:

- Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
- Hanse Institut Oldenburg Bildung und Gesundheit GmbH, Oldenburg
- Universität Bremen

Volumen: 3,9, Millionen Euro (100% Förderanteil durch BMBF)

Laufzeit: 06/2017 - 05/2022

Motivation: Ziel des Wettbewerbs „Zukunft der Pflege“ ist es, den Einsatz neuartiger Pflege-technologien an mehreren Orten in Deutschland erlebbar zu machen. Dazu werden ein Pflegeinnovationszentrum (Fördermodul 1) und vier Pflegepraxiszentren (Fördermodul 2) in einem Cluster „Zukunft der Pflege“ zusammengeführt. Im Pflegeinnovationszentrum (PIZ) werden möglichst vielfältige Pflege-technologien unter realistischen Bedingungen erforscht und in interdisziplinären Teams weiterentwickelt.

Ziele und Vorgehen: Unter Federführung des OFFIS etabliert das PIZ ein Innovationslabor für neue bedarfsgerechte Pflege- und Assistenztechnologien. Dabei werden Bedarfslagen aus der Pflegepraxis, innovative Ansätze aus der Pflegewissenschaft sowie neue assistive Technologien erforscht. In praxisnahen Pflegesettings werden die Erkenntnisse erprobt und evaluiert. Begleitend dazu werden Qualifizierungsmodelle entwickelt, um Kompetenzen der Techniknutzung und Technikhandhabung bzw. zukünftig der Technik(mit)gestaltung in der akademischen und beruflichen Pflegeausbildung zu verankern. Damit die neuen Technologien möglichst realitätsnah demonstriert werden können, sollen drei Labore aufgebaut werden. Dort sollen die häusliche Pflege, die Pflege in Heimen und Hospizen sowie die Pflege in Kliniken simuliert werden.

Innovationen und Perspektiven: In den Laboren werden auf dem Markt und in der Entwicklung befindliche Systeme integriert. Dabei wird untersucht, inwieweit verschiedene Systeme und Technologien gemeinsam genutzt und eine herstellerübergreifende Interoperabilität hergestellt werden kann.



Dr. Ilona Köster-Steinebach,
Geschäftsführerin des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

„Grundlagen für Transparenz und Patientensicherheit erforderlich!“

>> Nun ist er da, der mit Spannung erwartete Entwurf des Pflegepersonalstärkungsgesetzes. Er bringt (wahrscheinlich) tiefgreifende Änderungen in den Anreizstrukturen rund um den Einsatz von Pflegekräften im Krankenhaus. Das ist aus Sicht der Patientensicherheit sehr zu begrüßen. Bisher hatten ausgerechnet die Krankenhausleitungen, die letztlich das größte Potential zur (offenen wie verdeckten) Gestaltung des tatsächlichen Personaleinsatzes hatten, den größten Anreiz zu reduzieren. Das wird mit der neuen Gesetzeslage, so scheint es, umfassend geändert, verbessert. Bei aller Zustimmung verbleiben aber auch Sorgen: die Befürchtung, dass nun die Krankenhäuser das Personal aus der ebenfalls angespannten Altenpflege abziehen, um ein Beispiel zu nennen. Oder dass bei voller Refinanzierung der Pflege diese Aufgaben z.B. der Hauswirtschaft übernehmen muss, damit dort Einsparungen für Investitionen oder Gewinne möglich sind. Und schließlich, dass attraktive Häuser und Regionen Personal auf Kosten anderer Standorte aufbauen, also die Segnungen des Gesetzes nicht bei allen Patienten ankommen.

Insgesamt sind die Regelungen rund um die neue Finanzierung der Pflege durchaus komplex. Gerade aber wenn komplexe Regelungen auf ein nicht minder komplexes System treffen, ist mitnichten sichergestellt, dass sie auch das beabsichtigte Ergebnis zeitigen. Umso dringender wäre, dass endlich mehr Transparenz in diesem Bereich geschaffen wird: über den tatsächlichen Pflegebedarf und die tatsächliche Personalausstattung. Bedauerlicherweise fehlt genau dieser Aspekt (noch?) im Gesetzentwurf. Patientenorganisationen, Gewerkschaften, wissenschaftliche Fachgesellschaften, das Aktionsbündnis Patientensicherheit – alle fordern gleichermaßen die Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments, das am individuellen Pflegebedarf ausgerichtet ist.

Ein solches Tool, das übrigens im Bereich des SGB XI schon längst entwickelt wird, hätte zahlreiche Vorteile. Die Verhandlungspartner der krankenhausesindividuellen Pflegebudgets hätten Daten, anhand derer sie fundierte Entscheidungen treffen könnten. Die Politik könnte überprüfen, ob ihre Maßnahmen ankommen und wo noch Bedarf an Nachsteuerung besteht. Die Versorgungsforschung hätte endlich eine gesicherte Grundlage, auf der Aussagen über die Wirkungen ausreichender oder eben auch nicht ausreichender Personalausstattung getroffen werden könnten. Wichtig wäre dabei, dass die Forschung deutlich macht, dass gute Pflege nicht nur ein Kostenfaktor ist, sondern im Gegenteil viele vermeidbare Beeinträchtigungen und damit Folgekosten vermeidet. Überhaupt könnte damit erstmals wirklich fundiert quantifiziert werden, wo wie viel Pflegepersonal fehlt. Für das Pflegepersonal könnte sich der positive Effekt ergeben, dass de-

finiert würde, was zu ihren Aufgaben zählt und was nicht. Nur wenn er niedergelegt ist, kann ein solcher Aufgabenkatalog genutzt, aber auch gezielt verändert werden. Nicht zuletzt gäbe es auch Vorteile für Patienten, weil nur auf der Basis ausreichender Daten über den Pflege(personal)bedarf auch im Interesse von Patientensicherheit gehandelt werden kann.

Wer länger im gesundheitspolitischen Geschäft ist, weiß, dass Finanzierungsregelungen kommen und gehen. Ob insbesondere die im aktuellen Gesetzentwurf enthaltene Vorgabe, dass jegliche Pflegepersonalbesetzung per se als wirtschaftlich im Sinne von § 12 SGB V gilt, die Zeiten überdauert, darf bezweifelt werden. Unter den Bedingungen von Pflegepersonalknappheit ist eine Überbesetzung an einer Stelle auch nicht vorteilhaft für die Patientensicherheit im größeren Zusammenhang, denn die Pflegekräfte fehlen dann anderswo. Wenn also – im jetzigen Gesetzgebungsverfahren oder in späteren – die Vorgaben wieder geändert werden, ist es wichtig, dass trotzdem eine fundierte und an der Patientensicherheit ausgerichtet Grundlage für öffentliche Transparenz, Forschung und regulative Eingriffe besteht. Deshalb sollte die jetzige Chance, dies gesetzgeberisch auf den Weg zu bringen, nicht versäumt werden. Denn eines ist klar: Wenn der Teufelskreis in der Pflege, bestehend aus Unattraktivität, Personalmangel und gefährlicher Pflege, nicht nachdrücklich und nachhaltig durchbrochen wird, wird es nicht auf Dauer gelingen, Menschen für dieses wichtige Berufsbild zu gewinnen.

Noch ein weiterer Punkt spricht für die Entwicklung und verpflichtende Anwendung eines bedarfsorientierten Personalbemessungstools: Der Pflegenotstand ist als Thema in der Öffentlichkeit angekommen. Wen wundert es, schließlich kann jede/r unvermittelt Patient oder Patientin im Krankenhaus werden. Und aus dem Verwandten- oder Freundeskreis ist bestimmt auch jemand auf gute Versorgung angewiesen. Also auch wenn die aktuelle Medienpräsenz des Themas abnimmt: seine gesellschaftliche Relevanz bleibt. In welchem Umfang und wie schnell die Politik die erkannten Probleme auch wirklich anpackt und Veränderungen bewirkt, sollte nicht nur Verhandlungen unter Ausschluss der Öffentlichkeit überlassen werden. Zumindest die Ergebnisse, ablesbar an Veränderungen des Verhältnisses von Pflegebedarf zu Personaleinsatz, sollten auch öffentlich nachvollziehbar sein. Es wäre auch zum Vorteil der (Gesundheits-)politik, an diesem Beispiel zu zeigen: Wir haben verstanden! Auch hinsichtlich gesellschaftlicher Transparenz. <<

Und Ihre Meinung? Mailen Sie an den Herausgeber!
(roski@monitor-pflege.de)

Prof. Dr. phil. Michael Simon

Pflegepersonaluntergrenzen

Die gesetzliche Verpflichtung zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung

Mitte 2017 einigte sich die damalige Große Koalition darauf, dass zum 1.01.2019 sogenannte ‚Pflegepersonaluntergrenzen‘ im Pflegedienst der Krankenhäuser eingeführt werden sollen. Der betreffende § 137i SGB V trat Mitte 2017 in Kraft und beauftragte den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bis spätestens zum 30.06.2018 eine vertragliche Vereinbarung über die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen zu treffen. Beide Vertragspartner wurden durch Gesetz verpflichtet, bei der Entscheidungsfindung weitere Organisationen zu beteiligen. Das Gesetz nennt die anerkannten Organisationen der Patientenvertretung, den Deutschen Pflegerat, die Gewerkschaft ver.di, die AWMF, den DGB und den Arbeitgeberverband.

>> Seit Mitte 2017 finden in der Regel monatliche bilaterale Verhandlungen zwischen GKV-SV und DKG statt, und die zu beteiligenden Organisationen werden in vierteljährlichen großen Beratungsrunden über den Stand der Verhandlungen informiert. In den bisherigen großen Beratungsrunden traten tiefgreifende Meinungsverschiedenheiten zutage nicht nur zwischen GKV-SV und DKG, sondern vor allem auch zwischen den beiden Vertragspartnern auf der einen und den zu beteiligenden Organisationen auf der anderen Seite. Diese Kontroversen zwischen den Vertragspartnern und den zu beteiligenden Organisationen verschärften sich im Verlauf der Beratungen, und in der letzten regulären Beratungsrunde vom 8. Mai 2018 zeigte sich ein tiefer Dissens zwischen den beiden Vertragspartnern GKV-SV und DKG sowie den Beamten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf der einen und allen anderen anwesenden zu beteiligenden Organisationen.

