

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zu Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



Prof. Dr. Cornelia Mahler:
„Wir müssen in der Aus-
bildung einen Perspektiv-
wechsel ermöglichen.“

Bild: Verena Müller

Starke Teamarbeit

Professor Dr. Cornelia Mahler setzt sich für interprofessionelles Lernen und Arbeiten in der Pflege ein – denn es geht um Patientensicherheit.

„Pflege kann mehr!“

Um eine Aufwertung der Pflege zu erzielen, muss die akademische Ausbildung fokussiert werden, ist sich die Stiftungsallianz sicher.

Corona-Krise als Wendepunkt?

Dr. Ruth Hecker, Aktionsbündnis Patientensicherheit, fordert, dass langfristige Lehren für die Pflege aus der Krise gezogen werden.

ISSN 2364-0308



Prof. Dr. Reinhold Roski

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

Pflege ist äußerst systemrelevant

>> Pflege in der Corona-Krise: Maßnahmen der Bundesregierung und Interview mit Dr. med. Ruth Hecker, Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit S. 11

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und Andreas Westerfellhaus, der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, haben einen Maßnahmenplan mit 7 Punkten verkündet, der das Pflegepersonal in der Zeit der Corona-Krise stärken und unterstützen soll. Dazu zählen Entlastung von Bürokratie, finanzielle Hilfen und mehr personelle Unterstützung.

Was sagen die Pflegenden zu diesen Maßnahmen? Wir haben dazu ein Gespräch mit **Dr. med. Ruth Hecker** S. 15 geführt, der Vorsitzenden des Aktionsbündnis Patientensicherheit. Sie sieht die Maßnahmen als ganz unzureichend an und sagt: „Im Moment herrscht Ausnahmezustand!“ „Wir haben seit vielen Jahren einen Mangel an Pflegepersonal.“ „Die Mitarbeiter in der Pflege, egal wo, erfahren nicht die Wertschätzung, die ihnen gebührt, verdienen zu wenig Geld und das predigen wir seit vielen, vielen Jahren.“

Titelinterview mit Professorin Dr. Cornelia Mahler, Professorin für Pflegewissenschaft an der Eberhard Karls Universität Tübingen S. 6 ff.

In der aktuellen Corona-Krise wird die gewaltige Bedeutung der Pflege im Gesundheitssystem und für die gute Versorgung der Patienten ganz unbestreitbar deutlich. Im Parlament applaudieren die Abgeordneten den Pflegenden und sehr viele von uns tun es abends gemeinschaftlich auf den Balkons.

Dieser abstrakt hohen Wertschätzung entspricht aber der tatsächliche Umgang mit der Pflege im deutschen Gesundheitssystem überhaupt nicht. Die Antwort der Pflegewissenschaftlerin **Prof. Dr. Cornelia Mahler** von der Universität Tübingen: „Wir müssen einen stärkeren Fokus auf die hochschulische Primärqualifikation legen, der Pflege durch ein Kammersystem eine starke Stimme verleihen und Bereiche definieren, in denen Pflege selbständig und eigenverantwortlich handeln kann.“ Damit muss und kann sich die Pflege nach der akuten Krise langfristig „in Politik und Gesellschaft Gehör verschaffen“.

„Pflege kann mehr!“

Auch die Allianz aus **Robert Bosch Stiftung, Bertelsmann Stiftung und Stiftung Münch** unterstützt die Aufwertung der Pflege. Ihr gemeinsames Positionspapier „Pflege kann mehr!“ gibt zentrale Empfehlungen für die Umsetzung: 1. Professionalisierung der Pflege, 2. Substitution ärztlicher Aufgaben, 3. 30.000 Studienplätze, 4. Pflege in die Selbstverwaltung, 5. Spitzenpflege in der Spitzenmedizin. „Eine exzellente Pflege erhöht die Attraktivität des Berufs.“

Wissenschaftliche Beiträge

Fernández Pérez und Vormann präsentieren eine systematische Übersicht von vier Studien zu den Effekten von Ergotherapie mit und ohne roboterassistierte Therapie auf die Funktion der oberen Extremität bei Patienten mit Apoplex anhand der ersten vier Schritte der Evidence Based Practice. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Ergotherapie in Kombination mit roboterassistierter Therapie bessere Wirkungen hat als reine Ergotherapie. S. 21 ff.

Zöllick, Kuhlmeier, Nordheim und Blüher präsentieren die Ergebnisse einer Online-Befragung (N = 355) zu den Fragen, wie professionelle Pflegekräfte den Einsatz von Technik in unterschiedlichen Funktionsbereichen bewerten und welche Rolle dabei die berufliche Position spielt. Pflegekräfte bewerten Technikeinsatz in den Bereichen körperliche Unterstützung, Monitoring und Dokumentation positiv, deutlich weniger positiv beurteilen sie den Einsatz von Technik in Bereichen sozialer und emotionaler Unterstützung. S. 26 ff.

Im Zusammenhang damit ist die Stellungnahme des **Deutschen Ethikrates** zu „Robotik für gute Pflege“ interessant. S. 14

Ich wünsche Ihnen auch in der aktuellen, sehr schwierigen Situation durch den neuen Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), wie immer, interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können. Vor allem: Bleiben Sie gesund! Ihre Patienten und wir alle brauchen Sie.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski

www.monitor-pflege.de

INHALT

Pflege ist äußerst systemrelevant

Editorial MoPF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Perspektivwechsel

Editorial der MoPF-Redakteurin Kerstin Müller

„Pflege ist ein krisensicherer Beruf“

Professor Dr. Cornelia Mahler im Interview

„Wir wissen, was Sie leisten“

Pressekonzferenz: Bundesgesundheitsminister Spahn verkündet Notmaßnahmen

Gut vorbereitet auf das Virus?

Psyma-Umfrage zum Umgang mit dem Corona-Virus in der Pflege

Robotik als Chance für die Pflege

Der Deutsche Ethikrat zu Robotik in der Pflege

Die Krise als Wendepunkt?

Dr. Ruth Hecker, Aktionsbündnis Patientensicherheit, im Interview

Ausländische Fachkräfte für die Pflege

Studie der Hans-Böckler-Stiftung zur Fachkräftebindung in der Pflege

Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG)

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge zum FEG

Mehr akademisch ausbilden

Stiftungsallianz fordert Aufwertung für Pflegeberufe

News

10, 13, 20

WISSENSCHAFT

Sara Fernández Pérez B.Sc.

Elisabeth Vormann M.Sc.

Effekte der Ergotherapie mit und ohne roboterassistierter Therapie bei Apoplex – Ein systematisches Review

21

Jan Zölllick M.Sc.

Univ.-Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei

Dr. rer. medic. Johanna Nordheim

Dr. rer. pol. Stefan Blüher

Akzeptanz von Technik in unterschiedlichen Funktionsbereichen der professionellen Pflege

26

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski

2

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



4

Herausgeber-Beirat

Akteure

11

Franz Wagner*

Präsident



12

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szezan

AOK-Bundesverband



15

Universitäten/Hochschulen/Institute

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten/Herdecke



18

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

IGV Research



*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

6. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

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

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
heiser@monitor-pflege.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste 6 vom
1.1.2020

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.
Jahresvorszugspreis 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.



Kerstin Müller
Redakteurin von
„Monitor Pflege“.

Perspektivwechsel

>> „Wir wissen, was Sie leisten“: Am 19. März stellte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gemeinsam mit Staatssekretär Andreas Westerfellhaus die Sofortmaßnahmen für die Pflege vor, die Unterstützung und Stärkung für die Fachkräfte in der Ausnahmesituation der COVID-19-Krise sein sollen. Am 25. März wurden sie im Rahmen des Krankenhausentlastungsgesetzes beschlossen. **S. 11**

„Wir wissen, was Sie leisten“: Man hat das Gefühl, das stimmt. Wenn allabendlich Menschen ans Fenster treten, um den Pflegekräften und Ärzten mit Applaus für ihren Einsatz zu danken, ihnen Mut und Trost zuzusprechen, dann ist das eine Präsenz, die Hoffnung macht. Hoffnung auf eine stärkere Wahrnehmung der Gesundheitsfachberufe – von Politik und Gesellschaft. Aber auch der Berufsangehörigen selbst, denn die Selbstwahrnehmung und das Selbstbewusstsein könnten ein wenig Balsam gebrauchen. Die Pflege muss sichtbarer werden, ihren Platz einfordern, wo immer sie in der Praxis wirkt, und auch aktiv die Rolle wahrnehmen, die ihr zusteht: Dort mit am Tisch zu sitzen, wo entschieden wird! Da ist neben einer selbstbewussten Position allerdings ebenso ein Kopf gefragt. Jemand, der für die Pflege sprechen kann, Ansprechpartner für die Politik oder andere Akteure ist. Institutionell ist die Pflege schlecht aufgestellt, immer noch. Das Kammersystem, so hat man das Gefühl, bekommt keinen richtigen Boden unter die Füße. Die Ablehnung der Fachkräfte ist zum Teil erheblich; vielleicht muss die Frage nach dem: Was hab ich davon? häufiger und konkreter beantwortet werden. Nur wenn die Profession geschlossen auftritt, kann sie als größte Berufsgruppe in Deutschland ihre Stärke ausspielen.

Professor Dr. Cornelia Mahler formuliert im Titelinterview die Hypothese, dass es durch die geringe Anzahl akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte, auch zu wenige Professionals gibt, die positiv über ihren Beruf sowie dessen Möglichkeiten und Potenziale sprechen. „Und diese Menschen sind erfahrungsgemäß notwendig, wenn Sie sich in Politik und Gesellschaft Gehör verschaffen wollen“, erklärt Mahler. Als Direktorin der neu gegründeten Abteilung Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen, begleitet sie den primärqualifizierenden Studiengang Pflege B.Sc., der seit dem Wintersemester 2018/2019 angeboten wird. Mehr akademische Ausbildung und ein Plus an gemeinsamem Lernen mit anderen Gesundheitsfachberufen, was einen Perspektivwechsel ermöglicht, sind für Mahler entscheidende Elemente, die die Weichen für eine positive Entwicklung der Pflege stellen können – damit der Satz: „Wir wissen, was Sie leisten“ nicht erst in der nächsten Krise wieder über den Äther geschickt wird. **S.6 ff**

Ich wünsche Ihnen eine gesunde Zeit. Bleiben Sie geduldig.

Ihre

Kerstin Müller
Redakteurin „Monitor Pflege“



Rebecca, 35,
hat einen HIV-positiven
Partner

**„MEIN FREUND NIMMT
EINE TABLETTE TÄGLICH. DAMIT
BIN ICH VOR HIV GESCHÜTZT.“**

Medikamente unterdrücken HIV im Körper und ermöglichen so ein langes, gutes Leben.

HIV ist dann auch beim Sex nicht übertragbar. Das ist wissenschaftlich erwiesen.
Im Alltag kann HIV sowieso nicht übertragen werden.

Sag's weiter: www.wissen-verdoppeln.hiv

#wissenverdoppeln

Professor Dr. Cornelia Mahler, Professorin für Pflegewissenschaft an der Med. Fak. der Eberhard Karls Universität Tübingen

„Pflege ist ein krisensicherer Beruf“

Seit Juni 2018 ist Professor Dr. Cornelia Mahler Direktorin der neu gegründeten Abteilung Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen. Dass auf dem Weg der Implementierung des primärqualifizierenden Studiengangs Pflege B.Sc. seit dem Wintersemester 2018/2019 einige Herausforderungen zu meistern sind, überrascht nicht, wengleich Mahler die große Unterstützung und Aufgeschlossenheit hervorhebt, die sie auf ganzer Linie an der Fakultät erfahren hat. Nicht die schlechteste Voraussetzung, denn ein Forschungsgebiet Mahlers ist die Interprofessionelle Zusammenarbeit, die – als team- und zielorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe – Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung verbessern könnte. Warum akademisch ausgebildete Pflegekräfte so wichtig für das deutsche Gesundheitssystem sind und wo man ihnen begegnen kann, dazu hat „Monitor Pflege“ Professor Mahler befragt.

>> Frau Professor Mahler, die Pflege steht aktuell im Fokus der Öffentlichkeit. In der schwierigen Zeit der Corona-Krise erfährt die Berufsgruppe sehr viel Unterstützung und Anerkennung für ihren Einsatz, der nicht zuletzt ein hohes gesundheitliches Risiko birgt.

Es wird offenbar, welche Bedeutung die Pflege für unser Gesundheitssystem hat, und das nicht nur in den Krankenhäusern, das möchte ich betonen, sondern für die Gesundheitsfürsorge der Bevölkerung im Allgemeinen. Wenn wir einen Blick ins Ausland werfen, finden wir beispielsweise Schulkrankenschwestern, die den Schülern hygienische Maßnahmen näherbringen oder Gemeinderkrankenschwestern, deren Aufgabengebiet sich auch verstärkt auf Beratung und Unterstützung erstreckt.

Die Pflege zählt in der öffentlichen Wahrnehmung bei uns in Deutschland zu den angesehenen Berufsständen. Wenn Sie sich Rankings des Allensbacher Instituts ansehen, da befinden sich die Pflegekräfte immer in der Spitzengruppe mit Rettungssanitätern, Polizei oder Ärzten. Wenn es dann aber um das Bild der Pflege in Deutschland geht, ist das ein anderes. Traditionell wird Pflege in Deutschland anders wahrgenommen als im Ausland, wo Pflege meist hochschulisch qualifiziert ist und ein anderes Standing hat.

Darüber hinaus ist meine Hypothese, dadurch dass wir weniger akademisch ausgebildete Leute haben, gibt es zu wenig, die positiv von ihrem Beruf sowie dessen Möglichkeiten und Potenzialen sprechen. Und diese Menschen sind erfahrungsgemäß notwendig, wenn Sie sich in Politik und Gesellschaft Gehör verschaffen wollen.

Und Sie wollen dazu beitragen, dass sich das ändert: Sie bieten an der neu gegründeten Abteilung Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät Tübingen seit dem Wintersemester 2018/2019 einen primär-

qualifizierenden Studiengang Pflege B.Sc. an. Damit gehören Sie bundesweit noch zu den Pionieren. Was war die Motivation für die Implementierung?

Ein Treiber dieser Entwicklung war die Pflegedirektorin des Universitätsklinikums Tübingen, die hochschulisch qualifizierte Absolventen forderte, um die Bewältigung der zunehmend komplexen Aufgaben der Pflege adäquat und aus der Profession heraus sicherzustellen. Ein Schulterchluss mit der Hochschule Esslingen war der nächste Schritt, wo dann das Curriculum – federführend von Professorin Dr. Astrid Elsbernd, Dekanin der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege an der Hochschule Esslingen, und Katrin Bader – entwickelt wurde.

Den günstigen Umstand einer Studienplatzinitiative des Landes Baden-Württemberg 2016 nutzend, das damit auch den Ausbau der Plätze im Bereich der Gesundheitsberufe förderte, bündelte man die Kräfte und kooperierte mit der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen als dritter Institution. Aus diesem Zusammenschluss entstand schließlich der Campus für Gesundheitswissenschaften Tübingen-Esslingen, der finanziell auch vom Land unterstützt wird.

Welche Studiengänge bietet der Campus?

Mit Pflege B.Sc. und Hebammenwissenschaft B.Sc. werden zwei Bachelorstudiengänge angeboten, zudem sind die Masterstudiengänge Population Based Medicine sowie Pflegewissenschaft in der Planung beziehungsweise Entwicklung.