Im Mittelpunkt der Kontroverse steht die Frage, ob die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen lediglich ein Minimum an Personalbesetzung verlangen sollen, oder ob sie so festzulegen sind, dass sie eine bedarfsgerechte Patientenversorgung ermöglichen. Während GKV-SV, DKG und auch die Beamten des BMG die Auffassung vertreten, § 137i SGBV verlange keine bedarfsgerechte Personalbesetzung, vertreten die zu beteiligenden Organisationen die Auffassung, dass Pflegepersonaluntergrenzen auf einem Niveau festgelegt werden sollten, das eine bedarfsgerechte Patientenversorgung ermöglicht. Die anstehende Entscheidung ist zwar in erster Linie eine politische, bei der Frage der Bedarfsgerechtigkeit zukünftiger Vorgaben

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag untersucht die Frage, ob die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGBV lediglich eine minimale Personalbesetzung verlangen sollen oder ob sie eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen haben. Die Sichtung der einschlägigen Vorschriften des Sozial- und Krankenhausrechts sowie anerkannter Sozialrechtskommentare führt zu dem Ergebnis, dass sowohl die Krankenkassen als auch die zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet sind, eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Daraus kann abgeleitet werden, dass auch Pflegepersonaluntergrenzen so auszugestalten sind, dass sie eine bedarfsgerechte Patientenversorgung gewährleisten.

Schlüsselwörter

Krankenhaus, Pflegepersonal, Pflegepersonaluntergrenzen.

zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser spielen jedoch auch rechtliche Aspekte eine Rolle.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die maßgeblichen Rechtsvorschriften zur Frage der Bedarfsgerechtigkeit der Krankenausbehandlung und stellt die in anerkannten Sozialrechtskommentaren hierzu vertretenden Rechtsauffassungen vor. Ergebnis der Prüfung der genannten Quellen ist, dass auch für Pflegepersonaluntergrenzen das Bedarfsdeckungsprinzip zu gelten hat. Daraus ist abzuleiten, dass Pflegepersonaluntergrenzen so festzulegen sind, dass sie eine bedarfsgerechte Patientenversorgung gewährleisten.

Pflegepersonaluntergrenzen: Minimalbesetzung oder bedarfsgerechte Personalausstattung?

In der am 21.11.2017 stattgefundenen zweiten Sitzung der großen Beratungsrunde nach § 137i SGB V entwickelte sich eine kurze kontroverse Diskussion darüber, ob Pflegepersonaluntergrenzen eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherzustellen haben oder nur einen Minimalstandard, der unterhalb des fachlich gebotenen Versorgungsstandards liegt. Insbesondere von Seiten der Delegation der Patientenvertretung wurde unter Hinweis auf einschlägige Bestimmungen des SGB V die Position vertreten, dass Pflegepersonaluntergrenzen so auszugestalten sind, dass sie eine bedarfsgerechte Personalbesetzung ermöglichen. Dem wurde entgegen gehalten, dass § 137i Abs. 1 SGB V lediglich ‚Untergrenzen‘ fordere, bei denen es sich nur um ‚Mindestvorgaben zur Personalausstattung‘ handeln soll. Mit diesen Mindestvorgaben solle lediglich sichergestellt werden, dass keine ‚unerwünschten Ereignisse‘ im Sinne von Schädigungen der Patientengesundheit eintreten.

In der Diskussion konnte keine Einigung erzielt werden und die anwesenden Beamten des BMG sagten eine juristische Prüfung der Frage zu. Das Ergebnis dieser Prüfung legte das BMG in einem als ‚Informationsvermerk‘ bezeichneten Papier vom 2.02.2018 vor und verteilte es an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der großen Beratungsrunde (BMG 2018). In diesem Informationsvermerk vertrat das BMG die Rechtsauffassung, § 137i SGB V enthalte keinen Auftrag zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen, die eine bedarfsgerechte Personalausstattung gewährleisten. Ziel des § 137i SGBV sei

vielmehr

„ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personal-ausstattung“

(BMG 2018: 2).

Die geforderten Pflegepersonaluntergrenzen sollten lediglich „zur Verringerung des Eintritts von Patientengefährdungen beitragen“ und dies auch nur

„in den Bereichen, in denen ein besonderer Zusammenhang zwischen einer ausreichenden Pflegepersonalausstattung und der Verringerung unerwünschter Ereignisse besteht (pflegesensitive Bereiche)“
(ebd.).

Diese Rechtsauffassung konnte die an den Beratungen zu beteiligten Organisationen jedoch nicht überzeugen. Sie sind weiterhin der Auffassung, dass Pflegepersonaluntergrenzen so festzulegen und auszugestalten sind, dass sie eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung im Krankenhaus gewährleisten können. Dies haben die an den Beratungen beteiligten Organisationen in mehreren Einzelstellungnahmen sowie gemeinsamen Stellungnahmen sowohl gegenüber den beiden Vertragsparteien GKV und GKV-SV als auch dem BMG und den Mitgliedern des Bundestagsausschusses für Gesundheit klargestellt (AWMF 2018; DPR 2018; PatV/ver.di/DGB 2018).

Darüber hinaus forderten in einer Anhörung des Gesundheitsausschusses am 18.04.2018 weitere Organisationen der Patientenvertretung ebenfalls eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der geplanten Pflegepersonaluntergrenzen (APS 2018; DSP 2018; vzbv 2018).

Und nicht zuletzt verlangt auch der Bundesrat in einer Entschlie-ßung vom 23.03.2018, die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V so auszugestalten, dass sie eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen.

„Der Personalschlüssel muss so hoch sein, dass eine bedarfsgerechte Versorgung und Pflege der Patientinnen und Patienten sichergestellt ist. Hierfür ist eine Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahl zu verwenden“

(BR-Drs. /18, Beschluss).

In der Begründung der Entschlie-ßung wird ausgeführt:

„Insbesondere ist darüber hinaus wichtig, dass der Personalschlüssel ausreichend hoch ist für eine bedarfsgerechte Versorgung. Denn die Personalschlüssel sollen nicht nur Untergrenzen sein, sondern eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung ermöglichen“

(BR-Drs. /18, Beschluss: 3).

Davon unbeeindruckt halten die beiden Vertragsparteien DKG und GKV-SV weiterhin an der bereits im Zwischenbericht vom Januar 2018 erwähnten Entscheidung fest, Pflegepersonaluntergrenzen auf Grundlage des sogenannten ‚Perzentilansatzes‘ auf dem Niveau des unteren Dezils oder bestenfalls unteren Quartils der gegenwärtigen Ist-Personalbesetzung festzulegen (GKV-SV/DKG 2018). Das BMG trägt diese Grundsatzentscheidung offensichtlich mit, was sich bereits früh abzeichnete und nicht zuletzt in einem Schreiben des BMG vom 26.04.2018 deutlich wurde, in dem es seine Zustimmung zu den

Plänen der beiden Vertragsparteien erklärt.

Es liegt nun in der Hand der Regierungskoalition, wie sie mit dieser Kontroverse umgeht. Akzeptiert sie die Entscheidung der beiden Vertragsparteien und lässt die sich abzeichnende Vereinbarung mit Pflegepersonaluntergrenzen auf sehr niedrigem Niveau zum 1.01.2019 in Kraft treten oder schließt sie sich der Auffassung an, dass Pflegepersonaluntergrenzen eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten sicherzustellen haben. Dann dürfte sie eine solche Vereinbarung nicht in Kraft treten lassen.

Die Frage, ob Pflegepersonaluntergrenzen bedarfsgerecht zu sein haben oder nur eine Minimalbesetzung verlangen sollen, spricht nicht nur politische Erwägungen an, sondern wirft auch Fragen der Auslegung des geltenden Sozialrechts auf. Nachfolgend soll darum dargelegt werden, welche Aussagen das Sozial- und Krankenhausrecht zur Frage der Bedarfsgerechtigkeit von Krankenhausleistungen enthält und wie anerkannte Sozialrechtskommentare die Frage beantworten, ob sich aus dem Sozialrecht nur ein Anspruch auf eine Minimalversorgung oder auf eine bedarfsgerechte Versorgung ergibt.

Die nachfolgenden Ausführungen sollen und können nicht gegebenenfalls erforderliche Rechtsgutachten ersetzen, sie sollen lediglich über maßgebliche übergeordnete Rechtsnormen und die in anerkannten Rechtskommentaren vertretenen Rechtsauffassungen informieren.

Der allgemeine Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit in SGB V und KHG

Das Bedarfsdeckungsprinzip ist eines der zentralen Prinzipien des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist insbesondere in § 70 SGB V festgeschrieben. Unter der Überschrift „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ werden die grundsätzlichen Anforderungen an die für die GKV-Versicherten zu erbringenden Leistungen festgelegt:

„Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“
(§ 70 Abs. 1 SGB V).

Die in § 70 festgelegten allgemeinen Grundsätze haben alle Leistungserbringer und Krankenkassen zu beachten (Schlegel/Voelzke 2016: § 70), Normzweck ist die Definition von Auslegungsregeln für Gerichte und Sozialversicherungsträger (Wagner/Knittel 2017: § 70). Zur Bedeutung der Forderung nach Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung in § 70 Abs. 1 SGB V sind in einschlägigen Rechtskommentaren die folgenden Aussagen zu finden:

„Absatz 1 Satz 1 gibt Krankenkassen und Leistungserbringern auf, eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“ (Schlegel/Voelzke 2016: § 70).