Beim Studiengang Pflege hat man sich bewusst von Beginn an für das primärqualifizierende Modell nach internationalem Vorbild entschieden. Die neuen Bachelorstudiengänge qualifizieren beide ohne vorherige Ausbildung und führen zu einer Berufszulassung in den je-



Foto: Verena Müller

weiligen Berufen. Dagegen bietet die Hochschule Esslingen bereits seit 1999 Studiengänge – heute Bachelor und Master – in Pflege bzw. Pflegemanagement und Pflegepädagogik an, die eine abgeschlossene fachbezogene Berufsausbildung voraussetzen.

Für die Medizinische Fakultät sind die Gesundheitswissenschaften ein Gewinn: Neben der Grundlagenforschung und der Klinischen Forschung bieten sie mit der gesundheitswissenschaftlichen Versorgungsforschung eine dritte Säule innerhalb der Fakultät.

Welchen Aufwand bzw. Energie hat die Einrichtung der Abteilung Pflegewissenschaft gekostet? Gab es besonders große Steine, die Sie aus dem Weg räumen mussten?

Es war tatsächlich eine Pionierarbeit, die auf unterschiedlichen Ebenen geleistet werden musste. Sie stoßen bei der Planung auf Strukturen, die hinterfragt und auch modifiziert werden müssen. So war zum Beispiel die Tatsache, dass mit dem Sozialministerium, welches für die Berufszulassung zuständig ist, sowie dem Wissenschaftsministerium, das die hochschulische Qualifikation verantwortet, zwei systematisch sehr unterschiedlich arbeitende Behörden an dem Prozess beteiligt waren. Die Arbeitsabläufe in Einklang zu bringen war arbeitsintensiv. Darüber hinaus war ebenso die Berechnung des Bedarfs an finanziellen Ressourcen für die theoretische und praktische Qualifizierung eine große Aufgabe. Studiengänge dieser Art gab es bislang noch nicht an deutschen Hochschulen.

Wie sieht Ihr Konzept für die Arbeit der Abteilung Pflegewissenschaft aus? Wo setzen Sie die Schwerpunkte in der Disziplin der Pflegewissenschaft?

Die Hauptaufgabe besteht momentan darin, den Studiengang Pflege B.Sc. aufzubauen. Das heißt, es geht um die Qualifizierung Pflegenden sowie insbesondere die des wissenschaftlichen Nachwuchses. Bachelor- oder Masterabsolventen möchten wir auf dem Weg zur Promotion unterstützen, denn durch die steigende Zahl der angebotenen Studiengänge in Deutschland benötigen wir wissenschaftlichen Nachwuchs. Auf der Agenda steht da beispielsweise der Anschub und die Weiterführung von Forschungsprojekten. Finanzielle Förderung von spezifischen Nachwuchsförderprogrammen für die Pflegewissenschaft wird bislang noch nicht ausreichend Rechnung getragen. Hier gibt es einen großen Aufholbedarf von Seiten der Forschungsförderung.

Woran haben Sie sich bei der Erstellung des Curriculums orientiert?

Das Curriculum haben Prof. Elsbernd und Katrin Bader von der Hochschule Esslingen auf Grundlage internationaler Vorbilder – z.B. Großbritannien – erstellt; es ist generalistisch ausgerichtet und orientierte sich von Anfang an an Aspekten, die inzwischen in das neue Pflegeberufegesetz Eingang gefunden haben. Eine große Herausforderung liegt auch in der Dialektik, berufsschulische und hochschulische Anforderung in Einklang zu bringen – an der Stelle hakt es nach wie vor. Der Austausch mit anderen Hochschulstandorten, die primärqualifizierend ausbilden bzw. ausbilden wollen, spiegelt unsere Erfahrungen in dieser

Hinsicht wider. Hier bedarf es noch einiger Nachjustierungen.

Worauf wir in der Entwicklung großen Wert gelegt haben, ist die pflegewissenschaftliche Orientierung: kriteriengeleitetes und wissenschaftliches Arbeiten sind Kernbestandteile des Curriculums.

Wird mit einem Ausbau der primärqualifizierenden Studiengänge eine Konkurrenzsituation zur rein berufsschulischen Ausbildung geschaffen?

Solange es noch ausbildungsintegrierende Studiengänge gibt, also bis 2029, bei denen Studierende auch eine Ausbildungsvergütung erhalten, sind wir in einer Konkurrenzsituation.

An dieser Stelle ist dringend Handlungsbedarf erforderlich, um auch die primärqualifizierenden Studiengänge attraktiv zu machen. Hier wird sich zeigen, ob dieser Weg der Qualifikation wirklich politisch gewollt ist. Grundsätzlich sprechen wir aber mit dem Studiengang eine andere Klientel an als mit der Ausbildung, was die Kritik einiger an der Akademisierung verstummen lassen wird. Wir gewinnen die jungen Menschen, deren Ziel eine Tätigkeit im Bereich der Pflege, aber auch ein Hochschulstudium ist.

Plädieren Sie für eine reine hochschulische Ausbildung der Pflegekräfte?

Wenn wir nach internationalem Vorbild vorgehen, ja. Wir werden aber immer einen Skillmix in der Versorgung haben, da wir stets auch Pflegenden mit anderen Qualifikationen benötigen. Pflege ist ein hochanspruchsvoller Beruf, in dem ich naturwissenschaftliche Grundlagen, Medizin, sozialwissenschaftliche, psychologische, rechtliche, ökonomische, pädagogische und auch ökologische Grundlagen brauche, um einen Pflegebedürftigen optimal und unter Heranziehung der unterschiedlichsten Aspekte adäquat zu versorgen. Und in diesem Kontext ist es mir wichtig zu betonen, dass Pflege nicht da anfängt, wo jemand konkrete Unterstützung benötigt, sondern dort, wo bereits im Privaten Pflegefachkräfte konsultiert werden. Man muss sich einmal mehr bewusst machen, wie systemrelevant der Pflegeberuf ist.

Welche Aufgaben können die akademisch Ausgebildeten übernehmen?

Absolventen eines primärqualifizierenden Studiengangs Pflege sind im Gegensatz zu hochschulisch weitergebildeten Pflegefachkräften natürlich erst einmal Berufsanfänger. Sie nehmen jedoch schnell Räume für Entwicklungen und Verbesserungen wahr und hinterfragen so Manches. Sie müssen natürlich dann auf Strukturen stoßen, in denen eine Veränderung gewünscht ist.

Ist diese Offenheit denn vorhanden?

Ja, unsere Studierenden werden beispielsweise während des Studiums in ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeheimen und Kliniken eingesetzt, wo ich in vielen Einrichtungen eine große Offenheit erlebe. Ideen und Konzepte sind vorhanden, sodass die Studierenden kommen können.

Und wenn diese ihr Bachelorzeugnis in der Hand halten?

Grundsätzlich steht eine Aufgabenneuverteilung für hochschulisch Qualifizierte an, da sowohl in den Kliniken als auch in der gesamten Gesundheitsversorgung Strukturveränderungen anstehen. Ein ganz aktuelles Beispiel: Nehmen Sie die Gesundheitsämter, wo wir aktuell hochqualifiziertes Personal brauchen könnten, das die Menschen zur Handhabung und Einhaltung von Hygienemaßnahmen berät und schult. Oder schauen Sie auf die Advanced Practice Nurse (APN) – sie hat z.B. einen primärqualifizierenden Bachelorabschluss und macht anschließend ihren Master mit einem Schwerpunkt, in dem sie Kompetenzen erwirbt, die ihr eine selbstständige Entscheidung und eigenverantwortliches Handeln erlauben.

Doch es geht nicht nur um eine Aufgabenneuverteilung, sondern auch die rechtliche und die finanzielle Dimension müssen da neu gedacht werden. Schauen Sie, ein so stark medizinisch dominiertes Gesundheitssystem, wie wir es in Deutschland haben, gibt es in den westlichen Staaten kaum mehr. Das hat natürlich auch mit der Organisation der Pflege zu tun: Kammern sind bis jetzt nur rudimentär vorhanden, sodass wir aktuell gar nicht beziffern können, wie groß unsere stille Reserve ist. Das würde uns in der jetzigen Ausnahmesituation natürlich helfen. Wir brauchen eine Selbstverwaltung! Es geht schließlich um Patientensicherheit, und wir haben die Verpflichtung, diese gegenüber der Bevölkerung sicherzustellen. Diese Dimension der Pflege müssen wir noch viel deutlicher herausarbeiten.

Woran liegt der doch nach wie vor große Widerstand der Pflegefachkräfte am Kammersystem?

Ich denke, die Pflegekräfte sehen noch keinen Benefit darin, sich in Kammern zusammenzuschließen. Dieser muss noch besser kommuniziert werden. Bisher steht die Beitragsdebatte stets im Vordergrund und die Bedeutung der Versorgungssicherheit kommt einfach zu kurz. Als Negativ-Referenz wird häufig die Ärztekammer herangezogen, die in der Außenwahrnehmung primär damit beschäftigt ist, ihre eigenen Interessen durchzusetzen. Wir müssen uns bei diesem Projekt auf die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und die Patientensicherheit fokussieren – natürlich geht es in der politischen Dimension auch um die Stärkung des Berufsstandes selbst.

Das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) ist eben schon angeklungen. Wie offen zeigt sich Ihren Erfahrungen zufolge medizinisches Personal für die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal in der Praxis?

Es gibt einen tollen Cartoon vom CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative), der mit der Frage: „How can they work together if they don't learn together?“ das Wesentliche feststellt: Wir müssen schon von Beginn an in der Ausbildung miteinander arbeiten und voneinander lernen, um einen frühen Perspektivwechsel zu ermöglichen. Denn wenn

ich mich für eine Ausbildung entscheide, ist das Berufsbild durch meine Sozialisation bereits geprägt. Im Rahmen des Ausbildungsverlaufes verändert sich das vorhandene Bild natürlich; man entwickelt sich also selber weiter – während das evozierte Bild eines anderen Berufes aufgrund mangelnder Erfahrung sich nicht an die tatsächlichen Gegebenheiten anpasst. Und das birgt für die Zusammenarbeit Konfliktpotenzial. Das

Tätigkeits- und Verantwortungsprofil eines Physiotherapeuten oder Arztes bleibt aufgrund mangelnder Kenntnis das meiner Vorstellung.

*<< „How can they work together if they don't learn together?“
Wir müssen schon von Beginn an in der Ausbildung miteinander arbeiten und voneinander lernen, um früh einen Perspektivwechsel zu ermöglichen. >>*

Was ist notwendig, um die Kultur der IPZ erfolgreich zu kultivieren?

Wir müssen vom Ausbildungsbeginn an gemeinsam Ideen planen, durchführen und evaluieren, denn jede Profession ist anders kultiviert, hat eine andere Vorstellung; und hat auch unterschiedliche Ziele für den Patienten. Das muss reflektiert werden. Denn vielleicht kann ich mit dem Blick des Physiotherapeuten auf den Patienten etwas sehen, was mir durch die „Pflegebrille“ bisher gar nicht aufgefallen ist.

Die Medizin hat momentan das Thema Interprofessionalität ganz oben auf der Agenda, doch wie sich das für mich darstellt, fehlt hier zu oft der existenzielle Schritt der gemeinsamen Planung, der allerdings für die Akzeptanz unerlässlich ist.

Gibt es da ein Vorbild?

Kanada hat ein eigenes Framework für interprofessionelle Kompetenzen und die Zusammenarbeit definiert und entwickelt, wo es nicht nur auf Kommunikation ankommt, sondern auch auf Rollenverständnis, Verantwortlichkeit, Teamarbeit, Konfliktfähigkeit. Und natürlich immer den Patienten und seine Angehörigen im Blick zu haben. Das halte ich für ein gutes Modell.

Wäre es einfacher, wenn nur hochschulisch ausgebildet würde?

Es scheint hier vordergründig einfacher die Curricula zu verzahnen, weil man häufiger an einer Institution arbeitet, aber meine Erfahrungen aus den USA, Kanada, Schweden, Japan usw. zeigen, dass auch an den Hochschulen die Abstimmung schwierig ist, weil es eine große Heterogenität zwischen den Studiengängen gibt; wenig gemeinsame Räume – aber man findet sie. Für eine gute Möglichkeit halte ich die Einrichtung einer zentralen koordinierenden Stelle, die sich nur um das Thema interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit kümmert. Das ist natürlich Strukturarbeit in den Institutionen und Fakultäten, die Geld benötigt.

Welche Möglichkeiten gibt es, die berufliche Ausbildung mit den hochschulisch auszubildenden Berufen zusammenzubringen? Das scheint allein räumlich gesehen ungleich schwieriger.

Es gibt seit einiger Zeit die Idee zur Entwicklung eines Gesundheitscampus, die auch an einigen Standorten in Deutschland etabliert wird. An den Universitätsklinika gibt es meist noch die Schulen für die Gesundheitsberufe, wo es zum Austausch kommen kann.

Wir haben das in Heidelberg mit der Pflegeschule probiert, aber man stößt immer wieder auf Ressourcen- oder strukturelle Probleme. Die Lehrenden und Lernenden sind dafür offen, stelle ich immer wieder fest. Erfolgreiche interprofessionelle Ausbildung gab es bisher in Deutschland punktuell auf Modellprojektebene, in den letzten Jahren stark gefördert durch die Robert Bosch Stiftung. Ob sich dadurch an den einzelnen Standorten Strukturen entwickeln, die nachhaltig sind, wird sich zeigen.

Haben Sie eine Vision für die IPZ der Zukunft?

Für die Zusammenarbeit der Professionen wäre es meiner Meinung nach gewinnbringend, wenn wir in der Primärversorgung und in den Kliniken Strukturen hätten, wo beispielsweise im Rahmen von Fallkonferenzen Themen eingebracht und diskutiert werden könnten. Raum und Zeit für interprofessionelle Projektarbeit und Begegnungen zur patientenzentrierten kollaborativen Zusammenarbeit. Visionär und erstrebenswert ist für mich auch die Vorstellung des Patienten als Teil des Teams. Aber das ist wieder eine andere Dimension.

Interprofessionalität ist auch bei der Arzneimitteltherapiesicherheit von großer Bedeutung. Sie waren an der Universität Tübingen im letzten Jahr am Modellprojekt SINA (strukturiertes interprofessionelles Studienangebot zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit) mitbeteiligt. Warum ist Ihnen AMTS wichtig?

Ich bin 2005 an der Universität Heidelberg in die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung gewechselt, um zu promovieren. Dort habe ich mich mit einem Projekt zur Arzneimitteltherapiesicherheit beschäftigt, in dem die Kommunikation zwischen Hausarztpraxis und Klinikum untersucht wurde. Aus der Pflegepraxis war mir das Thema AMTS bereits sehr vertraut und ich halte es für immens wichtig, da die Pflege an nahezu allen Punkten im Arzneimittelprozess mit den Patienten in Verbindung ist; von der Verordnung bis hin zur Verabreichung. Im ambulanten Bereich ist die Pflegekraft zum Beispiel Schnittstelle für die Kommunikation zwischen Patient, Hausarzt, Apotheken und Angehörigen. In der Klinik muss sie dem Patienten sagen können, welches Präparat sich in seiner Tablettendose befindet und wann er es einnehmen muss. Darüber hinaus kann die Pflegekraft die Wirkung des Arzneimittels beobachten.

Worum geht es bei SINA?

Da die AMTS nur interprofessionell verbessert werden kann, ist es von großer Bedeutung, die Inhalte und methodischen Ansätze auch in diesem Modus zu lehren und zu erlernen. Bisher gibt es in Deutschland noch kein strukturiertes interprofessionelles Studienangebot zur Erweiterung und Vertiefung von Kompetenzen in diesem Bereich. Mit einer geeigneten berufsbegleitenden Weiterbildung würden Spezialisten ausgebildet, die anschließend als Multiplikatoren die relevanten Akteure im Gesundheitswesen für die Risiken der Arzneimitteltherapie sensibi-

lisieren und auf diese Weise dazu beitragen könnten, diese Risiken in der Patientenversorgung systematisch zu minimieren.

Eine wichtige Rolle bei der Arzneimitteltherapiesicherheit spielt der Medikationsplan. In diesem Jahr soll der elektronische Medikationsplan auf der Gesundheitskarte verortet werden können. Sie haben im Rahmen des Aktionsbündnisses „Sichere Arzneimittelanwendung Rhein-Neckar-Kreis Heidelberg“ einen Medikationsplan mitentwickelt, den Patienten oder Angehörigen online anlegen können.

Richtig, jeder User kann sich einen individuellen Medikationsplan erstellen, bei Bedarf ausdrucken aber auch online von überall auf der Welt darauf zugreifen. Der

Plan ist nicht nur für Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch für den Arztbesuch oder einem Notfall mit Krankenhausaufenthalt wertvoll. Anhand dessen kann z.B. der Arzt Rückschlüsse auf Erkrankungen des Patienten ziehen.

Trotz der Relevanz führen die Wenigsten jedoch einen Medikationsplan mit sich. Hier sind alle Health Professionals als Akteure gefragt, denn wenn ich als solcher – sei es beispielsweise als Arzt in der Praxis oder als Pflegefachkraft eines ambulanten Dienstes – nicht auf den Medikationsplan eingehe, bzw. nicht die Medikation abfrage, ist der Plan bedeutungslos.

Welche Aufgaben liegen vor der Pflege?

Wir müssen einen stärkeren Fokus auf die hochschulische Primärqualifikation legen, der Pflege durch ein Kammersystem eine starke Stimme verleihen und Bereiche definieren, in denen Pflege selbständig und eigenverantwortlich handeln kann. Pflege ist ein Beruf mit akademischen Karriereöglichkeiten und das muss in nächster Zeit einfach deutlicher werden. Bildung und Selbstwert sind zwei ganz entscheidende Aspekte für die Pflege und ihre Entwicklung. Heute und in Zukunft.

Frau Professor Mahler, vielen Dank für das Gespräch. <<

Professor Dr. Cornelia Mahler

Mahler begann ihre berufliche Laufbahn 1984 mit der Ausbildung zur Krankenschwester an der Schwesternschule der Universität Heidelberg. Bis 2000 war sie als Krankenschwester tätig. 1992 nahm sie das Studium der Erziehungswissenschaft an der Universität Heidelberg auf, das sie 1999 mit Magister Artium beendete. An der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg promovierte sie 2009 zum Dr. sc.hum (scientiarum humanarum), wo sie 2011 bis 2017 Studiengangskoordinatorin für den Bachelor-Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung war. Von 2017 bis 2018 leitete sie kommissarisch die Sektion Interprofessionelle Lehre und Forschung in Heidelberg, bevor sie im Juni 2018 an die Medizinische Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen wechselte. Dort war Mahler zuerst als Vertretungsprofessorin Pflegewissenschaft tätig und ist seit Oktober 2018 als Professorin für Pflegewissenschaft für den Aufbau der Abteilung Pflegewissenschaft und als Studiendekanin für den Studiengang Pflege B.Sc. an der Fakultät verantwortlich.

Datenbankunterstützung

>> Nach der Einrichtung einer zentralen Meldestelle will die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz in dieser für das Gesundheitswesen kritischen Phase nun den nächsten Schritt machen: „In den nächsten Tagen und Wochen werden wir Pflegefachpersonen im Ruhestand kontaktieren, um auch mit deren Unterstützung Stück für Stück unseren Freiwilligen-Pool aufzubauen“, sagt Sandra Postel, Vizepräsidentin der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. In enger Absprache mit dem Landesdatenschutzbeauftragten würde die Kammer hierfür auf ihre Datenbank zugreifen, um das Potenzial an freiwilligen und qualifizierten Helfern weitestgehend auszuschöpfen. „Besondere Umstände erfordern besondere Maßnahmen und auch diese Maßnahme hat es in dieser Form noch nicht gegeben. Wir wollen gemeinsam erreichen, dass es im Kampf gegen das Coronavirus an vorderster Front zu einer Unterstützung der Pflegefachpersonen kommt“, erklärt Postel. <<

www.pflegepool.de: VdPB startet Meldeplattform für Fachkräfte

>> In Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) stellt die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) ab sofort eine Meldeplattform für Freiwillige zur Verfügung. Dort können sich Pflegefachpersonen und -hilfskräfte, Medizinische Fachangestellte, Medizinisch-technische Radiologie- sowie Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentinnen und -assistenten registrieren, die aktuell nicht in ihren Berufen tätig sind oder Kapazitäten frei haben und nicht zu einer Risikogruppe gehören. Gesundheitsministerin Melanie Huml wandte sich mit einem entsprechenden Aufruf an die Berufsgruppen, während die VdPB die Meldeplattform einrichtete.

Unter www.pflegepool-bayern.de können Fachkräfte unkompliziert ihre Daten hinterlassen, wenn sie einsatzbereit sind. Die Da-

ten werden ausschließlich zum Zweck der Bekämpfung der Corona-Pandemie gespeichert und auf konkrete Anforderung weitergegeben. Im Bedarfsfall setzen sich die örtlichen Stellen direkt mit den Fachkräften in Verbindung und vermitteln den Einsatzort, teilt der VdPB mit. Das StMGP weist ausdrücklich darauf hin, dass im Falle des Einsatzes der aktuelle Arbeitsvertrag bestehen bleibt und die Freiwilligen zu diesem Zweck (auf der Basis geltenden Rechts oder einer in Kürze zur Verabschiedung vorgesehenen gesetzlichen Regelung) unter Lohnersatz bzw. Lohnfortzahlung freigestellt werden. Der Einsatz soll ausschließlich während der Corona-Pandemie andauern.

„Derzeit ist nicht sicher absehbar, wie sich die Pandemie weiterentwickeln wird. Es ist wichtig, dass wir auf große Herausforderungen vorbereitet sind. Deshalb bitte ich alle Pflegefachkräfte, alle Pflegehilfskräfte sowie Medizinisch-technische Assistenten (MTRA, MTLA) und Medizinische Fachangestellte (MFA), die aktuell nicht in diesem Beruf arbeiten und keiner Risikogruppe angehören, um Unterstützung“, so Ministerin Huml am 23. März. Für die VdPB sei die Unterstützung an dieser Stelle selbstverständlich. Wir hoffen, dass wir mit der Bereitstellung der Plattform die Kapazitäten schnell und unbürokratisch dort erweitern können, wo sie gebraucht werden. <<

PFLEGEPOOL FÜR BAYERN



Pflegekammer Niedersachsen richtet Meldestelle für Freiwillige ein

>> Ab sofort können sich Pflegefachpersonen als Freiwillige zur Bewältigung der Corona-Krise bei der Pflegekammer Niedersachsen melden. Zu diesem Zweck hat die Pflegekammer in Abstimmung mit dem Land Niedersachsen eine zentrale Meldestelle für

Pflegefachpersonen, die aus dem Pflegeberuf ausgeschieden sind, eingerichtet. Insbesondere Pflegefachpersonen sind aufgerufen, sich bevorzugt per E-Mail unter corona@pflegekammer-nds.de mit der Angabe von Name, Alter, Kontaktdaten (Telefon + E-Mail), Qualifikation, Weiterbildung und bevorzugtem Einsatzort bei der Pflegekammer zu melden. „Das Gesundheitssystem wird in den nächsten Wochen und Monaten möglicherweise an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit kommen. Dann wird jede Hilfe gebraucht. Deshalb wollen wir schon jetzt ein Verzeichnis von Personen aufstellen, die in der Pflege aus-helfen oder wichtige Hilfstätig-

keiten übernehmen können“, sagt Kammerpräsidentin Nadya Klarmann. Die Pflegekammer weist ausdrücklich darauf hin, dass die Daten nicht für eine Registrierung als Pflegefachperson nach dem Pflegekammergesetz genutzt und auch nicht mit den vorliegenden Daten abgeglichen werden sollen.

Das Angebot an Zeitarbeitskräften sei so gut wie ausgeschöpft. Viele Pflegenden seien aufgrund der Arbeitsbedingungen in den vergangenen Dekaden aus dem Beruf ausgestiegen. Laut der PflegeComeBack-Studie aus dem Jahr 2018 liegt die Zahl der potenziellen Rückkehrer bei 120.000 bis 200.000 ausgebildeten Pflegekräften. „Diese stille

Reserve könnte dazu beitragen, die Versorgung zu sichern und Leben zu retten“, sagt Klarmann. Schon jetzt meldeten sich täglich ehemalige Pflegenden in der Geschäftsstelle der Pflegekammer, um ihre Hilfe und Unterstützung anzubieten, sollte die Krise trotz aller eindämmenden Maßnahmen nicht zu stoppen sein.

Die Geschäftsstelle sammle und ordne diese Anfragen, um die Daten bei Bedarf sehr schnell den regionalen Krisenzentren zur Verfügung stellen zu können. Es bestehe keine Verpflichtung, aber auch keine Garantie für einen späteren Einsatz. Die Daten würden nach der Krise umgehend gelöscht. <<



Nadya Klarmann, Kammerpräsidentin

Bundesgesundheitsminister Spahn und Staatssekretär Westerfellhaus verkünden Maßnahmen für die Pflege

„Wir wissen, was Sie leisten“

Am 19. März traten Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, vor die Presse und verkündeten Maßnahmen, die das Pflegepersonal in der Zeit der Corona-Krise stärken und unterstützen sollen. Spahn zählte in einem Maßnahmenkatalog 7 Punkte auf. „Wir müssen in einer dynamischen Lage entscheiden. Ich kann immer nur alle bitten mitzuhelfen, vor allem im Sinne derer, die im Gesundheitswesen helfen, und auch in der Versorgung: Kassierer, LKW-Fahrer, Einräumer. Ich finde, sie haben es verdient, dass wir geduldiger sind“, so Spahn.

>> „Ich setze einfach auf Vernunft. Denn ich finde, dass ist das, auf das man in einem demokratischen Rechtsstaat setzen sollte. Vernunft und Erklärung“, richtete Spahn seinen Appell an die Bundesbürger, denen zu diesem Zeitpunkt in Teilen der Ernst der Lage noch nicht klar gewesen zu sein schien. Die Tags zuvor gestartete BMG-Kampagne #WirBleibenZuhause sollte ebenfalls ein größeres Bewusstsein für die richtigen Verhaltensweisen in Bezug auf das Corona-Virus sein.

Um die Pflegekräfte zu schützen und bessere Rahmenbedingungen für ihre Arbeit in der aktuellen Krisensituation zu schaffen, verkündete Spahn folgende Maßnahmen:

- der Pflege-TÜV, der die Qualität von Einrichtungen prüft, werde bis zum 30. September ausgesetzt. Anlassprüfungen sollten weiter durchgeführt werden; die Pflegekassen, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste prüften dabei im Einzelfall die

Notwendigkeit einer Begehung bzw. Prüfung in der Einrichtung unter Berücksichtigung der aktuellen Lage. Die Indikatorenerhebung durch die vollstationären Einrichtungen (derzeit in der Erprobungsphase) werde ebenfalls ausgesetzt.

- Pflegebedürftige sollen bis September nicht mehr körperlich untersucht werden. Die Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sollen stattdessen in einer Kombination von Aktenlage und strukturiertem Interview (telefonisch oder digital) mit dem Pflegebedürftigen, einer Pflegeperson oder Pflegekraft und ggf. dem rechtlichem Betreuer erfolgen. Die Bearbeitungsfrist für Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung (25 Arbeitstage) werde zunächst bis zum 30. September 2020 ausgesetzt. Für die Leistungsgewährung seien wie bisher der Tag der Antragstellung und das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen entscheidend.

Für Dringlichkeitsfälle werde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermächtigt, bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs festzulegen. Wiederholungsbegutachtungen sollen nicht stattfinden.

- die dadurch gegebenenfalls freierwerdenden Ressourcen an ärztlichem und pflegerischem Personal bei den Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung könnten nach Angaben von Spahn ohne Kosten-/Aufwandsersatz in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Gesundheitsämter zum Einsatz kommen. Zur konkreten Umsetzung sollten die Medizinischen Dienste Vereinbarungen mit den Bundesländern treffen.
- es werde die Möglichkeit geschaffen, auf die nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI vorgeschriebenen Beratungsbesuche zu verzichten, ohne den Pflegegeldanspruch zu kürzen. Die Pflegekassen verzichteten bis zum 30. September 2020 vollständig auf die Durchführung und Überprüfung der Beratungsbesuche. Auch eine rückwirkende Kürzung oder Entziehung soll ausgeschlossen werden. Dabei bleibe aber der Anspruch der Pflegebedürftigen auf

einen Beratungsbesuch unverändert. Alternativ zur Präsenzberatung komme telefonische und digitale Beratungen in Betracht.

- trete das Virus in einer Pflegeeinrichtung auf, müsse dies gegenüber den Pflegekassen angezeigt werden. In Abstimmung mit den weiteren hierbei zuständigen Stellen hätten die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung die erforderlichen Maßnahmen und Anpassungen vorzunehmen. Dabei seien zum flexiblen Einsatz des Pflegepersonals (z.B. aus der Tagespflege) in anderen Versorgungsbereichen alle bestehenden Instrumente und Mittel zu nutzen und unbürokratisch einzusetzen.
- Der Personalschlüssel werde befristet ausgesetzt. Die Vergütungskürzungsverfahren sollen ebenso ausgesetzt werden.
- es werde ein zeitlich begrenzter unbürokratischer Ausgleich der wirtschaftlichen Folgen für durch Corona-bedingte außerordentliche Aufwendungen oder Mindereinnahmen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch rasche gesetzliche Maßnahmen eingeführt.

„Wir wissen, was Sie leisten“, schloss Spahn. „Pflege kann nicht jeder, das ist kein Beruf wie jeder andere. Wir senden mit diesem Programm ein klares Signal für die Pflege.“ <<



Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, Pressesprecher Hanno Kautz

Psyma-Umfrage: Entwicklungen des Corona-Virus in der Pflegebranche

Gut vorbereitet auf das Virus?

Das Marktforschungsunternehmen Psyma verfolgt die Entwicklungen des Corona-Virus Sars-CoV-2 in der Pflegebranche. Zwei Wochen nach der ersten Blitzlicht-Befragung vom 4. März – der sich ein Untersuchungszeitraum bis zum 12. März anschloss – sehen sich Kliniken und stationäre Pflegeeinrichtungen trotz steigender Infiziertenzahlen noch gut auf das Virus vorbereitet. Unter Berücksichtigung der sehr geringen Befragtenzahlen in der ambulanten Pflege zeigten sich dort jedoch erste Anzeichen für zunehmende Schwierigkeiten, wie Stefanie Hollaus, Associate Director Research & Consulting, Psyma Health & Care GmbH, berichtet.