Krankenkassen und Leistungserbringer haben eine am tatsächlichen Bedarf ausgerichtete Versorgung zu gewährleisten (Becker/Kingreen 2017: § 70).

Der Begriff ‚bedarfsgerecht‘ im Sinne des § 70 Abs. 1 SGB V ist dahingehend auszulegen, dass sich die Leistungen nach dem tatsächlichen Bedarf richten (Hänlein/Schuler 2016: § 70).

§ 70 Abs. 1 SGB V fordert einen ‚Qualitätsstandard‘ ein, der gewährleisten soll, dass eine am tatsächlichen Bedarf der Versicherten orientierte Leistungserbringung sichergestellt ist (Spickhoff 2014: § 70)

Der gemeinsamen Selbstverwaltung kommt vor diesem Hintergrund lediglich die Aufgabe zu, die in § 70 SGB V enthaltene allgemeine Gewährleistungsverpflichtung durch ihre Vereinbarungen zu konkretisieren (Spickhoff 2014: § 70). Sie ist in ihren Vereinbarungen an das Gebot einer bedarfsgerechten Versorgung im Sinne einer am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Versicherten orientierten Leistungserbringung gebunden und kann den in § 70 Abs. 1 SGB V festgelegten Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit durch ihre Vereinbarungen nicht aufheben.

Folglich dürfte davon auszugehen sein, dass der Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen auch für § 137i SGB V gilt. Er wurde vom Gesetzgeber für diesen Regelungsbereich weder ausgesetzt noch aufgehoben. Da es sich beim Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen um einen übergeordneten allgemeinen Grundsatz handelt, erscheint es auch zweifelhaft, ob der Gesetzgeber die Geltung dieses allgemeinen Grundsatzes für einzelne Leistungen überhaupt aufheben kann, ohne zuvor die allgemeine Geltung dieses Grundsatzes aufzuheben oder explizit einzuschränken.

Daraus lässt sich ableiten, dass Pflegepersonaluntergrenzen so festzulegen sind, dass sie eine bedarfsgerechte Patientenversorgung gewährleisten.

Zur Bedeutung der Begriffe „ausreichend“, „zweckmäßig“ und „wirtschaftlich“

Die Unterschreitung eines bedarfsgerechten Niveaus der Patientenversorgung kann auch nicht durch den Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 SGB V begründet werden.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot verlangt oder rechtfertigt keine Beschränkung der Leistungen auf ein Minimum. Der Begriff ‚wirtschaftlich‘ meint lediglich das Verhältnis von eingesetzten Mitteln zu angestrebtem oder erzieltm Heilerfolg (Prütting 2016: § 12 SGB V).

„Wirtschaftlichkeit“ bezeichnet zunächst nur die „Relation zwischen der günstigsten und der tatsächlich erreichten Kostensituation“ (Quaas/Zuck/Clemens 2014: 144) und beschreibt in der Sache „nichts anderes als das Prinzip der Verhältnismäßigkeit“ (ebd.: 147).

Das Gleiche gilt für die Begriffe ‚ausreichend‘ und ‚zweckmäßig‘. Der Begriff ‚ausreichend‘ ist nicht als Rechtfertigung der Beschränkung auf ein ‚Minimum‘ an Leistungen zu verstehen, das lediglich ausreicht, zusätzliche Schädigungen der Patientengesundheit zu vermeiden. Die Forderung nach ausreichenden Leistungen besagt vielmehr, dass die Leistungen „nach Umfang und Qualität hinreichende Chancen für einen Heilerfolg bieten“ (Bergmann/Pauge/Steinmeyer 2017: 976; Eichenhofer/Wenner 2013: § 2 Rn. 14). Für die Beantwortung der Frage, ob Leistungen diese Chancen bieten, „ist der Einzelfall entscheidend“ (ebd.).

Die Begriffe bedarfsgerecht, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind offensichtlich nicht als konkurrierend oder einander widersprechend zu deuten, sondern als sich ergänzende Charakteri-

sierungen.

Wie man es auch wendet, die Auffassung, § 137i SGB V würde Pflegepersonaluntergrenzen fordern oder rechtfertigen, die für eine bedarfsgerechte, in der fachlich gebotenen Qualität erbrachte pflegerische Versorgung im Krankenhaus nicht ausreichen, ist weder überzeugend noch steht sie im Einklang zu übergeordneten Grundsätzen des Sozialrechts.

Zur Frage der Bedarfsgerechtigkeit der Krankenhausbehandlung

Auch aus den Vorgaben des § 39 SGB V zur Krankenhausbehandlung lässt sich ein Anspruch der Versicherten auf die zur Deckung des individuellen Versorgungsbedarfs notwendigen Leistungen und eine entsprechende Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser ableiten:

„Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung“

(§ 39 Abs. 1 SGB V).

§ 39 Abs. 1 SGB V konkretisiert das Gebot der Bedarfsgerechtigkeit für die Krankenhausbehandlung ausdrücklich dahingehend, dass alle im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit notwendigen Leistungen zu erbringen sind. Eine Einschränkung auf ein ‚Minimum‘ ist aus dieser Rechtsvorschrift nicht abzuleiten, im Gegenteil: Wenn alle im Einzelfall notwendigen Leistungen zu erbringen sind, dann impliziert dies die Verpflichtung zur Erbringung aller zur Deckung des individuellen Versorgungsbedarfs (im Einzelfall) notwendigen Leistungen. Und diese schließen auch alle aus pflegfachlicher Sicht gebotenen pflegerischen Leistungen ein.

Dies wiederum ist nur mit einer Personalausstattung möglich, die zur Deckung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten ausreichend ist. Somit lässt sich aus § 39 Abs. 1 SGB V die Verpflichtung sowohl der zugelassenen Krankenhäuser als auch der Krankenkassen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Personalausstattung im Krankenhaus und folglich auch im Pflegedienst der Krankenhäuser ableiten.

Vor diesem Hintergrund ist auch der vom BMG vertretenen Auffassung zu widersprechen, Krankenhäuser seien lediglich verpflichtet, „durch geeignete organisatorische Maßnahmen dafür Sorge zu tragen, dass es während der Krankenhausbehandlung nicht zu patientengefährdenden Personalsituationen kommt“ (BMG 2018: 1). Eine solche Auffassung steht in eklatantem Widerspruch zum Sozial- und Krankenhausrecht. Würde man die in der zitierten Passage des BMG-Informationsvermerks enthaltene Rechtsauffassung ernst nehmen, bestünde der Zweck einer Krankenhausbehandlung lediglich darin, dass Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes keine weiteren Schädigungen ihrer Gesundheit erleiden.

Wie an § 39 Abs. 1 SGB V zu erkennen, geht der Versorgungsauftrag aber deutlich über die Vermeidung patientengefährdender Situationen hinaus. Die gesetzlichen Anforderungen und auch die gesellschaftlichen Erwartungen an eine Krankenhausbehandlung beschränken sich nicht darauf, dass Patienten im Krankenhaus nicht noch zusätzliche Gesundheitsschäden erleiden. Krankenhäuser ha-

ben gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) Einrichtungen zu sein,

„in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“

(§ 2 Nr. 1 KHG).

Die Bedeutung des Grundsatzes der Bedarfsgerechtigkeit ist auch an § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) abzulesen, der als oberstes Ziel staatlicher Krankenhauspolitik die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung vorgibt (Hervorhebungen: MS):¹

„Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“

(§ 1 Abs. 1 KHG).

Wenn die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Krankenhausleistungen oberstes Ziel staatlicher Krankenhauspolitik zu sein hat, dann hat dies auch für Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V zu gelten. Sie sind folglich so auszugestalten, dass sie in der Lage sind, eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu sicherzustellen.

Die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen unterhalb eines

für die bedarfsgerechte Versorgung ausreichenden Niveaus ist auch nicht mit dem Verweis auf den Begriff der ‚Untergrenze‘ oder ‚Mindestbesetzung‘ zu begründen. Der Begriff ‚Untergrenze‘ enthält keine Aussage zur Höhe einer solchen Grenze, sondern nur die Feststellung, dass die betreffende Grenze nicht unterschritten werden darf. Das Gleiche gilt auch für die Festlegung einer Mindestbesetzung im Sinne von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung. Beide Begriffe zeigen nur an, dass die betreffende Personalbesetzung oder Anforderung ‚mindestens‘ vorzuhalten oder einzuhalten ist. Die Verwendung der Begriffe ‚Untergrenze‘, ‚Mindestbesetzung‘ oder ‚Mindestanforderungen‘ legitimiert keine Absenkung des Leistungsanspruchs der GKV-Versicherten auf ein ‚Minimum‘.²

Fazit

Die Sichtung der einschlägigen Rechtsvorschriften des Sozial- und Krankenhausrechts sowie anerkannter Sozialrechtskommentare hat zu dem Ergebnis geführt, dass Pflegepersonaluntergrenzen so auszugestalten sind, dass sie eine bedarfsgerechte Versorgung von

— — —

1: Das Bundesverwaltungsgericht spricht sogar von „dem in § 1 KHG bezeichneten überragenden Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung“ (BVerwGE 72, 38 [47f.]).

2: Dass in Mindestanforderungen sehr wohl hohe Ansprüche an Leistungserbringer festgelegt werden können, zeigt nicht zuletzt die G-BA Richtlinie für Früh- und Reifgeborene, die teilweise eine 1:1 Personalbesetzung auf Intensivstationen verlangt.

Literatur

- APS, Aktionsbündnis Patientensicherheit (2018): Stellungnahme des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personalbemessung in den Krankenhäusern durchsetzen“ und Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Sofortprogramm für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus“. BT-Drs. 19(14)0006(1) vom 9.04.2018.
- AWMF, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2018): Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der beteiligten Fachgesellschaften zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen – Stand 02.05.2018.
- Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten (Hg.) (2017): SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar. 5., neu bearbeitete Auflage. München: C.H. Beck.
- Bergmann, Karl Otto; Pauge, Burkhard; Steinmeyer, Heinz-Dietrich (Hg.) (2017): Gesamtes Medizinrecht. 3. Auflage. Baden-Baden: Nomos.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018): Informationsvermerk zur rechtlichen Einordnung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V. Berlin, 2. Februar 2018.
- DPR, Deutscher Pflegerat (2018): Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18.04.2018 (BT-Drucksachen 19/30, 19/79, 19/446, 19/447). Online verfügbar unter: http://www.bundestag.de/ausschuesse/a14_gesundheit/anhoeerungen/stellungnahmen-inhalt/549914 (20.04.2018).
- DSP, Deutsche Stiftung Patientenschutz (2018): Stellungnahme zur Anhörung „Pflegepersonalmangel in den Krankenhäusern und in der Altenpflege“ des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18. April 2018 zu den Bundestagsdrucksachen 19/30, 19/79, 19/446 und 19/447. Online verfügbar unter: http://www.bundestag.de/blob/550388/05d072ecddc5e42832e88431194b366f/19_14_0006-5-_deutsche-stiftung-patientenschutz_pflegepersonal-mangel-data.pdf (20.04.2018).
- Eichenhofer, Eberhard; Wenner, Ulrich (Hg.) (2013): Kommentar zum Sozialgesetzbuch V. Köln: Luchterhand.
- GKV-SV, GKV-Spitzenverband; DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018): Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V. Zwischenbericht des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) an das Bundesministerium für Gesundheit. Stand: 30.01.2018. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung/1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_01_30_Pflegepersonaluntergrenzen_Zwischenbericht_an_BMG.pdf (1.03.2018).
- Hänlein, Andreas; Schuler, Rolf (Hg.) (2016): Sozialgesetzbuch V. Gesetzliche Krankenversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 5. Auflage. Baden-Baden: Nomos.
- PatV, Vertretung der Patientenorganisationen nach § 140f SGB V; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft; DGB, Deutscher Gewerkschaftsbund (2018): Pflegepersonaluntergrenzen müssen eine bedarfsgerechte Versorgung aller Krankenhauspatienten zu jeder Zeit sicherstellen. Gemeinsame Positionierung der VertreterInnen von den Patientenorganisationen nach § 140f SGB V, der Gewerkschaft ver.di und des DGB. Berlin, 1. Februar 2018. Online verfügbar unter: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/mehr-personal/++co++5781625e-52a2-11e8-a3eb-525400f67940> (9.05.2018).
- Prütting, Dorothea (Hg.) (2016): Medizinrecht Kommentar. 4. Auflage. Köln: Luchterhand.
- Quaas, Michael; Zuck, Rüdiger; Clemens, Thomas (Hg.) (2014): Medizinrecht. 3., vollständig neu bearbeitete Auflage. München: C. H. Beck.
- Schlegel, Rainer; Voelzke, Thomas (Hg.) (2016): SGB V Sozialgesetzbuch. Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung. Band 1: §§ 1-106b. Saarbrücken: juris.
- Spickhoff, Andreas (2014): Medizinrecht. 2. Auflage. München: C.H. Beck.
- vzbv, Verbraucherzentrale Bundesverband (2018): Bedarfsgerechte Pflege im Krankenhaus ermöglichen. Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personalbemessung in den Krankenhäusern durchsetzen“, BT-Drs. 19/30; zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Sofortprogramm für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus“, BT-Drs. 19/447. 16. April 2018. Online verfügbar unter: http://www.bundestag.de/ausschuesse/a14_gesundheit/anhoeerungen/stellungnahmen-inhalt/549914 (20.04.2018).
- Wagner, Regine; Knittel, Stefan (Hg.) (2017): Soziale Krankenversicherung. Pflegeversicherung. Kommentar. Band 2: SGB V § 69 - § 283. München: C.H. Beck.

Krankenhauspatienten gewährleisten können. Pflegepersonaluntergrenzen, die auf dem Niveau der gegenwärtig am schlechtesten besetzten Krankenhäuser festgesetzt werden, die dies GKV-SV und DKG planen, wären nicht mit dem sowohl für das GKV-Recht als auch das Krankenhausrecht zentralen Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit von Leistungen vereinbar.

Wenn GKV-SV und DKG Pflegepersonaluntergrenzen auf diesem Niveau vereinbaren, wird die Regierungskoalition vor der Entscheidung stehen, wie sie sich zu einer derartigen Vereinbarung stellen soll. Lässt sie Pflegepersonaluntergrenzen in Kraft treten, die erklärtermaßen nicht dem Ziel dienen sollen, eine bedarfsgerechte Versorgung der Krankenhauspatienten zu gewährleisten, oder interveniert sie und verhindert deren Inkrafttreten. Eines kann die Regierungskoalition auf jeden Fall nicht: sich nicht verhalten. Auch eine Nicht-Intervention ist eine Positionierung, denn wenn sie nicht interveniert, billigt sie die Vereinbarung von DKG-SV und DKG.

Will die Regierungskoalition die Glaubwürdigkeit ihrer Ankündigung, die Arbeitsbedingungen im Pflegedienst der Krankenhäuser spürbar verbessern zu wollen, bewahren, bleibt im Grunde nur eine Option: Sollte die geplante Vereinbarung von GKV-SV und DKG tatsächlich so wie geplant getroffen werden, steht die Regierungskoalition in der Verantwortung, deren Inkrafttreten zu verhindern. <<

Minimum Nurse-to-Patient Ratios and the Legal Obligation to Ensure a Needs-based Hospital Care

This contribution examines the question, whether the proposed Minimum Nurse-to-Patient Ratios for German hospitals should require only a minimal nurse staffing or have to ensure a nurse staffing that meets the patient care needs. A review of social and hospital legislation, and legal commentaries shows that sickness funds and hospitals are legally bound to ensure a needs-based care. Therefore, Minimum Nurse-to-Patient Ratios also have to ensure a needs-based hospital care.

Keywords

Hospital, nurse staffing, minimum nurse-to-patient ratios.

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen..

Prof. Dr. phil. Michael Simon

war von 1998 bis Anfang 2016 Hochschullehrer an der Hochschule Hannover, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales, Abteilung Pflege und Gesundheit. Seine Arbeitsschwerpunkte sind: Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik.

Kontakt: Michael.Simon@hs-hannover.de



Maggie Musewitsch B.Sc.
Lea Baruth B.Sc.
Marie-Christin Kerkmann B.Sc.
Ferdinand Steinbacher B.Sc.
Romy Haas B.Sc.
Laura Keim B.Sc.
Dr. med. Pia Runge
Prof. Dr. Karel Kostev

Ermittlung des Patientenpotenzials für die extrabudgetären Ergotherapie-Verordnungen

Ergotherapie unterstützt Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind, um sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken (DVE 2007). Im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Behandlung steht vor allem der ganzheitliche Blick auf den/die jeweilige/n Klienten/in inklusive aller Bedürfnisse und Beziehungen der verschiedenen körperlichen und psychischen Teilbereiche zueinander. Die Ergotherapie ist als Heilmittel von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt und wird zudem im Rahmen der Prävention eingesetzt. Die statistischen Angaben der GKV zeigen aus dem Jahr 2017, dass Hausärzte mit 584.952, Kinderärzte mit 430.176 sowie Nervenärzte mit 145.771 die Spitze der Ergotherapie-Verordnungen bilden (GKV-Spitzenverband, 2018). Ergotherapie kann budgetär oder extrabudgetär verordnet werden. Von einem extrabudgetären Honorar spricht man, wenn bestimmte Leistungen jederzeit und zu 100% von den Krankenkassen übernommen werden, wie z.B. Schutzimpfungen oder Schwangerschaftsuntersuchungen. Details zur Höhe der Gesamtvergütung und der Abgrenzung zwischen extrabudgetären oder budgetierten Leistungen regelt jede Krankenversicherung auf regionaler Ebene mit den Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden in den Honorarverträgen (Kassenärztliche Vereinigung Hessen). Seit dem 1.1.2017 gilt eine aktualisierte Liste der Diagnosen, bei denen Heilmittel wie Ergotherapie extrabudgetär verordnet werden dürfen (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (Tab. 1). Mit der Veröffentlichung dieser Liste stellt sich die Frage, wie viele Patienten in Deutschland für eine extrabudgetäre Verordnung der Ergotherapie in Frage kommen bzw. einen Anspruch darauf haben. Ziel dieser Arbeit ist es, diese Anzahl zu ermitteln.

Zusammenfassung

Seit dem 1.1.2017 gilt eine aktualisierte Liste der Diagnosen, bei denen Heilmittel wie Ergotherapie extrabudgetär verordnet werden dürfen. Mit der Veröffentlichung dieser Liste stellt sich die Frage, wie viele Patienten in Deutschland für eine extrabudgetäre Verordnung der Ergotherapie in Frage kommen bzw. einen Anspruch darauf haben. Ziel dieser Arbeit ist es, diese Anzahl zu ermitteln. Für die Auswertungen wurde die Disease Analyzer-Datenbank (IQVIA) eingesetzt, die den anonymen Zugang zu einem ausgewählten Panel (Stichprobe von ca. 3%) von Arztpraxen und Patienten ermöglicht. Insgesamt hatten in 2017 hochgerechnet 7.140.044 Patienten in Deutschland mindestens eine der in der Liste für die extrabudgetäre Verordnung der Ergotherapie genannten Diagnosen. Unter diesen Diagnosen waren geriatrische Symptome am häufigsten (45%), gefolgt von Krankheiten des Nervensystems (30%) und entzündlichen Polyneuropathien (12%). 63% dieser Patienten finden wir bei Hausärzten, 19% bei Neurologen oder Psychiatern und 13% bei Orthopäden. In Deutschland besteht jedoch ein großer Mangel an Ergotherapeuten. Es ist daher von Bedeutung, dass parallel zu den politischen Motiven der Förderung der Pflegeberufe, auch die Heilmittelerbringer, insbesondere die Ergotherapie gefördert wird, damit eine qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt ist.