>> In welchem Maße das Thema Corona die Pflegekräfte bewegt, lässt sich für Stefanie Hollaus ganz besonders an einem Umstand ablesen: „Die Teilnahmequote war so hoch wie noch nie“, erklärt sie in Bezug auf die zweite Erhebung am 17. März 2020. An dieser beteiligten sich innerhalb von 24 Stunden 197 Pflegekräfte über das Psyma-eigene Expertenpanel Careopinio. Die befragte Zielgruppe, bestehend aus „professionellen Pflegefachkräften, Pflegemanagement und akademisierter Pflege“ äußerte sich auf

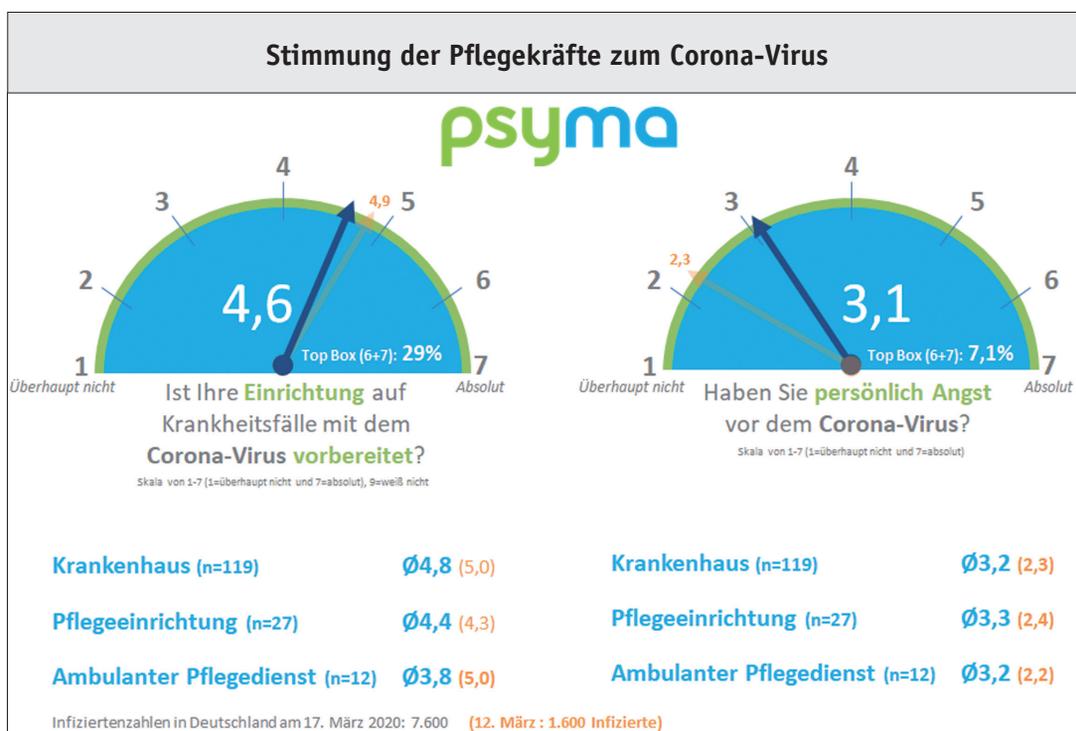
die Frage „Ist Ihre Einrichtung auf Krankheitsfälle mit dem Corona-Virus vorbereitet?“ pessimistischer als bei der Basiserhebung am 4. März (orangefarbene Angaben in Klammern siehe Grafik). Im Krankenhaus (119 Befragte) und in Pflegeeinrichtungen (27 Befragte) sinkt der Mittelwert um 0,2 bzw. 0,1, während er in der ambulanten Pflege auf einer Skala von 1 bis 7 von 5,0 auf 3,8 fällt. Vor dem Hintergrund der gestiegenen Fallzahlen von 1.600 Infizierten Mitte März auf 7.600 am 17. März und dem wachsenden

Bewusstsein der Infektionsgefahr ist dieser Abfall erklärbar. Die Pflegekammer Niedersachsen berichtete am 20. März über einen Mangel an Schutzmaterialien, darunter auch Mund- und Atemschutzmasken, aber auch an Desinfektionsmitteln. „Bisher ist die häusliche Pflege in der Krisenplanung nicht ausreichend berücksichtigt worden“, sagt Rebecca Toenne, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Mitglied der Kammerversammlung der Pflegekammer Niedersachsen. Die Pflegenden setzten sowohl die Pati-

enten als auch sich selbst bei ungenügenden Schutzmaßnahmen einem enormen Infektionsrisiko aus und fielen bei einer Infektion über viele Wochen aus.

Auch die persönliche Angst der Pflegekräfte vor dem Virus wächst, was durch den Anstieg aller drei errechneten Mittelwerte um rund 1 deutlich wird. „Das ist im Mittel extrem viel“, erklärt Hollaus. Dieser Frage liegt ebenfalls eine Antwort-Skala von 1 bis 7 zugrunde.

Darüber hinaus hat das Marktforschungsinstitut die Umfrageteilnehmer, die laut Hollaus die ca. 2 minütige Befragung über das Smartphone beantworten, um Informationen über die „dringlichsten Probleme zur Bewältigung der Corona-Krise in den Einrichtungen“ gebeten. Jeder Zweite nennt fehlendes Personal (47%), das nach Meinung von 13% auch unzureichend qualifiziert ist. 41% geben eine unzureichende Versorgung mit Schutzmaterialien wie Mundschutz an, 19% einen Mangel an Desinfektionsmitteln und 15% erwähnen eine inkompetente Leitung in der eigenen Einrichtung. 9% bemängeln keine klaren, verbindlichen und einheitlichen Regelungen durch die Politik. Hollaus will die Umfrage-Reihe fortsetzen. <<



Pflegekräfte in Deutschland – Blitzlicht-Umfrage von Psyma Health & Care, Stand: 17. März 2020, Basis N = 197. Quelle: Psyma

Geriatler fordern Krisen-Konzept für Corona-Risikogruppe

>> Besonders geriatrische Patienten könnten die Folgen des Corona-Virus schwer treffen. Viele benötigen im Ernstfall intensivmedizinische Betreuung sowie eine ambulante Versorgung oder Betreuung im Pflegeheim, nimmt die Deutschen Gesellschaft für Geriatrie an (DGG) „Die Virusverbreitung zu verlangsamen ist ein erster Schritt, um die Behandlungskapazitäten nicht zu überlasten. Als nächstes muss die Gesundheitspolitik Konzepte entwickeln, sodass weder ambulante geriatrische Dienste in personelle Schieflage geraten noch die Pflegeheime einen Aufnahmestopp verhängen, damit in den Kliniken schnell wieder Behandlungsbetten frei werden“, sagt Hans Jürgen Heppner, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) sowie Chefarzt der Klinik für Geriatrie am Helios Klinikum Schwelm. Aber genau diese Pflegedienste kämen durch die aktuellen Kita- und

Schulschließungen, Quarantäne und zu erwartende Erkrankungen in den Reihen der Mitarbeiter an ihre Leistungsgrenze, beobachtet Dr. Anja Kwetkat, Direktorin der Klinik für Geriatrie am Universitätsklinikum Jena und Leiterin der DGG-Arbeitsgruppe „Impfen“. „Wir befürchten in den ambulanten Pflegebereichen echte Engpässe, die letztendlich wieder zu mehr Krankenhaus-Einweisungen führen, sodass hier Behandlungskapazitäten knapper werden.“

Kwetkat sieht hier vor allem die gesundheitspolitischen Krisenmanager in der Pflicht, den Engpass in der Pflege frühzeitig zu entzerren: „Lösungen dafür müssen jetzt als nächstes und nicht erst in vier Wochen erarbeitet werden, dann ist die Herausforderung in den Kliniken und bei den behandelnden Ärzten zu bewältigen.“ Insbesondere gelte dies für den Bereich der Behandlungspflege, mit beispielsweise

nicht mehr sichergestellten Insulin-Injektionen oder unzureichender Wundversorgung. „Hier wird unbedingt ein Konzept benötigt, falls zu viele Mitarbeiter ausfallen“, sagt Kwetkat. „Sollten sich zu viele ambulante Pflegenden abmelden, bleibt den Betroffenen nur der Weg zum Hausarzt – der aktuell ohnehin an die Behandlungsgrenzen stößt.“ Hier gelte es zu prüfen, ob die Pflegestützpunkt-Netzwerke der Bundesländer an dieser Stelle koordinierend unterstützen könnten. „Sicher sind gerade die Patienten, die den ambulanten Pflegedienst brauchen, die Gruppe mit dem höchsten Risiko der Unterversorgung, wenn die Erkrankungsfälle weiter steigen“, sagt Kwetkat.

Ein zusätzliches Problem ergibt sich laut DGG-Experten aus der zunehmend schwieriger werdenden Entlassplanung der Krankenhäuser. „In unserem Umfeld gibt es teils schon jetzt einen

Aufnahmestopp für neue Heimbewohner, weil die Einrichtungen nicht wissen, wie es mit ihrem Personal gesundheitlich weitergeht – und mit wieviel Personal sie planen können. Andere Heime möchten zunächst einen negativen Abstrich auf Coronaviren sehen. Neue Patienten für ambulante Pflegedienste sind kaum noch vermittelbar“, fasst Dr. Anja Kwetkat zusammen. Damit gebe es aber eine Art Rückstau für die Patienten in den Kliniken – was dazu führt, dass nicht genügend freie Betten für neue Corona-Fälle zur Verfügung stehen. „Diesen Teufelskreis der pflegerischen Unterversorgung in Deutschland können wir nur gemeinsam durchbrechen, wenn jetzt die verantwortlichen Krisenmanager und Gesetzgeber gemeinsam an einem Plan zur Pflege und Versorgung der geriatrischen Risikopatienten arbeiten“, unterstreicht DGG-Präsident Hans Jürgen Heppner. <<

VHBP fordert schnelle Grenzübergänge und virensichere Transportkapazitäten

>> Die Versorgung von rund 300.000 alten und kranken Menschen in Deutschland droht nach Angaben des Verbandes für häusliche Betreuung und Pflege e. V. (VHBP) aufgrund der Coronakrise zusammenzubrechen. Bisher würden diese Menschen durch Betreuungskräfte aus Osteuropa versorgt. Doch aus Angst vor Corona, langen Wartezeiten an den Grenzen und Unsicherheit auch in ihren eigenen Familien blieben Betreuungskräfte zu Hause oder seien nicht mehr bereit, nach Deutschland zu fahren.

„Wir müssen damit rechnen, dass nach Ostern 100.000 bis 200.000 Menschen schrittweise nicht mehr versorgt sind, dass sie alleine zuhause bleiben und

dann in Altenheimen oder Kliniken versorgt werden müssen. Zusätzlich zu denjenigen, die dort jetzt schon gepflegt werden“, so der Geschäftsführer des Verbandes, Frederic Seeböhm. Die Betreuungspersonen seien systemrelevant. Ohne sie würde das Pflegesystem kollabieren. Von den täglich rund 300.000 Betreuungspersonen seien allerdings nur 10% legal in Deutschland, so der Verband. Das bedeute: Nur sie würden durch Vermittlungsagenturen betreut, arbeiteten mit Qualitätsstandards und würden gerade in der aktuellen Krise beraten und zur Arbeit in den Familien ermutigt.

Reisebusreisen seien in Deutschland mittlerweile ver-

boten. Stattdessen werde versucht, mit Kleinbussen (9 Personen) oder PKWs (5 Personen) die Betreuungskräfte von ihren Wohnorten zu den Bestimmungsorten in Deutschland zu bringen – eine hochgefährliche Virenschleuder, urteilt der VHBP, denn die Betreuungskräfte versorgten die Hochrisikogruppe der Pflegebedürftigen. Deshalb fordert der VHBP:

- Passierscheine und Expressbearbeitung für Betreuungskräfte an deutschen Grenzen
- Virensichere Einzeltaxis für die Betreuungskräfte von den Wohnorten zu den Bestimmungsorten in Deutschland, idealerweise mit Fahrerwechsel an der Grenze. <<

#WirBleibenZuhause

>> Mit einem Appell an die Solidarität und das Verantwortungs-bewusstsein jedes Einzelnen hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Kampagne #WirBleibenZuhause gestartet. Um die Verbreitung des Virus zu verlangsamen, müsse sich jeder einschränken,

Zusammen gegen Corona

#WIRBLEIBENZUHAUSE

um sich und andere, und ganz besonders das medizinische Personal, das für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung maßgeblich ist, zu schützen. „Nur wenn alle mitmachen, werden wir damit Erfolg haben“, so Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. <<

Der Deutsche Ethikrat zu Robotik in der Pflege

Robotik als Chance für die Pflege

„Robotik für gute Pflege“ lautet der Titel der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, die im März vorgestellt wurde. Hierin werden Chancen und Risiken der Robotik für die Pflege abgewogen, und der Rat kommt zu dem Urteil, dass Roboter einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen und der Arbeitsqualität im Pflegebereich leisten können. Dies setze jedoch voraus, dass der Einsatz von Robotertechnik zwischenmenschliche Beziehungen nicht ersetzt, dass er nicht gegen den Willen von Gepflegten und Pflegenden oder zur bloßen Effizienzmaximierung erfolgt und dass die Betroffenen in die Entwicklung der Techniken einbezogen werden. Der Vorsitzende des Deutschen Ethikrates Prof. Peter Dabrock, Prof. Adelheid Kuhlmeiy und Prof. Andreas Kruse präsentierten die Stellungnahme.

>> „Das Ausmaß der Veränderung ist zwar nicht genau abzusehen, klar aber ist: Der Zuwachs an Pflegebedarf wird dramatisch sein – und erfordert gesellschaftliche Anstrengungen“, erklärte der Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, Peter Dabrock, als erster Redner auf der Pressekonferenz in Berlin. Die heute rund 3,4 Millionen Pflegebedürftigen, deren Zahl für das Jahr 2050 auf rund 5,3 Millionen geschätzt wird, sehen sich einem Pflegefachkräftemangel ausgesetzt, dem die Politik unter anderem mit der Förderung von Erforschung und Entwicklung robotischer Anwendungen entgegentritt. Für den Deutschen Ethikrat ist die Annäherung der Politik in Form von infrastruktureller, personeller und finanzieller Defizitbeseitigung nicht der richtige Weg. Vielmehr fokussiert der Rat bei seiner Betrachtung und Bewertung der Robotik das Potenzial zur Förderung guter Pflege.