Schlüsselwörter

Ergotherapie, extrabudgetäre Verordnung, Pflegeberuf

>> Für die Auswertungen wurde die Disease Analyzer-Datenbank (IQVIA) eingesetzt, die den anonymen Zugang zu einem ausgewählten Panel (Stichprobe von ca. 3%) von Arztpraxen und Patienten ermöglicht. Die Daten werden über standardisierte Schnittstellen direkt aus dem Praxiscomputer generiert und liefern täglich Routineinformationen zu den Erkrankungen und Therapien der Patienten. Neben den Daten aus allgemeinmedizinischen Praxen und Fachpraxen für Innere Medizin umfasst die Datenbank auch Informationen zu verschiedenen Facharztgruppen in Deutschland. Die Datenbank enthält nur anonymisierte Daten in Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzgesetzen (Dombrowski & Kostev, 2017).

Das Auswahlverfahren für die Disease Analyzer-Datenbank basiert auf zusammenfassenden Statistiken zu allen Ärzten in Deutschland, die jährlich von der Bundesärztekammer herausgegeben werden. Diese Datenbank gilt als repräsentativ (Becher et al. 2009) und wurde für eine große Anzahl von publizierten Prävalenzanalysen verwendet (Bohlken & Kostev 2017, Jacob et al. 2017, Kostev et al. 2017).

Es wurden Patienten selektiert, die im Zeitraum Januar 2017 bis Dezember 2017 eine der in der Diagnoseliste für den langfristigen Heilmittelbedarf genannten Diagnosen aufweisen. Bei den Diagnosen mit zeitlichen Einschränkungen, wie zum Beispiel einer Subarachnoidalblutung, wurde auch (entsprechend der Angaben auf der Liste) geprüft, dass das Akutereignis nicht weiter als ein Jahr in der Vergangenheit liegt.

Basierend auf den Diagnosen in der vorliegenden Liste, wurden nur bestimmte Facharztgruppen für die Analyse ausgewählt: Hausärzte (hausärztlich tätige Allgemeinärzte/Internisten), Rheumatologen, Orthopäden, Neurologen/Psychiater sowie Pädiater. Insgesamt standen 1.629 Praxen in der Datenbank zur Verfügung.

Die ermittelten Patientenzahlen wurden auf Gesamtdeutschland hochgerechnet. Der Hochrechnungsfaktor für jede Facharztgruppe wird festgesetzt als Quotient aus der Zahl aller Ärzte der Fachgruppe

Kennzahlen auf Patientenebene	
Diagnosegruppen	Diagnosen
Krankheiten und Verletzungen des Nervensystems	Folgestände der Virusenzephalitis, bösartige Neubildungen der Meningen, Gehirns oder Rückenmarks, Chorea Huntington, hereditäre Ataxie, spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrom, Postpoliosyndrom, Parkinson-Syndrom, multiple Sklerose, sonstige akute disseminierte Demyelinisation, sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems, länger bestehende chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie, Myasthenia Gravis, Muskeldystrophie, infantile Zerebralparese, Hemiparese und Hemiplegie, Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, anoxische Hirnschädigung, apallisches Syndrom, Subarachnoidalblutung, intrazerebrale Blutung, Hirninfarkt, Schlaganfall, Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit, angeborene Fehlbildungen des Nervensystems, Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes
Krankheiten der Wirbelsäule und des Skelettsystems	Skoliose, Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom mit Myelopathie, Spondylose mit Myelopathie oder Radikulopathie, Spinalkanalstenose mit Radikulopathie, zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie oder Radikulopathie, lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie oder Radikulopathie, Neurodystrophie
Entzündliche Polyarthropathien	chronische Polyarthritis, juvenile Arthritis
Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelettsystems	Klumpfuß, angeborene Deformitäten des M. sternocleidomastoideus, Reduktionsdefekte einer Extremität, Arthrogryposis multiplex congenita, angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichts
Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems	Chronische Instabilität des Kniegelenks, Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion, Vorhandensein einer Schulter-, Hüftgelenk- oder Kniegelenkprothese, Extremitätenverlust
Entwicklungsstörungen	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismus, Asperger-Syndrom, Rett-Syndrom usw.)
Chromosomenanomalien	Down Syndrom, Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom, Deletion des kurzen Arms des Chromosoms, Turner-Syndrom, Fragiles X-Chromosom
Stoffwechselstörungen	Glykogenose, GM2-Gangliosidose, Mukopolysaccharidose Typ I
Geriatrische Syndrome	Demenz, Angststörung, Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Phantomschmerz, chronischer Schmerz

Tab. 1: Diagnoseliste für den langfristigen Heilmittelbedarf bzw. besonderen Verordnungsbedarf (Ergotherapie).

(veröffentlicht von der Bundesärztekammer) und der Zahl der Ärzte im Disease Analyzer-Panel.

Ergebnisse

Insgesamt hatten in 2017 hochgerechnet 7.140.044 Patienten in Deutschland mindestens eine der in der Liste für die extrabudgetäre Verordnung der Ergotherapie genannten Diagnosen. Wie der Abbildung 1 zu entnehmen ist, sind unter diesen Diagnosen geriatrische Symptome am häufigsten (45%), gefolgt von Krankheiten des Nervensystems (30%) und entzündlichen Polyneuropathien (12%).

63% dieser Patienten finden wir bei Hausärzten, 19% bei Neurologen oder Psychiatern und 13% bei Orthopäden. Patienten bei Rheumatologen und Pädiatern machen insgesamt 5% aus (Abbildung 2). Diese Verteilung ist aber teilweise auf unterschiedliche Anzahl der Praxen ausgewählter Facharztgruppen in Deutschland zurückzuführen.

Die höchste Anzahl der Patienten pro Praxis findet man dagegen bei Rheumatologen (371), gefolgt bei Neurologen/Psychiater (251) und Orthopäden (205). Ein Hausarzt hat im Schnitt 126 und ein Pädiater 59 solcher Patienten (Abbildung 3)

Diskussion

Wie wir in unserer Studie zeigen konnten, liegt ein großes Patientenpotential bei geriatrischen Symptomen (45%), gefolgt von Krankheiten des Nervensystems (30%) und entzündlichen Polyneuropathien (12%). All diese Erkrankungen sind mit höherem Lebensalter,

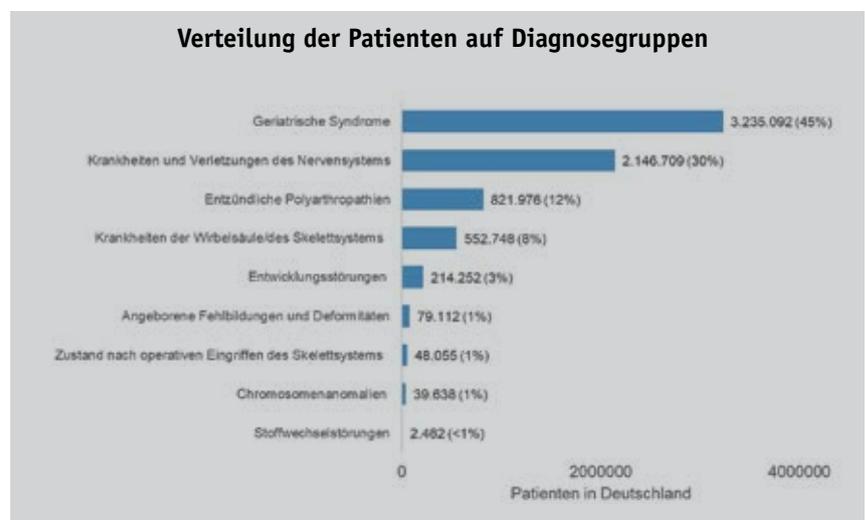


Abb. 1: Verteilung der Patienten auf unterschiedliche Diagnosegruppen der Liste für extrabudgetäre Ergotherapie-Verordnung.

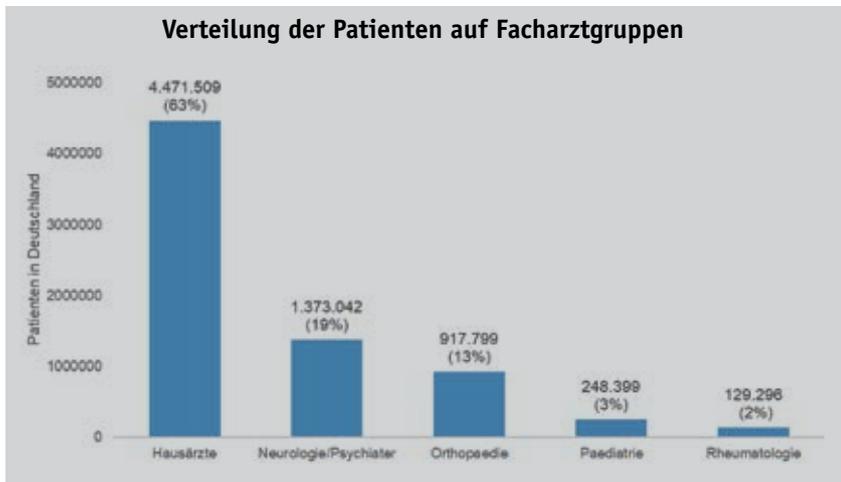


Abb. 2: Verteilung der Patienten auf unterschiedliche Facharztgruppen.

Chronifizierung und Multimorbidität assoziiert (van den Bussche et al., 2012) und dadurch spiegelbildlich für die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland (Statistisches Bundesamt). Ferner sind hier jedoch v.a. im Bereich der Krankheiten des Nervensystems pädiatrische Klientel zu subsumieren, welche in der Ergotherapie, neben Menschen höheren Lebensalters, den größten Verordnungs- und Kostenfaktor ausmachen (BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2017).