Bei der Erhaltung von Selbstständigkeit, von körperlichen und kognitiven Fähigkeiten wie auch deren möglicher Rückgewinnung durch rehabilitative Maßnahmen, könnten Roboter unterschiedlicher Art zum Einsatz kommen. Professor Dr. Adelheid Kuhlmeiy erklärte, dass man bewusst auf den Begriff „Pflegeroboter“ verzichte, „um der Fehldeutung vorzubeugen, Roboter würden gleichrangig, neben oder anstelle von menschlichen Pflegekräften agieren. Ein solches Szenario

scheint heute nicht realistisch und wäre nach Auffassung des Deutschen Ethikrates auch künftig nicht wünschenswert“, so Kuhlmeiy. Sie zählte Assistenzroboter, die Pflegenden und Gepflegten bei alltäglichen Verrichtungen, z.B. der Nahrungsaufnahme, helfen, Robotische Monitoring-Techniken, die ein selbstbestimmtes Leben im heimischen Umfeld befördern könne, sowie Begleitroboter auf, die z.B. in Gestalt verschiedener Kuschel-

Menschen soziale und emotionale Bedürfnisse zukünftig überwiegend im Umgang mit Begleitrobotern stillen würden oder Angehörige den Eindruck gewöhnen, der Besuch einer pflegebedürftigen bzw. von Assistenz abhängigen Person sei entbehrlich, weil sie dank Monitoring jederzeit nach dem Rechten sehen könnten. Kuhlmeiy sprach ebenso von der Möglichkeit, dass die Unterstützung durch Assistenzrobotik eine höhere Arbeitsdichte in der pro-

Schlüsselbegriff der „guten Pflege“ zu orientieren. „Im Zentrum guter Pflege steht das Wohl der zu pflegenden oder hilfebedürftigen Person in ihrer Individualität“, erklärte Kuhlmeiy. „In der Robotik liegt das Potenzial, einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen und der Arbeitsqualität im Pflegebereich zu leisten“, schloss die Wissenschaftlerin ihr Statement. Andreas Kruse gab anschließend normativen Überlegungen und Empfehlungen Raum. Beim komplexen Interaktionsgeschehen Pflege, das Roboter nicht ersetzend, sondern unterstützend begleiten sollen, unterscheidet der Ethikrat drei Verantwortungsebenen: „Von der Mikro-Ebene der Verantwortung, in deren Zentrum die verantwortungsvolle Gestaltung der direkten Interaktion zwischen Pflegekräften und Personen mit Pflege- oder Assistenzbedarf steht, wird eine Meso-Ebene unterschieden, auf der die Träger von Pflegeeinrichtungen sowie die Entwickler und Anbieter robotischer Systeme agieren“, so Kruse.

Neben diesen beiden gebe es noch die Makro-Ebene der systemischen Rahmenbedingungen, innerhalb derer institutionelle Akteure entscheiden und handeln. Für die Gestaltung dieser Rahmenbedingungen trügen vor allem Politik und Administration sowie die gesundheitssystemische Selbstverwaltung Verantwortung. <<



Der Vorsitzende des Deutschen Ethikrates Peter Dabrock (l.), der Sprecher der ratsinternen Arbeitsgruppe Andreas Kruse (r.) und die stellvertretende Sprecherin der Arbeitsgruppe Adelheid Kuhlmeiy (M.) während der Pressekonferenz anlässlich der Veröffentlichung der Stellungnahme „Robotik für gute Pflege“, Bild: Deutscher Ethikrat.

tiere angeboten werden und bei sozialen Interaktionen assistieren oder selbst als Interaktionspartner dienen und so vor allem kommunikative und emotionale Bedürfnisse erfüllen, stünden ebenfalls im Blickpunkt der Analyse. „Dabei verdeutlichen alle positiv genannten Beispiele zugleich mögliche Schattenseiten des Einsatzes von Robotik“, mahnt Kuhlmeiy, denn es sei fragwürdig, wenn pflegebedürftige

fessionellen Pflege darstellen könnte oder die hohen Kosten für die Einführung von robotischen Assistenzsystemen zu Mittelkürzungen im Personalwesen führen könne. In letzter Konsequenz sei das jedoch aufgrund zu geringer Kenntnisse über die Auswirkungen der Robotik in der Pflege noch nicht evaluierbar. „Der Deutsche Ethikrat schlägt vor, sich bei der Beurteilung dieser Auswirkungen am normativen

Interview mit Dr. med Ruth Hecker, Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit

Die Krise als Wendepunkt?

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und Staatssekretär Andreas Westerfellhaus haben am 19. März mit Pflegeverbänden und -kassen über die Versorgung der Pflegebedürftigen und Entlastung der Heime sowie des Personals beraten und diese vorgestellt. Am 23. März hat das Kabinett schließlich die Entwürfe für Gesetzespakete zur Unterstützung des Gesundheitswesens bei der Bewältigung der Corona-Epidemie beschlossen. Vor diesem Hintergrund haben wir Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit, zu den Maßnahmen befragt. Um die Patientensicherheit zu gewährleisten sei eine angemessene Personalausstattung die Voraussetzung. „Die Mitarbeiter in der Pflege, egal wo, erfahren nicht die Wertschätzung, die ihnen gebührt, verdienen zu wenig Geld und das predigen wir seit vielen, vielen Jahren“, so Hecker.

>> Der Pflege-TÜV wird laut Jens Spahn bis September 2020 ausgesetzt. Halten Sie diese Maßnahme im Rahmen der Corona-Krise für vertretbar?

Bedauerlicherweise ja! Meine 95-jährige Mutter lebt im Pflegeheim und ich kann Ihnen sagen, die Belastung der Pflegekräfte ist im Moment sehr, sehr groß; unfassbar, was sie leisten, um sich und die Bewohner zu schützen – zur Zeit tun sie das immer noch mit unzureichender Schutzkleidung! Mehr Gespräche mit den Angehörigen, um diese zu beruhigen. Mehr Einzelleistungen durch die Pflegekräfte bei den Bewohnern, weil keine Angehörigen mehr entlasten können. Die Pflegenden müssen sich ja was gegen die Einsamkeit der Bewohner einfallen lassen. Die Bewohner, die noch intellektuell in der Lage sind, die Situation zu erfassen, müssen einerseits beruhigt und andererseits psychisch gestärkt werden. Im Moment herrscht Ausnahmezustand!

Auch der Personalschlüssel wird befristet ausgesetzt. Ist das für die Zeit der Krise ein angemessenes Instrument?

Natürlich gefällt uns das auch nicht. Wir haben seit vielen Jahren einen Mangel an Pflegepersonal. Da wir aber nicht wissen, wie viele Patienten in den nächsten Wochen in die Krankenhäuser strömen, was soll die Politik machen? Diese nach Hause schicken, weil kein Pflegepersonal da ist oder an den Untergrenzen festgehalten wird? Das ist ja auch keine Lösung. Die Mitarbeiter in der Pflege, egal wo, erfahren nicht die Wertschätzung, die ihnen gebührt, verdienen zu wenig Geld und das predigen wir seit vielen, vielen Jahren. Es wurde Jahrzehnte ignoriert, wir wissen alle warum. Ich hoffe nur, dass wir nach der Krise wieder in ein geordnetes System zurückfinden werden.

Werden die Pflegebedürftigen im Schutzmaßnahmen-Katalog insgesamt ausreichend berücksichtigt? Was ist Ihnen im Sinne der Patientensicherheit zu kurz gekommen?

Sorry, dazu kann ich nicht viel sagen. Patientensicherheit kommt im Moment an allen Ecken und Enden zu kurz. Ich habe ein wenig Hoffnung, dass die Beteiligten zumindest jetzt endlich die Hygiene verstehen und die Maßnahmen einhalten, die seit Jahren „normal“ sein sollten. Die Aktion „Saubere Hände“ ist seit vielen Jahren anerkannt. Es ist doch logisch, dass in der nächsten Zeit aufgrund von Fehlern mehr Menschen versterben, weil sie in dieser Krise nicht

schnell genug und adäquat genug versorgt werden können, Fehler passieren! Ob in der ambulanten Versorgung, im Pflegeheim oder im Krankenhaus – das Pflegepersonal war sehr sehr knapp berechnet, schon vor der Krise. Das kann nicht funktionieren. Ohne Personal keine Patientensicherheit.

Ich hoffe inständig, dass wir besser aus der Krise herauskommen als unsere Nachbarländer. Und ich hoffe inständig, dass danach nicht gesagt wird, wir waren doch sehr gut aufgestellt! Ich hoffe inständig, dass daraus nicht abgeleitet wird, dass wir weiterhin die Sorgen und Nöte, Bedürfnisse der Mitarbeiter in der Pflege ignorieren.

In einem Altenheim in Würzburg sind Mitte März 9 Patienten an Covid-19 verstorben. 23 Pfleger (Stand: 23.03.2020) haben sich mit dem Virus infiziert. Muss man die Einrichtungen in der pandemischen Zeit noch besser schützen?

Auf jeden Fall! Schutzausrüstungen sofort und Prüfung, wer mit welchen Krankheitssymptomen zur Arbeit kommt. Keine Kompromisse! Strenge Kontrolle der Heimleitung. Keiner darf dort arbeiten, der sich krank oder auch nur unwohl fühlt. Keine Besucher! Erkrankungen im Pflegeheim ergeben einen sehr unglücklichen Verschiebeparkplatz in die Krankenhäuser! Ich sehe hier nicht, dass das alle Verantwortlichen verstanden haben. Wenn Mitarbeiter erkranken, haben die anderen wieder mehr zu tun. Ein sehr kritischer Kreislauf, den man sehr ernst nehmen muss!

Wie schätzen Sie das Risiko in der ambulanten Pflege für die Patienten ein? Welche Schutzmaßnahmen sind unerlässlich?

Hier darf es keinen Unterschied zu den Maßnahmen in den Krankenhäusern oder den Pflegeeinrichtungen geben. Da wir nicht wissen, wer Virusträger ist und wer nicht, muss man davon ausgehen, dass jeder ein möglicher Virusträger ist. Deshalb gibt es ja auch ein öffentliches Kontaktverbot. In der Pflege hat man Kontakt, also braucht man eine Schutzausrüstung!

Ich möchte noch etwas zur Erweiterung der Intensivbetten ergänzen: Wo sollen die Pflegekräfte dazu herkommen? Eine Fachausbildung zur Intensivschwester in 24 Stunden, das geht nicht.

Frau Dr. Hecker, vielen Dank für das Gespräch. <<

Eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung

Ausländische Fachkräfte für die Pflege

Das Thema Fachkräftemangel ist allgegenwärtig und die Bemühungen sind groß, im In- und Ausland Fachkräfte zu rekrutieren oder wiederzugewinnen. Die Hans-Böckler-Stiftung hat im Dezember 2019 die Studie „Vertane Chancen der Fachkräftebindung in der Pflege. Strukturelle Hindernisse bei der Integration von migrierten und quereinsteigenden Fachkräften“ veröffentlicht, in der die Autorinnen der Frage nachgehen, ob die Einrichtungen und Betriebe in Deutschland ausreichend auf diese Veränderungen eingestellt sind.

>> Es gebe strukturelle Hindernisse für eine Integration der zunehmenden Anzahl von Fachkräften, die aus dem Ausland oder als Quereinsteigende aus einem anderen Beruf in der Pflege tätig werden, analysieren die Autorinnen Mariana Grgic, Christa Larsen, Sigrid Rand, Birgit Riedel und Dorothea Voss. Dadurch komme es zu Konflikten und Missverständnissen und häufig scheitere die Integration in den Pflegealltag ganz. „Damit werden Chancen vertan, den Fachkräftemangel in der Pflege zu mildern“, heißt es. Betont wird, dass ausländische Fachkräfte wie Quereinsteiger durch einen Abschluss nachweisen müssen, dass sie den Aufgaben der Pflege gewachsen sind.

Deutschland als Zielland noch mit wenig Erfahrung

Die Motivation von Pflegefachkräften aus dem Ausland verorten die Autorinnen im Sammeln internationaler Berufserfahrung oder in der Flucht vor schwierigen ökonomischen und politischen Verhältnissen. Darüber hinaus sei das Unterfangen meist ein „Familienprojekt“, da viele Zugewanderte mit ihrem Verdienst die heimische Familie unterstützten oder mit ihren Kindern und Partnern nach Deutschland migrierten. Der wirtschaftliche Druck sei zudem für viele hoch, da sie sich bereits während des Anwerbe- und Anerkennungsprozesses verschuldet hätten. Pflegefachkräfte können, darauf weisen die Autorinnen hin,

autonom zuwandern: als EU-Bürger im Rahmen der Freizügigkeit oder mit Visum aus einem sogenannten Drittstaat.

Allerdings habe Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern wie zum Beispiel der Schweiz oder Großbritannien deutlich weniger Erfahrung als Zielland der globalisierten Pflegekräfteemigration. Seit 2012 engagiere sich Deutschland hier verstärkt und so sei die Zahl ausländischer Pflegefachkräfte von rund 1.500 (2012) auf rund 8.800 im Jahr 2017 gestiegen. Ihre Heimat liegt meist in süd-, südost- und osteuropäischen Staaten sowie den Philippinen. Auch staatliche Abwerbeabkommen bestehen beispielsweise mit Bosnien Herzegowina, Serbien und den Philippinen. Doch zeigt der aktuelle Konflikt mit der serbischen Regierung das Spannungsfeld von Abwerbung personeller Ressourcen. Das seit 2013 laufende Triple-Win-Projekt der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und der Bundesagentur für Arbeit (BA) hat Vereinbarungen mit Bosnien und Herzegowina, Tunesien, den Philippinen und Serbien. Staatspräsident Aleksandar Vucic soll sich während Bundesgesundheitsminister Jens Spahns Reise in den Kosovo und nach Mexiko deutlich solche Vorgänge in seinem Land verbieten haben.

Aber auch Quereinsteiger haben eine Chance: Die „Ausbildungs- und Qualifizierungs-offensive Altenpflege“ beispielsweise ermöglichte im Zeitraum 2012 bis 2019 insbesondere Arbeitslosen ei-

ne vollfinanzierte Umschulung zur Altenpflegefachkraft, führen die Autorinnen auf. Bilanz: Im Zeitraum 2012 bis 2017 haben demnach knapp 38.000 Personen eine Umschulung in der Altenpflege begonnen, und 30.600 Fachkräfte schlossen die Ausbildung in diesem Zeitraum ab. Auch für die generalistische Pflegeausbildung sei eine dreijährige Fördermöglichkeit ab dem Jahr 2020 über das Pflegeberufereformgesetz sichergestellt.

Dissonanzen ausräumen

Die Studienautorinnen machen für ausländische Pflegefachkräfte und Quereinsteiger grundsätzliche strukturelle Hindernisse aus. Zugewanderte Fachkräfte werden trotz vorhandener Berufsabschlüsse und Sprachkenntnisse in der Regel zunächst als Pflegehelferinnen und -helfer beschäftigt, was sie oft als fachliche Unterforderung empfinden. Das gelte vor allem dann, wenn eine Beschäftigung vor Abschluss des Anerkennungsverfahrens begonnen werde und das sei nicht selten der Fall, weil eine Anerkennung der Abschlüsse bei Pflegefachkräften aus Drittstaaten bis zu 18 Monate dauern könne. Das Empfinden mangelnder Wertschätzung sei die Folge, stellen die Autorinnen fest. Hingegen sähen sich Quereinsteigende in Altenpflegeeinrichtungen einer fachlichen Überforderung beim Einstieg in den Pflegealltag ausgesetzt: Als Erwachsene würden sie oft nicht als Aus-

zubildende wahrgenommen und deswegen – auch angesichts des Fachkräftemangels – in den täglichen Arbeitsabläufen zu schnell als vollwertige Fachkraft eingesetzt. Folglich seien die Führungskräfte gefragt, Probleme solcher Art zu lösen. Gelingt das nicht, würden die Dissonanzen auf persönlicher Ebene in Teams getragen, und häufig auch ethnisiert. In den Interviews sei berichtet worden, dass Abwertungen, Gruppenbildung oder Polarisierung zwischen Etablierten und Neuen keine Seltenheit seien.

Die Studie eröffnet fünf Optionen wie ausländische Fachkräfte oder Quereinsteigende auf die Dissonanzen reagieren: „auf eigene Faust anders arbeiten“, „in den Konflikt gehen“, „so schnell wie möglich weiterziehen“ und „Exit deutsche Pflege“. Diese vier Optionen führten oft zum Ausstieg. Manche – vor allem Junge – seien in der Lage sich schließlich anzupassen.

Mehr Zeit bei der Integration – womöglich mit Unterstützung von Coaches –, das Beschleunigen von Anerkennungsverfahren für die Abschlüsse ausländischer Pflegefachkräfte, mehr Informationen und Reflexionsmöglichkeiten in Deutschland bereits tätiger Pflegefachkräfte über die Ausbildungs- und Arbeitsorganisation im Ausland und auch bessere Vorbereitung und Auswahl bei der Umschulung zu Altenpflegefachkräften oder die positive Einflussnahme von Betriebsräten auf das Management empfehlen die Autorinnen, um gegenzusteuern. <<

Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG)

Am 1. März ist das Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG) in Kraft getreten – damit können Unternehmen leichter dringend benötigte Stellen durch qualifizierte Fachkräfte aus Nicht-EU-Staaten besetzen. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) hat dafür mit der Hotline „Arbeiten und Leben in Deutschland“ (ALiD) sowie dem Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung“ (IQ) bereits wichtige Weichen gestellt. Das Forschungszentrum des BAMF hat Ende Februar zu ausländischen nicht-akademischen Fachkräften auf dem deutschen Arbeitsmarkt eine Studie veröffentlicht.

Abgesehen von EU-Bürgern, die jederzeit ohne Voraussetzungen eine Arbeit in Deutschland aufnehmen können, durften ausländische Fachkräfte ohne Hochschulabschluss bislang nur dann in Deutschland tätig sein, wenn sie in einem sogenannten Engpassberuf beschäftigt waren. Das FEG erleichtert nun den Zugang von qualifizierten Fachkräften aus Nicht-EU-Staaten und regelt als Instrument der Migrationssteuerung gleichzeitig klar und transparent, wer kommen darf und wer nicht. Der Grundsatz der Trennung von Asyl- und Erwerbsmigration wird dabei beibehalten. Sollte sich herausstellen, dass nach der Einreise zur Erwerbstätigkeit in signifikanter Zahl Asylanträge gestellt werden, die kaum Aussicht auf eine Schutzgewährung haben, kann durch Verordnung eine Zuwanderungssperre für die betreffenden Herkunftsstaaten verhängt werden.

„Das jetzt in Kraft tretende Fachkräfteeinwanderungsgesetz stellt einen wichtigen Schritt dar, den Fachkräftebedarf in Deutschland zu decken“, betont BAMF-Präsident Dr. Hans-Eckhard Sommer. „Damit sind wir in Deutschland deutlich besser aufgestellt, auch nicht-akademische Fachkräfte anzusprechen und für die Erwerbsmigration in Deutschland zu gewinnen. Das BAMF wird bei der Umsetzung an zentralen Stellen mitwirken.“

BAMF-Studie zu ausländischen nicht-akademischen Fachkräften

Die Notwendigkeit klarer gesetzlicher Vorgaben und einer verstärkten Lenkung von Erwerbsmigration unterstreicht die BAMF-Studie „Ausländische nicht-akademische Fachkräfte auf dem deutschen Arbeitsmarkt“, die am 27. Februar 2020 erschienen ist. Anhand von Literaturanalysen und Auswertungen von Daten der Bundesagentur für Arbeit (BA) und des Ausländerzentralregisters (AZR) hat das BAMF-Forschungszentrum eine Bestandsaufnahme vor dem Inkrafttreten des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes erstellt. Deutschland ist demnach bereits ein beliebtes Zielland, sowohl für hochqualifizierte (akademische) als auch nicht-akademisch qualifizierte Erwerbsmigrantinnen und -migranten.

Was ändert sich mit dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz?

Das FEG schafft verbesserte Voraussetzungen dafür, dass nicht nur Akademikerinnen und Akademiker, sondern auch Fachkräfte mit Berufsausbildung aus Nicht-EU-Staaten nach Deutschland kommen können. Durch das neue Gesetz berechtigt jeder Aufenthaltstitel grundsätzlich zur Erwerbstätigkeit. Weiterhin muss der Arbeitsplatz bereits vor der Einreise feststehen; nur unter engen Voraussetzungen erlaubt das FEG die Einreise zur Arbeitsplatz- oder Ausbildungsplatzsuche. Durch das beschleunigte Fachkräfteverfahren können Arbeitgeber dabei mitwirken, dass ausländische Fachkräfte schneller einreisen und ihre Arbeit aufnehmen können. Dazu kommt, dass auch die Möglichkeiten zum Aufenthalt zwecks Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen erweitert werden.

Was ändert sich mit dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz?

Die seit März 2020 geltenden Regelungen haben bereits vor Inkrafttreten großes Interesse im In- und Ausland geweckt. Als zentrales Informations- und Beratungsangebot, das die bestehenden Plattformen wie beispielsweise „Make it in Germany“ ergänzt, verzeichnete die „Hotline Arbeiten und Leben in Deutschland“ (ALiD) seit Ende 2019 einen Anstieg der schriftlichen Anfragen zu den Themen „Anerkennung ausländischer Abschlüsse“ und „Einreise und Aufenthalt“ um bis zu 300% im Vergleich zu den Vormonaten. Mit einem 25-prozentigen Anstieg der telefonischen Anfragen im Januar 2020 gehen mittlerweile über 2.600 Anfragen pro Monat telefonisch im BAMF ein. Die Hotline wird gemeinsam vom BAMF und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit (BA) im Rahmen einer ressortübergreifenden Kooperation zwischen BMI, BMBF, BMWi und BA betrieben. Das Beratungsangebot konzentriert sich vor allem auf die Themen „Jobsuche, Arbeit und Beruf“, „Anerkennung ausländischer Abschlüsse“, „Einreise und Aufenthalt“ sowie den Bereich „Deutsch lernen“. Typische Fragen zum FEG sind: „Wie kann ich am beschleunigten Fachkräfteverfahren teilnehmen?“, „Kann ich zur Arbeitsplatzsuche mit einer Berufsausbildung einreisen?“ oder „Ich bin IT-Spezialist: Welche Neuerungen bringt das neue Fachkräfteeinwanderungsgesetz für mich mit sich?“

Neue aufenthaltsrechtliche Aufgaben für das BAMF

Mit Inkrafttreten des FEG übernimmt das BAMF im Rahmen der EU-Mobilität von Forschern und Studierenden (REST-Richtlinie) sowie unternehmensintern Transferierten (ICT-Richtlinie) Aufgaben, die bisher in der Zuständigkeit der Ausländerbehörden lagen.

Programm „Integration durch Qualifizierung“ (IQ) – neuer Schwerpunkt

Das bundesweite Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung“ (IQ) baut flankierend zum FEG derzeit „Regionale Fachkräftenetzwerke Einwanderung“ als neuen Handlungsschwerpunkt aus. In allen 16 Bundesländern sollen Landeskoordinierungen hierzu relevante Akteure zusammenbringen, Angebote besser verzahnen und Arbeitgeber zur Fachkräftegewinnung informieren. In dem vom BAMF administrierten Programm sollen auch regional abgestimmte Konzepte zur Fachkräftesicherung etabliert werden.

Menschen mit einer ausländischen Berufsqualifikation werden bei rund 100 IQ-Beratungsstellen außerdem zu Fragen der Anerkennung ihres Abschlusses individuell beraten, begleitet und bei Bedarf (nach)qualifiziert. Damit trägt IQ im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales dazu bei, das Potenzial an Fachkräften zu aktivieren.

Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

Stiftungsallianz fordert Aufwertung für Pflegeberufe

Mehr akademisch ausbilden

Um eine hochwertige Gesundheitsversorgung in Deutschland weiterhin sicherstellen zu können, rät die Stiftungsallianz, bestehend aus Robert Bosch Stiftung, Bertelsmann Stiftung und Stiftung Münch zu einem entschlossenen Kurswechsel. Das gemeinsame Positionspapier „Pflege kann mehr!“ nennt zentrale Empfehlungen, um den Pflegeberuf zu stärken, denn trotz der Anstrengungen vieler Akteure in den letzten Jahren sei es schwierig, ein hinreichendes Mittel gegen den Fachkräfte- und Versorgungsmangel zu finden.

>> Unter dem Titel „Pflege kann mehr!“ formulieren die Stiftungen ihre Empfehlungen: Mehr Verantwortung für professionell Pflegende durch Übernahme ärztlicher Aufgaben, mehr Expertise durch Ausbau der Akademisierung und eine stärkere Selbstverwaltung. Die Stiftungsallianz warnt vor einem Absenken der Bildungsstandards und rät in ihrem 5-Punkte-Papier zu mehr Professionalisierung, um Fachkräftemangel zu begegnen und Qualität in der Versorgung langfristig sicherzustellen. Ziel müsse eine nachhaltige Aufwertung der Pflege sein, mit erheblich mehr akademisch ausgebildeten Pflegekräften und Karrieremöglichkeiten. Dazu gehöre der Ausbau von Pflegestudiengängen an Hochschulen und Universitäten. Notwendig seien rund 30.000 Studienplätze und entsprechende Konzepte für den Einsatz akademischer Fachkräfte in der Pflegepraxis. Der gesetzliche Rahmen für eine hochschulische Pflegeausbildung sei mit dem PflBG gegeben, die Finanzierung müsse jetzt schnell zwischen Bund und Ländern auf den Weg gebracht werden.

Substitution braucht Umsetzungswillen

In ihrem Papier verweisen die Stiftungen auf internationale Beispiele, die zeigen, wie der professionellen Pflege mehr Ver-

antwortung übertragen werden könne. „In vielen Nachbarländern werden seit langem gute Erfahrungen mit der partnerschaftlichen Aufteilung der Heilkundeverantwortung zwischen verschiedenen Berufsgruppen gemacht. Dabei wird verstärkt auf akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen gesetzt, die in enger Kooperation mit Ärzten und weiteren Akteuren Patienten und Pflegebedürftige eigenverantwortlich diagnostisch und therapeutisch versorgen“, betont Prof. Dr. Boris Augurzky von der Stiftung Münch.

Neujustierung der Gesundheitsberufe

Auch die Kompetenz, bestimmte Medikamente und Hilfsmittel selbständig verordnen zu können, gehöre für die professionell Pflegenden in anderen Ländern zum Alltag. Eine entsprechende Neujustierung der Gesundheitsberufe in Deutschland werde derzeit vom Bundesgesundheitsministerium geprüft. „Es braucht jetzt den entschiedenen Umsetzungswillen bei Politik und Verantwortlichen, dies auch bei uns zeitnah anzugehen“, so Augurzky.

Die Allianz begrüßt zudem, dass die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) der Fachkommission nach §53 PflBG aufgetragen hat, standardisierte Module zur Vermittlung erweiterter Kompe-

tenzen für Pflegefachpersonen zur Ausübung selbständiger Heilkunde zu entwickeln. Diese Module könnten schneller und unkomplizierter in die beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildungen implementiert werden. Positiv bewerten die Stiftungen auch, dass gemäß §4 des PflBG ab 2020 erstmals einzig Pflegefachpersonen dazu berechtigt sind, den individuellen Pflegebedarf zu erheben und festzustellen, den Pflegeprozess zu organisieren, zu gestalten und zu steuern sowie die Qualität der Pflege zu sichern, zu entwickeln und zu evaluieren. Diese Regelung vorbehaltener Aufgaben gehe so weit, dass es auch Ärzten zukünftig untersagt sei, in diese Hoheit einzugreifen. „Erstmals verfügt die berufliche Pflege damit über eine professionelle Handlungsautonomie“, resümieren die Studienautoren.

Fachlich spreche zudem vieles dafür auch die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit und die Pflegeberatung im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes zu vorbehaltenen Aufgaben von professionell Pflegenden zu erklären und damit die Handlungsautonomie des Berufes weiter zu stärken. Ob damit perspektivisch auch die Zuständigkeit für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) an die Profession der Pflege und eine entsprechende Organisation

ihrer Selbstverwaltung übergehen könne, werde in Zukunft noch zu diskutieren sein.

Akademisierung vorantreiben

Mit der zunehmenden Komplexität und notwendigen Spezialisierung in der Versorgung begründet der Wissenschaftsrat (WR) seine Empfehlung 10 bis 20% eines Ausbildungsjahrgangs der Gesundheitsberufe akademisch zu qualifizieren. Aktuell gehe man von rund 1% der Beschäftigten aus, die in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern über einen akademischen Abschluss verfügen – und das oft in „patientenfernen Handlungsfeldern“, heißt es im Positionspapier.

Die Autoren bringen Beispiele aus dem Ausland an: Im Fall der Primärversorgung in der Kommune gehe es beispielsweise um Community Health Nursing (CHN) oder Public Health Nursing (PHN). Diese APN würden z. B. auf Aufgaben der eigenständigen medizinisch-pflegerischen, ambulanten Versorgung in enger Zusammenarbeit mit Ärzten vorbereitet. „Oder sie kommen im Kontext sozialräumlicher und vorwiegend gesundheitsförderlicher und präventiver Aufgaben in Kommunen zum Einsatz, etwa in Bereichen der aufsuchenden Beratung und der kommunalen Infrastrukturentwicklung“, beschrieben die

Autoren. In der Akutversorgung zielten APN-Masterstudiengänge im Ausland z. B. auf „Critical Care“, „Acute Care Nursing“ oder „Intensive Care Nursing“. In der stationären Langzeitpflege übernahmen APN Aufgaben der Qualitätssicherung und -entwicklung, insbesondere mit Blick auf pflegerische Interventionen zur Teilhabeförderung, Demenzbegleitung, Dekubitus- und Sturzvermeidung, aber auch zur generellen Innovation und Öffnung der Einrichtungen ins Quartier hinein. Das Resultat sei eine selbständige Pflege, die in enger Kooperation mit Ärzten Patienten eigenverantwortlich versorge.

Eine starke Selbstverwaltung, bitte

Darüber hinaus raten die Stiftungen dazu, die Rolle der Pflege

zu stärken, und zwar dort, wo es um Entscheidungen gehe, die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung haben. Hier müsse professionelle Pflege mit am Tisch sitzen. Uwe Schwenk von der Bertelsmann Stiftung fordert: „Die Pflegenden sollten sich selbst aber auch stärker organisieren und in die Debatten einbringen“, so Schwenk. So existieren beispielsweise schon heute Pflegekammern in Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. In Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg wird an deren Errichtung gearbeitet. Diese Entwicklung sollte aus Sicht der Stiftungen von den politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern gefördert werden. „Die Pflegekammern mit ihrer Pflichtmitgliedschaft bieten eine gute Möglichkeit zur organisierten

Selbstbestimmung der Pflege, auch wenn damit die freiwillige Selbstorganisation der Pflegenden keineswegs obsolet wird“, betont Schwenk.

Spitzenmedizin – und Spitzenpflege!

„Deutschland leistet sich eine sehr gute Breitenmedizin, eine wettbewerbsfähige Spitzenmedizin und zugleich einen Dauerpflegenotstand. Um die Pflege in der Fläche zu sichern, müssen wir zusätzlich für Spitzenpflege sorgen“, fordert Dr. Bernadette Klapper, Leiterin des Bereichs Gesundheit der Robert Bosch Stiftung. Nur wenn die Attraktivität des Berufsbildes steige, würde man langfristig genügend Personal gewinnen können.

„Die Realität zeigt, dass das Bild „Pflege kann jeder!“ ge-

fährlich ist und nicht gegen den Fachkräftemangel hilft“, so Klapper weiter. Aus Sicht der Allianz hängt die Qualität und Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung im erheblichen Maße von der Rolle und den Beiträgen der professionellen Pflege ab. Dazu brauche es kurz- und mittelfristige Strategien, um dem Fachkräftemangel zu begegnen und ebenso, um die Qualität in der professionellen Pflege sicherzustellen.