Ergotherapie wird von verschiedenen Leitlinien empfohlen. Beim Schlaganfall stellt die Ergotherapie, vor allem durch die Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens eine geeignete Therapieform dar, um eine Verbesserung zu erzielen bzw. eine Ver-

schlechterung zu vermeiden (AWMF). Ergotherapie ist auch ein notwendiger Bestandteil zur Versorgung neuropathischer Schmerzpatienten, deren Ziel besteht in der Schmerzlinderung sowie der Verbesserung der Funktion der betroffenen Extremität besteht (DGN, 2011). Bei Patienten mit rheumatoiden Arthritis wird Ergotherapie im Rahmen von Patientenschulungen, Hilfsmittelberatung/-training, Anfertigung bzw. Verordnung von Orthesen, funktions- und lagerungsschienen verordnet. Jedoch liegt hier eine relativ begrenzte Evidenz für den Nutzen einer umfassenden Ergotherapie vor (Schneider et al., 2011). Ergotherapie kann den Patienten mit Morbus Parkinson dabei helfen, Strategien zu entwickeln, mit denen diese selbst wirksam gegen die Konsequenzen/Auswirkungen ihrer Erkrankung aktiv werden können (DGN, 2016). Es gibt Hinweise für die Wirksamkeit der Ergotherapie bei Demenzerkrankten,

insbesondere wenn diese im häuslichen Umfeld stattfinden. Ergotherapeutische und individuell angepasste Maßnahmen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz zeigen unter Einbeziehung der Bezugspersonen Evidenz. Der Einsatz sollte daher angeboten werden (Empfehlungsgrad B) (S3-Leitlinien Demenzen). Ganz allgemein wird für den leichten bis hin zum schweren Verlauf festgehalten, dass die nicht-pharmakologischen Therapieformen wirksame Interventionen sind, um die Lebensqualität von Alzheimerpatienten und ihrem Pflegepersonal zu verbessern. Der Einsatz ergotherapeutischer Verfahren als Mittel zur Verbesserung von Symptomen der mittelschweren bis schweren Demenz kann daher empfohlen werden (Korczak et al., 2013).

Literatur

- AWMF (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. S3 Leitlinie Schlaganfall
BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2017. <https://www.barmer.de/blob/139730/cb680d622e0e584c64bae6521a13e15a/data/dl-barmer-heil-und-hilfsmittel-report-2017.pdf>
- Becher H, Kostev K, Schröder-Bernhardi D. Validity and representativeness of the „Disease Analyzer“ patient database for use in pharmacoepidemiology and pharmacoepidemiology, *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2009 Oct;47(10):617-26.
- Bohlken J, Kostev K. Prevalence and risk factors for delirium diagnosis in patients followed in general practices in Germany. *Int Psychog* 2017 Dec 13:1-8
- BED (Berufsverband der Ergotherapeuten in Deutschland), 2014 <https://www.bed-ev.de/home/default.aspx>
- DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie), 2011. Pharmalogische nicht Interventionelle Therapie chronisch neuropathischer Schmerzen, S 1 Leitlinie
- DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie. 2016: Idiopathisches Parkinson-Syndrom. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/030010_LL_kurzfassung_ips_2016.pdf
- DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten. <https://dve.info/ergotherapie/definition>
- Dombrowski S, Kostev K, Use of Electronic Medical Records in the Epidemiological Research. Göttingen: Cuvillier Verlag 2017
- GKV-Spitzenverband (2018). Heilmittel-Schnellinformation. Bundesbericht. https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2017_03/Bundesbericht-HIS_201703.pdf
- Jacob L, Kalder M, Kostev K. Prevalence and predictors of prescription of antibiotics in pregnant women treated by gynecologists in Germany. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2017 Aug;55(8):643-649
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_14_Praxisinformation_Heilmittelverordnung_inklusive_Diagnoseliste.pdf
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen. <https://www.kvhessen.de/fuer-unsere-mitglieder/abrechnung-und-honorar/verguetung-und-honorarverteilung/honorarverteilung-so-funktioniert/>
- Korczak D, Habermann C, Braz S. 2013 Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 129. Köln
- Kostev K, Parhofen K, Dippel FW. Prevalence of high-risk cardiovascular patients with therapy-resistant hypercholesterolemia *CardiovascEndocrinol.* 2017 Jun;6(2):81-85
- S3-Leitlinie „Demenzen“: Langversion Januar 2016 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013L_S3-Demenzen-2016-07.pdf
- Schneider, M., Lelgemann, M., Abholz, H.-H., Blumenroth, M., Flügge, C., Gerken, M. et.al. 2011. Interdisziplinäre Leitlinie. Management der früheren rheumatoiden Arthritis. S 3 Leitlinie
- van den Bussche, H., Schäfer, I., Koller, D., Hansen, H., von Leitner, E.-C., Scherer, M., et al. Multimorbidität in der älteren Bevölkerung – Teil 1: Prävalenz in der vertragsärztlichen Versorgung. *Z Allg Med.* 2012; 88(9), 365–37117).

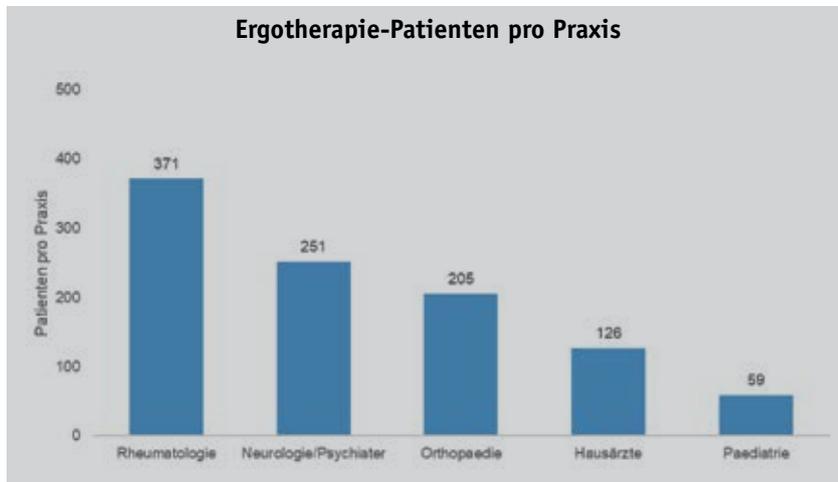


Abb. 3: Anzahl der gerechneten Ergotherapie-Patienten pro Praxis bei unterschiedlichen Facharztgruppen.

Dass die Ergotherapie jedoch relativ selten verordnet wird, kann mehrere Gründe haben. Auf der einen Seite werden solche Therapien bei vielen Ärzten als nicht wirksam genug angesehen, auf der anderen Seite befürchten viele Ärzte einen Regress. Wir konnten zeigen, dass es mehrere Millionen von Patienten gibt, die die Ergotherapie extrabudgetär verordnet bekommen können. Wenn jedoch jeder dieser Patienten die Ergotherapie-Verordnung bekommen würde, stünden wir vor einem anderen Problem, dem Ergotherapeuten-Mangel in Deutschland. Bereits heute müssen viele Patienten mit Ergotherapie-Verordnung manchmal mehrere Monate auf einen Therapieplatz warten. Zu geringe Verdienstmöglichkeiten und mangelnde berufliche Perspektiven auf der anderen Seite führen dazu, dass immer weniger junge Menschen sich für diesen Beruf entscheiden und immer mehr Ergotherapeuten aus dem Beruf aussteigen. Es ist daher von Bedeutung, dass parallel zu den politischen Motiven der Förderung der Pflegeberufe, auch die Heilmittelerbringer, insbesondere die Ergotherapie gefördert wird, damit eine qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt ist. <<

Assessing the patient potential for extrabudgetary ergotherapy prescriptions in Germany

Since January 1, 2017, an updated list of diagnoses for which remedies such as ergotherapy may be prescribed on an extra-budgetary basis has been in effect. The publication of this list raises the question of how many patients in Germany are eligible for or are entitled to an extra-budgetary ergotherapy prescription. The aim of this study is to determine this number.

The Disease Analyzer database (IQVIA) was used for the evaluations, which enables anonymous access to a selected panel (sample of approx. 3%) of doctors' practices and patients. In 2017, a total of 7,140,044 patients in Germany had at least one of the diagnoses listed in the list for extrabudgetary prescription of ergotherapy. Among these diagnoses, geriatric symptoms were most common (45%), followed by diseases of the nervous system (30%) and inflammatory polyneuropathies (12%). 63% of these patients are treated by general practitioners, 19% by neurologists or psychiatrists and 13% by orthopaedists.

However, there is a great shortage of ergotherapists in Germany. It is therefore important that in parallel to the political motives for promoting the nursing professions, health care providers, especially ergotherapy, should also be promoted in order to ensure high-quality care.

Keywords

ergotherapy, extrabudgetary prescription, nursing profession

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Maggie Musewitsch B.Sc.

ist Studierende der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

musewitsch.maggie@stud.hs-fresenius.de



Lea Baruth B.Sc.

ist Studierende der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

baruth.lea@stud.hs-fresenius.de



Marie-Christin Kerkmann B.Sc.

ist Studierende der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

kerkmann.marie-christin@stud.hs-fresenius.de



Ferdinand Steinbacher B.Sc.

ist Studierender der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

steinbacher.ferdinand@stud.hs-fresenius.de



Romy Haas B.Sc.

ist Studierende der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

haas.romy@stud.hs-fresenius.de



Laura Keim B.Sc.

ist Studierende der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

Kontakt: keim.laura@stud.hs-fresenius.de



Dr. med. Pia Runge

hat nach dem Staatsexamen zur Physiotherapeutin an der Universität Mainz Medizin studiert und dort promoviert. Nach Tätigkeiten als Ärztin und Dozentin arbeitet sie seit 2015 Jahren an der Hochschule Fresenius. Sie ist Studiendekanin der Bachelorstudiengänge Physiotherapie und Ergotherapie.