„Die öffentliche Hand und die Solidargemeinschaft wird Milliarden Euro in die Pflege investieren müssen, dafür aber erhebliche Kosten einsparen durch eine effektivere und effizientere Versorgung und eine in der Folge gesündere Bevölkerung. Pflege kann mehr, wenn man ihr die Möglichkeiten dazu gibt“, prognostizieren die Autoren des Positionspapieres. <<

„Pflege kann mehr!“ Positionen der Stiftungsallianz

>> 1. Die Potenziale der Pflege liegen in ihrer Professionalisierung:

Eine Politik, die das Bild „Pflegen kann jeder“ bedient und dazu beiträgt Bildungsstandards abzusenken, schafft ein gefährliches Deprofessionalisierungsklima. Der bestehende Fachkräftemangel erfordert eine Kursänderung zu einer nachhaltigen Professionalisierung der Pflege mit erheblich mehr Akademisierungsanstrengungen.

2. Neue Aufgaben für die Pflege – Substitution ärztlicher Aufgaben:

International gibt es viele gute Erfahrungen mit einer starken und selbständig tätigen Pflege im Gesundheitswesen. Das zeigt, dass die Pflege grundsätzlich viel mehr heilkundliche Aufgaben im Gesundheitswesen übernehmen könnte, auch solche, die bislang zu ärztlichen Tätigkeiten gehören. Es braucht jetzt den entschiedenen Umsetzungswillen bei Politik und Verantwortlichen, dies zeitnah anzugehen.

3. Expertise in der Pflege – Zigtausend Studienplätze nötig:

Die Übernahme erweiterter Aufgaben der Pflege setzt sehr gute berufliche und akademische Qualifikationen voraus. Pflege zu studieren ist in unseren Nachbarländern gängige Praxis. Der Bund und die Länder zeigen sich bezüglich der Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge in der Pflege aber weiterhin viel zu mutlos und zu vage. Es braucht jetzt rund 30.000 Studienplätze für die pflegerische Versorgung in Deutschland und Konzepte für die Integration der Absolvent_innen in der Pflegepraxis.

4. Selbstverwaltung – nicht mehr an der Pflege vorbei:

Dort, wo es um Entscheidungen im Gesundheitswesen geht, die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung haben, muss auch die professionelle Pflege mit am Tisch sitzen. Ihre Kompetenzen und

ihr Mittun sind schon jetzt unverzichtbar. Das betrifft die gesamte Selbstverwaltungsorganisation im Gesundheitswesen. Die Pflegenden sollten sich selbst stärker auch in die Debatten einbringen.

5. Spitzenmedizin – Spitzenpflege:

Deutschland leistet sich eine sehr gute Breitenmedizin und eine wettbewerbsfähige Spitzenmedizin und zugleich einen Dauerpflegenotstand. Das ist nicht gut für die Menschen, und es ist unwirtschaftlich. Daher ist es höchste Zeit, nun auch die Pflege in der Fläche zu sichern, zusätzlich Spitzenpflege zu ermöglichen und zu erkennen, dass beides zusammengehört. Eine exzellente Pflege erhöht die Attraktivität des Berufs. <<

Quelle: Positionspapier, veröffentlicht in „Pflege&Gesellschaft“

Vortrag: Potenziale professioneller Pflege ausschöpfen

>> Das Deutsche Pflegeforum lädt am 10. Juni 2020 zu einem Vortrag in den Einsteinsaal der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt in Berlin. Prof. Dr. habil. Martina Hasseler, Ostfalia Hochschule Wolfsburg referiert um 18 Uhr zum Thema „Evidenz für den Nutzen der Pflege – Systemrelevanz der Pflegberufe, Mehrwert und Bedeutung professioneller Pflege“.

Deutschland hat im OECD-Vergleich neben Italien und Griechenland das schlechteste Zahlenverhältnis von Pflegepersonal und Patienten. Das wurde in Politik und Gesellschaft viel zu wenig diskutiert. Gerade in der der jetzigen Coronavirus-Krise wird dieses Problem allerdings dramatisch deutlich. Und das ist sicher einer der Gründe, warum Deutschland zwar hohe Gesundheitsausgaben, aber weder die besten Gesundheitsergebnisse, noch die höchste Lebensqualität und Lebenserwar-

tung vorzuweisen hat. Viele internationale Studien zeigen, dass ungünstige Pflegepersonal-Patientenschlüssel verbunden mit einer hohen Arbeitslast in der Pflege die Morbiditäts- und Mortalitätsraten steigern und Patientensicherheit gefährden. Darüber hinaus werden Patienten schlechter auf die Entlassung vorbereitet. Dazu kommt dann auch noch die Pflege-Unterversorgung in anschließenden wohnortnahen Bereichen.

Durch zahlreiche Studien ist ebenso belegt, dass die Gefahr in Krankenhäusern zu versterben oder Risiken zu erleiden höher wird, je weniger Pflegefachkräfte auf den Stationen arbeiten. Ein niedriger Personalschlüssel ist zudem mit längeren Krankenhausaufenthalten verbunden; ein höherer Personalschlüssel führt hingegen zu kürzeren Krankenhausaufenthalten. Die Kosten für die Krankenhausaufenthalte sind darum mit geringeren Personalschlüsseln sogar höher. <<

Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz

>> Die Intensiv-Pflegebedürftigen sollen besser versorgt, Fehlanreize in der Intensivpflege beseitigt und die Selbstbestimmung der Betroffenen gestärkt werden – das sind die Ziele des Entwurfs eines „Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz, GKV-IP-ReG). Das Bundeskabinett hat den Gesetzentwurf am 12. Februar beschlossen.

Dazu erklärt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Die Versorgung von Intensiv-Pflegebedürftigen soll dort stattfinden können, wo sie am besten für al-

le Beteiligten geleistet werden kann. Sie darf keine Frage des Geldbeutels sein. Deswegen wird es erstmals Qualitätsvorgaben für die Intensivpflege zu Hause geben, die Intensivpflege in stationären Einrichtungen wird endlich bezahlbar. Und Krankenhäuser und Heime verpflichten wir, wenn immer möglich, ihre Patienten von den Beatmungsgeräten zu entwöhnen. Niemand soll nur wegen der falschen finanziellen Anreize länger künstlich beatmet werden als unbedingt nötig. So stärken wir mit einer Reihe von Maßnahmen die Versorgung gerade der Patienten, die oftmals nicht mehr für sich selbst die Stimme erheben können. <<

Bienstein: Kritischer Blick auf Personalbemessungstool

>> Am 25. Februar wurde in Berlin das „wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen“ vorgestellt. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) erkennt an, dass damit endlich eine Grundlage geschaffen ist, um künftig Pflege und Pflegepersonalausstattung bundesweit vergleichbar auszugestalten, macht aber auch Schwachstellen aus.

„Das Tool basiert auf dem geänderten Verständnis von Pflege nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und setzt damit die grundsätzlichen Reformen der letzten Jahre fort. Dieser Weg muss nun auch zügig, entschlossen und mit aller Konsequenz weiter gegangen werden“, fordert DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienstein.

Äußerst kritisch zu sehen seien die Zuweisungen wesentlicher pflegerischer Tätigkeiten an Assistenzpersonal. Das werde der zunehmenden Komplexität der Anforderungen und dem in aller Regel multimorbiden Klientel mit hohem medizinischen Versorgungsbedarf bis hin zur Palliativversorgung nicht gerecht. Das Gutachten belege auch: je höher der Pflegegrad, desto stärker steige der Bedarf an Pflegefachpersonen. Zu professionell Pflegenden mit Fachweiterbildung und akademischer Qualifikation werde überhaupt keine Aussage getroffen, das müsse nachgeholt werden. Außerdem: Mehr Pflegepersonal werde Geld kosten. Mit dem Gutachten werde keine Aussage getroffen, wer all das bezahlen soll. <<

„Mehr Fachkräfte führen zu differenzierterer Pflege“

>> Das Projekt „Innovationen zur Förderung der Pflegequalität bei variierender Fachkraftquote (InQuaFa)“ der Bethesda-St. Martin gemeinnützige GmbH aus Boppart unter der wissenschaftlichen Begleitung durch Prof. Dr. Albert Brühl, Lehrstuhl für Statistik und standardisierte Verfahren an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) soll im Dezember 2020 beendet werden. Die ersten Ergebnisse werden derzeit in den beteiligten Berufsbildenden Schulen vorgestellt.

Ziel des Projektes war es nach Angaben der Initiatoren, den Zusammenhang zwischen der Differenzierung von Pflegebedürftigkeit, der erreichten Pflegequalität und der Ausstattung mit Pflegefachkräften zu untersuchen. „Die Ergebnisse des Projektes InQuaFa zeigen, dass Pflege klar auf verschiedenen Niveaus stattfindet“, erklärt Brühl. Diese Niveaus könnten mit Hilfe der Ergebnisse vergleichbar erfasst

und in ihren Auswirkungen auf die Pflegepraxis beschrieben werden. Das Niveau von Pflege sei tendenziell höher für Pflegefachkräfte als für Assistenzkräfte. Dieser Unterschied verschwinde aber bei einer niedrigen Ausstattung mit Fachkräften. „Dabei sichern die aktuell kontrollierten Fachkraftquoten keine Mindestausstattung, da sie auf den Pflegegraden basieren, die Fachkraftzeit nur zu 10 Prozent erklären. Notwendig ist deshalb ein Wechsel in der Prüfung von Pflegequalität“, sagt Brühl, und weiter: „Personalausstattung kann nicht empirisch berechnet werden, ohne darzulegen, auf welchen Niveaus Pflege stattfinden soll. Hierzu bedarf es eines Wechsels in der Bestimmung von Pflegequalität, der mit den Ergebnissen aus InQuaFa gestaltet werden kann.“ Personalbemessung bleibt nach den Ergebnissen eine normative Entscheidung, die durch keinen Algorithmus ersetzt werden kann. <<

Jan Zöllick M.Sc.
 Univ.-Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
 Dr. rer. medic. Johanna Nordheim
 Dr. rer. pol. Stefan Blüher

Akzeptanz von Technik in unterschiedlichen Funktionsbereichen der professionellen Pflege

Vor dem Hintergrund der demografisch bedingten steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen bei gleichzeitiger Personalknappheit in den Pflegeberufen wird der vermehrte Einsatz von Technik zur Erbringung von Pflegeleistungen erprobt (Klein et al. 2018), aber auch kritisch diskutiert (Manzeschke et al. 2013; Zegelin/Meyer 2018). Angelehnt an Häußling (2010: 624) beschreibt Technik dabei ein materielles Gebilde und/oder ein planvolles Verfahren, um klar definierte Sachverhalte zu lösen. In mehr oder weniger komplexen Anwendungsfeldern variieren technische Systeme von aufgabenspezifischen, isolierten Geräten bis hin zu alltagsunterstützenden, vernetzten Assistenzlösungen, die vor allem das Alleinleben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen sollen (Fachinger 2017). Allerdings ist wenig darüber bekannt, wie Pflegekräfte die Potenziale und Grenzen von Technik in der Pflege einschätzen. Einige Studien dokumentieren eine hohe selbsteingeschätzte Technikaffinität bei Pflegekräften (BGW 2017), die sich in hoher Nützlichkeitsbewertung bspw. von Informations- und Telekommunikationssystemen widerspiegelt (O'Sullivan et al. 2018). Andere Autoren finden geringe technische Kompetenzzuschreibungen und wenig Wissen, beispielsweise um Telematik – mit entsprechend stark ausgeprägten Bedenken gegenüber Schulungsaufwand oder zu starker Abhängigkeit von Technik (Dockweiler et al. 2019). Diese Studien blicken jedoch nur auf ausgewählte Arbeitsbereiche der Pflege, die bei der Frage nach Akzeptanz von Technologien differenziert betrachtet werden sollten (Broadbent et al. 2009). Hierzu zählen die körperliche Unterstützung, soziale und emotionale Hilfestellung, das Monitoring und die Dokumentation.

>> Ziel der vorliegenden Studie war es, Potenziale und Grenzen von Technik in unterschiedlichen Bereichen professioneller Pflege aus Sicht der Pflegekräfte zu ermitteln und zu diskutieren. Hierzu wurden professionell Pflegende nach ihren Einschätzungen zum Technikeinsatz in unterschiedlichen Anwendungsfeldern ihrer Tätigkeit befragt. Dabei wurde besonders differenziert auf die o.g.

Zusammenfassung

Der Einsatz von Technik in der Pflege wird zunehmend als eine Lösungsmöglichkeit für die Folgen des demografischen Wandels und die Personalknappheit diskutiert. Der Pflegeberuf ist vielfältig und umfasst verschiedene Funktionen, für die auch technische Lösungen bereitstehen. Unklar ist bisher, wie Pflegekräfte den zunehmenden Einsatz von Technik beurteilen. Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit lautet daher: Wie bewerten professionelle Pflegekräfte den Einsatz von Technik in unterschiedlichen Funktionsbereichen der Pflege? Und welche Rolle spielt dabei die berufliche Position? Mithilfe einer Onlinebefragung wurden Daten von professionellen Pflegekräften (N = 355) erhoben. Der Technikeinsatz wird unterschiedlich beurteilt. Eingesetzt zur sozialen und emotionalen Unterstützung stößt er auf deutlich weniger Zuspruch als in den Bereichen körperliche Unterstützung, Monitoring oder Dokumentation. Führungskräfte evaluieren Technik zur sozialen und emotionalen Unterstützung positiver als Pflegekräfte. Bei der Einführung von Technik in die unterschiedlichen Pflegebereiche sollten Führungs- und Pflegekräfte gleichermaßen gehört werden. Mehrheitlich schreiben sich die befragten Pflegekräfte eine hohe Technikaffinität zu.

Schlüsselwörter

Technikakzeptanz, Technikaffinität, Technik zur sozialen und emotionalen Unterstützung, Pflege- und Führungskräfte

Arbeitsbereiche, die Verbindung von Technikaffinität und -akzeptanz, sowie auf Unterschiede zwischen Pflege- und Führungskräften fokussiert.

Fragestellungen und Hypothesen

Ausgehend von der Fragestellung, wie Pflegekräfte den Einsatz von Technik in unterschiedlichen Bereichen ihrer Arbeit wahrnehmen, lassen sich unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur konkrete Hypothesen formulieren.

Studien legen nahe, dass Technik in der Pflege dann kritisch gesehen wird, wenn sie soziale und emotionale Aufgaben übernimmt (Savela et al. 2017). Beispiele für solche Pflegetechnologien sind die kuscheltierähnlichen Paro und JustoCat sowie die Roboter Pepper und Kaspar, die als Begleiter und Sozialkontakte agieren und somit zwischenmenschliche Funktionen der Pflege übernehmen (können) (Klein et al. 2018). Entsprechend wird erwartet, dass Technik im Bereich der sozialen und emotionalen Unterstützung geringer akzeptiert und auch in anderen Einstellungsfragen (z.B. zum Nutzen, zum Gefährdungspotenzial oder zur Attraktivität des Arbeitsplatzes) kritischer bewertet wird als Technik in den übrigen drei Pflegebereichen (körperliche Unterstützung, Monitoring und Dokumentation).

Die erste Hypothese (H1) lautet:

Pflegekräfte weisen signifikant geringere Akzeptanz und negativere Einstellungen gegenüber Technik zur sozialen und emotionalen Unterstützung auf als gegenüber Technik in den anderen drei Pflegebereichen.