Kontakt: pia.runge@hs-fresenius.de



Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev

ist Research Principal bei IQVIA in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert, in Medizin promoviert und habilitiert. Er lehrt epidemiologische und medizinische Fächer an der Hochschule Fresenius und an der Universität Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen.

Kontakt: karel.kostev@iqvia.com



Kim Hilpisch, B.Sc.
Dipl.-Päd. Evelyn Scotti
Dr. med. Pia Runge

Subjektive Anwendung psychohygienischer Maßnahmen von Studierenden der Ergotherapie während der Praktikumsphase

Seit den 1960er Jahren befassen sich Studien mit der psychischen Gesundheit, den gesundheitlichen Verhaltensweisen sowie Ressourcen von Studierenden (Hartmann & Seidl, 2014). Mit den Veränderungen der Studienstrukturen als Folge der Bologna-Reform fokussierten Studien der letzten zehn Jahre Stressbelastungen durch spezifische Studiensituationen in Bachelorstudiengängen (Hartmann & Seidl, 2014). Auf die Lebensphase Studium adoleszenter Menschen wirken Leistungsanforderungen unter hohem Zeitdruck, Doppelt- oder Dreifachbelastung durch bspw. Nebentätigkeiten oder familiäre Verpflichtungen sowie fehlende oder unzureichende Entspannungs- und Rückzugsmöglichkeiten (Ackermann & Schumann, 2010; Hartmann & Seidl, 2014). Insbesondere Studierende und Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe sind von starkem Leistungsdruck und steigenden psychischen Herausforderungen betroffen (Degenkolb-Weyers, 2016; Middendorff et al. 2012). Dies gründet darauf, dass Arbeit mit vorwiegend chronisch kranker Klientel sowie langandauernder und direkter Kontakt mit Klienten als potenzielle Belastungsfaktoren ermittelt wurden. Durch den Anstieg psychischer Belastungen am Arbeitsplatz und in der Lebenswelt Universität/Hochschule gewinnt die psychische Gesundheit in der Gesundheitsforschung zunehmend an Bedeutung (Hartmann & Seidl, 2014; Liersch, 2014).

>> Strategien, welche in Form von Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen die psychische Gesundheit erhalten und fördern können, werden unter dem Begriff der Psychohygiene zusammengefasst (Medizinische Fachredaktion Psyhyrembel, 2017). Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention übernimmt die Ergotherapie beratende und unterstützende Aufgaben, um gesundheitsschädigende Faktoren bereits vor dem Auftreten einer Krankheit zu vermeiden und somit Wohlbefinden und Lebensqualität zu sichern (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE], 2015). Präventive Maßnahmen, um psychische Belastungen sowie die Entstehung von Stress und Burnout bei Studierenden als auch Erwerbstätigen der Ergotherapie zu vermeiden,

Zusammenfassung

Studierende und Angehörige der Gesundheitsfachberufe sind am häufigsten von psychischen Belastungen betroffen. Besonders belastend erscheint die frühzeitige Auseinandersetzung mit der Therapeutenrolle während der praktischen Ausbildungsphase. Diese Forschungsarbeit exploriert die subjektive Anwendung psychohygienischer Maßnahmen von Studierenden der Ergotherapie im Kontext ihrer Praktikumsphase. In einem qualitativen Studiendesign wurden Studierende der Ergotherapie in semistrukturierten Leitfadeninterviews befragt. Insgesamt wurden vier Hauptkategorien deduktiv definiert und durch induktiv entwickelte Subkategorien ergänzt. Die Notwendigkeit von Psychohygiene wurde als sehr bedeutsam definiert; die Anwendung scheint in der subjektiven Realität der Befragten eine überwiegend unbewusste Bedeutung zu haben. Es besteht ein Handlungsbedarf bezüglich der Thematisierung psychischer Belastungsaspekte sowie der Vermittlung alltagsnaher, psychohygienischer Methoden während des Studiums. Künftig sollten weiterführende Erforschungen subjektiven Belastungserlebens in Therapeutenberufen erfolgen.

Schlüsselwörter

Psychohygiene, Ergotherapie, Gesundheitsförderung

erlangen vor diesem Hintergrund eine größere Bedeutung (Degenkolb-Weyers, 2016). Die vorliegende Arbeit exploriert die Anwendung von Bewältigungsstrategien und Ressourcen von Studierenden der Ergotherapie im Umgang mit psychischen Belastungen während der praktischen Ausbildungsphase.

Methoden

Die vorliegende Forschungsarbeit wurde unter Anwendung eines qualitativen Studiendesigns empirisch durchgeführt, und ein semistrukturiertes Leitfadeninterview verwendet. Mittels qualitativer Leitfadeninterviews kann die Erhebung von Bewältigungsversuchen in der Belastungsforschung offen gestaltet und der Krisenverlauf als Prozess erfasst werden.

Es wurden Vollzeit-Bachelorstudierende der Ergotherapie inkludiert, welche sich zum Zeitpunkt der Studie im zweiten Praktikum befanden. Während Studierende im ersten Praktikum noch als Novizen gesehen werden und die Erprobung von erworbenem theoretischen Wissen vordergründig ist, stehen in der zweiten reflexiven Phase bereits eigenverantwortliches Handeln, Kompetenzen zur Analyse und Synthese, sowie die Anwendung evidenzbasierten Wissens im Vordergrund (Dreyfus & Dreyfus, 2000). Die Datenerhebung fand einmalig in Form von face-to-face Einzelinterviews statt. Die geplante Interviewdauer betrug 20 – 30 Minuten, insgesamt wurden im Zeitraum von Anfang Januar 2018 bis Ende Januar 2018 vier Interviews durchgeführt.

Der Abschluss der Interviewdurchführung resultierte in der Analyse und Auswertung der gesammelten Daten. Bereits vor dem ersten Schritt der Inhalts- oder Datenanalyse erfolgte die Transkription der digitalen Aufnahmen zu RTF-Textdateien mit Hilfe des Audiotranskriptionsprogrammes f5transkript (Dresing & Pehl, 2018). Anschließend wurden die erhobenen Daten durch die Anwendung der „inhaltslich strukturierenden Inhaltsanalyse in sieben Phasen“ nach Kuckartz (2016) analysiert. Dazu wurde ein mehrstufiges Verfahren der Kategorienbildung angewendet: Zunächst wurden deduktiv Hauptkategorien [HK] entwickelt, bevor im weiteren Verlauf mittels induktiven Vorgehens Subkategorien [SK] generiert wurden (Kuckartz, 2016).

Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Welche psychohygienischen Maßnahmen haben die Studierenden im Laufe ihres Studiums kennengelernt?

Zusammenfassend scheinen die Studierenden vor allem Entspan-

nungsverfahren und -techniken wie Autogenes Training, PMR, Atemübungen und Achtsamkeitsübungen mit Psychohygiene zu verbinden, da sie diese studiumsbegleitend kennenlernten. Des Weiteren wurden Methoden zum Stressabbau und zur Selbstfürsorge als Psychohygiene definiert. Infolgedessen beschrieben die Befragten Freizeitmöglichkeiten wie Hobbys und Sport. Die förderliche Wirkung gesunder sozialer Milieus wie Sportvereine und andere soziale Freizeitgestaltungsmöglichkeiten wurden bereits von C. W. Beers mit der Erhaltung psychischer Gesundheit assoziiert (Hoffmann & Hofmann, 2012). Die Wichtigkeit der Berücksichtigung der eigenen Bedürfnisse durch eine wertschätzende, achtsame Haltung sich selbst gegenüber und der bewussten Wahrnehmung persönlicher Bedürfnisse (Hoffmann & Hofmann, 2012) äußerten auch die UTN durch Umschreibungen der Begriffe Reflexion und Abgrenzung in Form von bspw. Gesprächen. Der Einsatz oben genannter Entspannungsverfahren als Methoden des Stressabbaus und der Selbstfürsorge werden durch die Literatur belegt (Berger-Grabner, 2013). Hervorzuheben ist, dass die Anwendung und der Bedarf psychohygienischer Methoden von der Hälfte der Interviewten als von individuellen Präferenzen abhängig bezeichnet wurde. Auch in der Literatur werden, je nach persönlicher Charakteristik und der Auffassung von Selbstfürsorge, unterschiedliche Maßnahmen zur Psychohygiene angeboten (Hoffmann & Hofmann, 2012).

Welche psychischen Belastungen erleben Studierende während der Praktika?

Die Arbeit mit ergotherapeutischer Klientel und ihren Krankheitsbildern wurde als psychisch belastend empfunden. Gestützt wird dieses Ergebnis durch fachspezifische Literatur: Die Praktikumsphase bedeutet für angehende Therapeutinnen den Umgang mit eigenen Unsicherheiten, Stresssituationen sowie die Konfrontation mit Krisen und Krankheitsbildern von Klienten (Degenkolb-Weyers, 2016). Die psychische Beanspruchung schien fachbereichsspezifisch unterschiedlich zu sein. Zwar werden signifikante Unterschiede im Belastungsempfinden unterschiedlicher Berufsgruppen auch in der Literatur beschrieben, jedoch liegt bisher keine Angabe zu fachspezifischen Belastungen innerhalb ergotherapeutischer FB vor. Im Gesundheits-

und Sozialbereich sind Erwerbstätige mit 29,5% am häufigsten von psychischen Belastungen betroffen (Liersch, 2014). Als potenzieller Belastungsfaktor wurde vornehmlich die Arbeit mit vorwiegend chronisch kranker Klientel sowie langandauernder und direkter Kontakt mit Klienten ermittelt (Middendorff et al. 2012). Auch vorherige Befragungen Studierender stellten signifikante Unterschiede des subjektiv empfundenen Leistungsdrucks in Abhängigkeit fachspezifischer Komponenten heraus: 35% der Studierenden der Fächergruppe Medizin und Gesundheitswissenschaften schätzten den empfundenen Leistungsdruck als sehr stark ein (Middendorff et al. 2012).

Welche Ressourcen nutzen Studierende, um psychische Belastungen zu bewältigen?

Die soziale Unterstützung bzw. der soziale Rückhalt durch stabile wechselseitige Beziehungen wird, aufgrund ihrer als positiv und belohnend wahrgenommenen emotionalen Wirkung, als protektiver Faktor vor psychosozialen Stressoren definiert (Siegrist, 2005). Sozialer Rückhalt durch Gespräche mit Familienangehörigen, Partnern, Freunden sowie Teammitgliedern der Praktikumeinrichtungen wurden ebenfalls als hilfreich empfunden. Weiterhin finden Sport, Bewegung sowie Entspannungsmaßnahmen, bspw. Autogenes Training oder PMR nach Jacobson, unter den UTN Verwendung. Ausgleichsstrategien wie Schlaf oder Zeit für sich nehmen finden ebenfalls Anwendung. Im Rahmen der HISBUS-Befragung wurden die Ausgleichsstrategien sich mit Freunden zu treffen, mediale Unterhaltung als Zerstreuungsmöglichkeit oder Schlaf am häufigsten genutzt (Middendorff et al. 2012). Berger-Grabner (2013) führt ebenfalls Strategien wie Gespräche mit Vertrauten, Sport, positive Erlebnisse sowie Entspannungs- und Atemübungen als Möglichkeiten zur Stressbewältigung auf. Des Weiteren wurden Methoden zur Abgrenzung von Arbeitsinhalten und Privatem zur Bewältigung von Klientenschicksalen im Sinne von „Mitgefühl statt Mitleid“ von den Befragten angeführt. Als förderlich für Therapeutin und Klient wird die Anwendung von Maßnahmen der Abgrenzung und der Selbstpflege beschrieben, um die eigene Befindlichkeit wahrnehmen und das persönliche Wohlbefinden durch das „Sich-selbst-Verwöhnen“ (Schmidt, 2012) erhalten zu können (Hoffmann & Hofmann, 2012; Schmidt, 2012).

Literatur

- Ackermann, E. & Schumann, W. (2010). Die Uni ist kein Ponyhof. Zur psychosozialen Situation von Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5 (3), 231–237.
- Berger-Grabner, D. (2013). *Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Hilfreiche Tipps und praktische Beispiele* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Degenkolb-Weyers, S. (2016). *Resilienz in therapeutischen Gesundheitsfachberufen - Entwicklung eines Konzeptes zur Resilienzförderung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. [DVE] (Hrsg.) (2015). *Ergotherapie im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung*. Zugriff am 17.01.2018 unter <https://bit.ly/2uopq2U>
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. (2000). Kompetenzwerb im Wechselspiel von Theorie und Praxis. In P. Benner, C. A. Tanner & C. A. Chelsa (Hrsg.), *Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen, alltägliche Ethik* (S. 45–68). Bern: Hans Huber Verlag.
- Hartmann, T. & Seidl, J. (2014). *Gesundheitsförderung an Hochschulen. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK* (Band 20). Hamburg: Techniker Krankenkasse. Zugriff am 05.01.2018 unter <https://bit.ly/2I4rvTk>
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2012). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater* (2. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Liersch, A. (2014). Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme. *Wirtschaft und Statistik*, September 2014, 561–575.
- Medizinische Fachredaktion Psyhyrembel (Hrsg.) (2017). *Psychohygiene*. Psyhyrembel Online. Berlin: Walter de Gruyter. Zugriff am 05.01.2018 unter <https://www.psyhyrembel.de/psychohygiene/P0209/doc/>
- Middendorff, E., Poskowsky, J. & Isserstedt, W. (2012). Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden. HISBUS-Befragung zur Verbreitung und zu Mustern von Hirndoping und Medikamentenmissbrauch. Hannover: HIS Hochschul-Informations-System GmbH. Zugriff am 05.01.2018 unter <https://bit.ly/2E4rTDn>
- Schmidt, S. (2012). *Achtsamkeit und Wahrnehmung in Gesundheitsfachberufen*. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.
- Siegrist, J. (2005). *Medizinische Soziologie* (6. Aufl.). München: Elsevier.
- Thapa-Görder, N. & Rottenecker, J. (2010). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Ergotherapie-Ausbildung - Eine neue Herausforderung für Lehrende und Lernende*. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. [DVE] (Hrsg.) (1. Aufl., Bd. 15). Idstein: Schulz-Kirchner.

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Welche Bedeutung schreiben Studierende der Ergotherapie der eigenen Psychohygiene zu?

Psychohygiene findet im Alltag aller UTN nicht regelmäßig Anwendung, dennoch besteht die vorwiegende Auffassung, dass Psychohygiene notwendig sei, um Stresssituationen erfolgreich bewältigen zu können. Insgesamt tritt die Notwendigkeit zu psychohygienischen Maßnahmen erst in Belastungssituationen ins Bewusstsein der Befragten. Mit der Lebensphase junger Menschen, Studium, werden auf der einen Seite Autonomiegewinn, auf der anderen Seite vermehrte psychische Belastungen verknüpft, welche durch fehlende bzw. unzureichende Entspannungs- und Rückzugsmöglichkeiten verstärkt belastend wirken (Siegrist, 2005). Generell schreiben die UTN der eigenen Psychohygiene eine große Bedeutung zu, um mit psychischen Belastungen im Arbeitsalltag einer Ergotherapeutin umgehen zu können und die eigene Gesundheit zu erhalten. Auch das Interesse an weiteren alternativen Möglichkeiten der Psychohygiene und Selbstfürsorge sowie der Wunsch einer intensiveren Vermittlung psychohygienischer Inhalte im Studium der Ergotherapie stellen ein Indiz der hohen subjektiven Relevanz selbstfürsorglicher Methoden dar. Vor allem in therapeutischen Berufen kann sich ein Mangel an psychohygienischen Maßnahmen negativ auf das professionelle Handeln sowie die Interaktion und Kooperation mit Klienten auswirken (Hoffmann & Hofmann, 2012). Je weniger Berufserfahrung eine Therapeutin hat, desto deutlicher wirkt eine negative Befindlichkeit auf ihre therapeutische Arbeit (Hoffmann & Hofmann, 2012). Daher schreiben Hoffmann und Hofmann (2012) der frühzeitigen Vermittlung einer konsequenten Selbstfürsorge zur Verbesserung des individuellen Befindens von Berufsanfängern eine große Bedeutung zu. Auf Grundlage des ergotherapeutischen Aufgabenfeldes und des Anspruches, Studierende und Auszubildende der Ergotherapie kompetent zu qualifizieren, primärpräventive und gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen adäquat umzusetzen, wird in der Literatur das Bewusstsein des eigenen Gesundheitsverständnisses sowie des eigenen Gesundheitshandelns vorausgesetzt (Thapa-Görder & Rottenecker, 2010).

Kim Hilpisch, B.Sc.

ist Studierende der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein.

Kontakt: hilpisch.kim@stud.hs-fresenius.de



Dipl.-Päd. Evelyn Scotti

ist seit 2000 als Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Fresenius im Studiengang Ergotherapie tätig. Sie hat Weiterbildungen als Systemische Paar- und Familientherapeutin, Entspannungspädagogin, Achtsamkeits-, Stressmanagement- und Mentaltrainerin absolviert.

Kontakt: scotti@hs-fresenius.de



Dr. med. Pia Runge

hat nach dem Staatsexamen zur Physiotherapeutin an der Universität Mainz Medizin studiert und dort promoviert. Nach Tätigkeiten als Ärztin und Dozentin arbeitet sie seit 2015 Jahren an der Hochschule Fresenius. Sie ist Studiendekanin der Bachelorstudiengänge Physiotherapie und Ergotherapie.

Kontakt: pia.runge@hs-fresenius.de



Subjective use of psychohygienic measures by occupational therapy students during the placement period

Students and members of health professions are most frequently affected by mental stress. Early confrontation with the therapeutic role during work experience is exceptionally wearing. This research study explores subjective perspectives of occupational therapy students concerning the use of mental hygiene methods during practical training stage. Occupational therapy students were interviewed using semi-structured guided interviews following a qualitative study design. Altogether four main categories were deductively defined and supplemented by inductively developed subcategories. The need for mental hygiene was determined as very meaningful whereas its use seems to have a more unconscious meaning in the interviewees' subjective reality. There is the need for action concerning the immersion of mental strain aspects as well as the impartment of user-friendly mental hygiene strategies suitable for everyday use within the course of studies. Henceforth more in-depth research of subjective strain experience in therapeutic professions should be undertaken.

Keywords

mental hygiene, occupational therapy, health promotion

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend erscheint den befragten Studierenden die Notwendigkeit und Relevanz von Psychohygiene als sehr bedeutsam, da, speziell während der Praktikumsphase, das psychische Belastungs- und Stresserleben als verstärkt empfunden wird. Die Anwendung selbstfürsorglicher Methoden nimmt in der subjektiven Realität der Befragten allerdings eine überwiegend unbewusste Bedeutung ein. Die im Studium vermittelten und vorgestellten Inhalte und Möglichkeiten zur Psychohygiene wurden als hilfreich, jedoch nicht als ausreichend und generalisierbar empfunden.

Um die entstandenen Limitationen durch Samplegröße und -auswahl aufzuheben und dadurch die Aussagekraft der Daten zu verstärken, sind zukünftige Forschungsvorhaben mit größeren Fallzahlen und kontrastierender Fallauswahl indiziert. <<

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 Abozeitraumes schriftlich kündige. Nach Begleichung der ersten Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.



Firma

Straße

Telefon

E-Mail (für Passwortübermittlung)

Datum, 1. Unterschrift:

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:

Name

PLZ, Ort

Fax

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