Studien zeigen weiterhin, dass Personen in Leitungspositionen ihre Einrichtungen anders wahrnehmen als Personen mit rein operativen Aufgaben (De Vos/Meganck 2009; Salaman 1978). Für die

Beurteilung von Technik kann dies bedeuten, dass Pflegekräfte eher den Blick auf Technik im direkten Kontakt mit den Pflegebedürftigen richten (körperliche Unterstützung und Monitoring), Führungspersonen hingegen administrative Aspekte fokussieren (Dokumentation). Die Sonderstellung der sozialen und emotionalen Unterstützung bei Pflegekräften mit entsprechend negativer Bewertung (s. H1; Savela et al. 2017) wird bei Führungskräften nicht im selben Ausmaß angenommen.

Die zweite Hypothese (H2) lautet:

Führungskräfte weisen eine vergleichsweise höhere Technikakzeptanz in den Pflegebereichen soziale und emotionale Unterstützung und Dokumentation und eine vergleichsweise niedrigere Technikakzeptanz in den Bereichen körperliche Unterstützung und Monitoring auf als Pflegekräfte ohne Leitungsfunktion.

Letztlich ist die Studienlage nicht eindeutig, wie technikaffin professionelle Pflegekräfte sind. Einige Quellen berichten über ausgeprägte Technikaffinität (BGW 2017; O'Sullivan et al. 2018), andere wiederum über eher geringe (Dockweiler et al. 2019). Explorativ lautet demnach die dritte Fragestellung: Wie technikaffin schätzen sich Pflegekräfte ein?

Methode und Material

Fragebogen

Der mit der Software Unipark umgesetzte Onlinefragebogen umfasste je nach Antwort auf Filterfragen 134 bis 156 Fragen und stand den Teilnehmenden vom 20.08. bis 31.12.2018 zur Verfügung. In Rücksprache mit der behördlichen Datenschutzbeauftragten wurde nach dem informed consent verfahren, d.h. die Interessierten wurden auf der ersten Seite über das Ziel der Studie, Teilnahmebedingungen und Datenschutz, voraussichtliche Bearbeitungsdauer, sowie die Möglichkeit, bei Teilnahme ein Tablet zu gewinnen, informiert. Die Studie wurde in Kooperation mit dem Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) durchgeführt. Bei der Rekrutierung unterstützte der Deutsche Pflegeverband (DPV).

Nach Alter, Geschlecht, Arbeitsort (Krankenhaus, Pflegeheim oder Häuslichkeit) oder beruflicher Position gaben die Befragten ihre Technikaffinität zu elektronischen Geräten (TA-EG) auf den vier Dimensionen Begeisterung, Kompetenz sowie positive und negative Sicht auf Technikfolgen an (Karrer et al. 2009). Anschließend wurden die vier Pflegebereiche körperliche Unterstützung, soziale und emotionale Unterstützung, Monitoring und Dokumentation differenziert abgefragt. Insgesamt 13 Einstellungsfragen und eine standardisierte Akzeptanzskala (Van der Laan et al. 1997) wurden zu jedem Pflegebereich vorgelegt. Der Fragebogen ist auf Anfrage erhältlich.

Stichprobe

Insgesamt nahmen 502 Personen an der Befragung teil. 128 Personen wurden ausgeschlossen, weil sie weniger als 50% des Fragebogens beantworteten. Zusätzliche 16 Personen entfielen, weil ihr Beruf außerhalb der pflegerischen Tätigkeit lag (z.B. Apotheker, Zahnarzt oder Lehrerin). Drei Personen bestanden die üblichen Plausibilitätschecks

nicht (z.B. widersprüchliches Antwortverhalten). Nach Ausschluss verblieben $N = 355$ Personen ($M = 40,49$ Jahre, $SD = 12,71$ Jahre; 78% weiblich) für die Analysen. Die meisten arbeiteten im Krankenhaus (62%), Pflegeheim (14%) oder ambulant in der Häuslichkeit (13%). 35% der Befragten hatten eine Leitungsposition inne.

Analysen

Zur Datenbeschreibung wurden Skalenmittelwerte berechnet und mithilfe von zweiseitigen t-Tests mit Bonferroni-Korrektur geprüft, ob die Mittelwerte signifikant vom neutralen Skalenmittel abweichen. Hieraus ergibt sich die Antwort auf die explorative Fragestellung zur Technikaffinität der Pflegekräfte. Zum Test der ersten Hypothese wurden 14 ANOVAs mit Messwiederholung und den vier Pflegebereichen als Gruppen eingesetzt. Für die zweite Hypothese wurden t-Tests mit unabhängigen Stichproben zwischen Personen mit und ohne Leitungsposition berechnet.

Ergebnisse

In Tabelle 1 finden sich Spannweite, Median, Mittelwert, Standardabweichung, Schiefe, Exzess, t-Wert und Reliabilitätskoeffizient für jede der vier TA-EG-Dimensionen und die Akzeptanz in den Pflegebereichen. Die Mittelwerte von drei der vier Dimensionen der Technikaffinität (Karrer et al. 2009) wichen signifikant vom neutralen Skalenmittel in die Richtung hoher Technikaffinität ab (s. Tab. 1).

Hypothese H1

Aufgrund von Varianzheterogenität ergab sich ein strikteres Signifikanzniveau von $\alpha = 0,001$ und der Greenhouse-Geiser-Wert wurde bei allen ANOVAs interpretiert. Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse für die Akzeptanzwerte und die 13 weiteren Einstellungs-Items in den vier Pflegefunktionen. Angegeben sind zudem die Pflegefunktionen, die am stärksten positiv und negativ vom Gesamtmittelwert abwichen (s. Tab. 2).

Die Akzeptanz von Technikeinsatz war für den Bereich soziale und emotionale Unterstützung am geringsten und die Einstellungs-Items zeigten auch hier eine kritische Haltung der Befragten – mit Ausnahme des Items „Technische Systeme [im Bereich X] erleichtern das Leben von Menschen mit Pflegebedarf“. Die Ergebnisse stützen daher Hypothese H1 mehrheitlich.

Hypothese H2

Die erwarteten Unterschiede in der Akzeptanz von Technik zwischen Pflege- und Führungskräften fanden sich lediglich im Bereich soziale und emotionale Unterstützung: Führungskräfte akzeptierten diese Technik stärker ($t(301) = -3,14$; $p = 0,002$). In den Funktionen körperliche Unterstützung ($t(301) = 0,34$; $p = 0,734$), Monitoring ($t(301) = 0,33$; $p = 0,741$) und Dokumentation ($t(301) = -1,11$; $p = 0,269$) hingegen gab es keine signifikanten Unterschiede. Allerdings waren die Tendenzen, welche Gruppe die verschiedenen technischen Funktionen positiver einschätzte, hypothesenkonform.

Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte Einstellungen von professionellen Pflegekräften zu Potenzialen und Grenzen von Technikeinsatz in unterschiedlichen Bereichen ihrer Arbeit. Dieses Vorgehen berücksichtigte die Komplexität des Berufs Pflege (Savela et al. 2017) und gibt Aufschluss über Haltungen wichtiger Akteure für einen erfolgreichen Einsatz von Technik.

Die Studie unterstreicht die Notwendigkeit, Technikakzeptanz nicht generell, sondern differenziert nach unterschiedlichen Aufgabebereichen der Pflege zu betrachten. So wird Technikenutzung zur sozialen und emotionalen Unterstützung deutlich kritischer bewertet als ein Technikeinsatz zur Erfüllung von anderen Funktionen wie z.B. das Monitoring (H1). Der Einsatz von Technik zur sozialen und emotionalen Betreuung von Patient*innen oder Bewohner*innen läuft in besonderem Maße Gefahr, mit einem professionellen Selbst-

verständnis von „guter Pflege“ in Konflikt zu geraten. Diese Befunde lassen sich in bestehenden ethische Diskussionen zum Technikeinsatz in der Pflege einordnen. So fragen Manzeschke et al. (2013: 16) z.B. „Wie ist es zu bewerten, wenn durch ein Assistenzsystem das subjektive Sicherheitsgefühl steigt, ohne dass objektiv die Sicherheit erhöht wurde?“ oder „Wie können Konflikte zwischen Sicherheit und Privatheit oder Sicherheit und Selbstbestimmung (Freiheit) gelöst werden?“ Ammicht-Quinn (2019: 16) hingegen wirft die Fragen auf, ob „gesellschaftliche Konsequenzen mitgedacht [werden], etwa die Veränderung zwischenmenschlicher Kommunikation durch unterschiedliche Kommunikationstechniken?“ oder „Wie verschieben sich menschliche Beziehungen, wenn die Technik zum Einsatz kommt?“ Alle diese ethischen Aspekte spielen bei Design und Einführung von Technik in der Pflege, ihrer Anwendung sowie ihrer Reflexion eine besondere Rolle – nicht nur bei Technik zur sozialen und emotionalen Unterstützung.

TA-EG-Dimensionen und Akzeptanzskala in vier Pflegebereichen							
Variable	Spannweite	Median	M (SD)	Schiefe	Exzess	t	α
Begeisterung	1 bis 5	3.00	3.10 (0.90)	0.11	-0.65	2.10	.82
Kompetenz	1 bis 5	3.75	3.75 (0.75)	-0.32	-0.37	18.84**	.71
Pos. Sicht	1 bis 5	3.60	3.62 (0.61)	0.03	-0.03	19.30**	.71
Neg. Sicht	1 bis 5	2.75	2.86 (0.65)	-0.01	0.34	4.09**	.67
Akzeptanz körperlich	-2 bis +2	1.22	1.05 (0.76)	-0.79	0.36	25.93**	.90
Akzeptanz sozial	-2 bis +2	0.11	0.21 (1.07)	-0.10	-0.32	3.71**	.96
Akzeptanz Monitoring	-2 bis +2	1.22	1.14 (0.71)	-0.51	-0.69	30.29**	.92
Akzeptanz Dokumentation	-2 bis +2	1.33	1.12 (0.84)	-0.85	0.31	25.23**	.95

Tab. 1: Deskriptive Statistiken, t-Test Ergebnisse und Reliabilitätskoeffizienten der TA-EG-Dimensionen und Akzeptanzskala in den vier Pflegebereichen. Legende: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t = t-Wert; α = Cronbachs alpha. Bonferroni-korrigiertes Signifikanzniveau bei *p < .006; **p < .001.

Einstellungen zum Technikeinsatz in vier Pflegebereichen					
Item	df	F	p	η^2	Abweichung (+ / -)
Akzeptanz	3	150.670	.000	0.299	Mon / Soz
Technische Systeme [im Bereich X]...					
... sind in erster Linie durch wirtschaftliche Interessen motiviert	3	16.641	.000	0.045	Kör / Soz
... helfen dem Personal nicht.	3	80.783	.000	0.186	Kör / Soz
... entlasten das Personal.	3	69.874	.000	0.165	Kör / Soz
... gefährden meinen Arbeitsplatz.	3	57.176	.000	0.139	Dok / Soz
... machen meinen Arbeitsplatz attraktiver für mich.	3	137.135	.000	0.279	Dok / Soz
... finde ich nützlich in meiner Arbeit.	3	176.452	.000	0.333	Mon / Soz
... verbessern meine Arbeitsleistung.	3	117.242	.000	0.249	Mon / Soz
... ermöglichen mir, meine Aufgaben schneller zu erfüllen.	3	87.357	.000	0.198	Mon / Soz
... führen zum Verlust menschlicher Wärme.	3	160.599	.000	0.312	Dok / Soz
... stehen im Kontrast zum Berufsbild der Pflege.	3	121.363	.000	0.255	Dok / Soz
... erleichtern das Leben von Menschen mit Pflegebedarf.	3	69.099	.000	0.163	Kör / Dok
... beschränken die Freiheit von Menschen mit Pflegebedarf.	3	72.962	.000	0.171	Dok / Soz
... stellen eine Gefahr für Menschen mit Pflegebedarf dar.	3	61.675	.000	0.148	Dok / Soz

Tab. 2: Ergebnisse der ANOVAs mit Einstellungen zum Technikeinsatz in den vier Pflegebereichen. Legende: Die Spalte Abweichung benennt diejenigen Pflegefunktionen, deren Mittelwerte am stärksten inhaltlich positiv / negativ vom Gesamtmittelwert abwichen. Kör = körperliche Unterstützung; Soz = soziale und emotionale Unterstützung; Mon = Monitoring; Dok = Dokumentation. Aufgrund von Varianzheterogenität betrug das Signifikanzniveau $\alpha = 0,001$.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen zudem, dass Technik im Bereich körperlicher Unterstützung vor allem dem Personal zugutekommt, indem sie nachvollziehbar hilft und am wenigsten wirtschaftlich motiviert erscheint. Monitoringtechnologien hingegen dienen eher der Produktivität und werden als besonders nützlich, effektiv und effizient wahrgenommen. Dokumentationstechnik ist vollends in das Berufsbild der Pflege integriert und wird nicht in erster Linie als Gefahr für den eigenen Arbeitsplatz oder für die Pflegebedürftigen wahrgenommen. Gleichzeitig wird im berufspolitischen Diskurs häufig eine grundsätzlich zu starke zeitliche Belastung der Pflegekräfte durch zunehmende Dokumentationsanforderungen beklagt (BGW 2017), die besonders dann kritisiert wird, wenn sie vermeintlich oder tatsächlich zu Lasten des Zeitbudgets für die Patient*innen oder Bewohner*innen geht. Hier könnten technisch verbesserte und vereinfachte Verfahren der Dokumentation positive Effekte erzielen. Berufspolitische Debatten zu Pflege und Technik sollten daher immer zuerst mögliche positive wie negative Implikationen von Technikeinsatz insbesondere auch mit Blick auf die Folgen für die Beziehungsgestaltung zu Patient*innen oder Bewohner*innen thematisieren. Nicht zuletzt bedarf es einer Auseinandersetzung über mögliche Veränderungen des pflegerischen Selbstverständnisses durch immer mehr Technikeinsatz. Zudem erscheint eine kontinuierliche und intensive Schulung und Begleitung der Pflegekräfte im Hinblick auf die Bedienung von technischen Geräten, aber auch im Hinblick auf eine kritische Reflektion des Einsatzes von Technik bei der Pflege und Versorgung von Menschen dringend erforderlich. Nur so können ihre Potenziale ausgeschöpft und drohende Risiken kontrolliert werden. <<

Literatur

- Ammicht-Quinn, R. (2019): Zwischen Fürsorge und Kontrolle. Ethische Überlegungen zu Techniken für ein gutes Altern. In: EthikJournal, 5, 1, 1-20.
- BGW. (2017). Pflege 4.0 – Einsatz moderner Technologien aus der Sicht professionell Pflegenden. Forschungsbericht. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).
- Broadbent, E./Stafford, R./MacDonald, B. (2009): Acceptance of healthcare robots for the older population: Review and future directions. In: International Journal of Social Robotics, 1, 4, 319-330. doi:10.1007/s12369-009-0030-6
- De Vos, A./Meganck, A. (2009): What HR managers do versus what employees value. In: Personnel Review, 38, 1, 45-60. doi:10.1108/00483480910920705
- Dockweiler, C./Diedrich, L./Palmdorf, S./Beier, D./Ilic, J./Kibbert, M., . . . Hornberg, C. (2019): Telematische Anwendungen in der ambulanten Pflege: Die Perspektive von Pflegekräften. In: Pflege, 32, 2, 87-96. doi:10.1024/1012-5302/a000648
- Fachinger, U. (2017). Technikeinsatz bei Pflegebedürftigkeit. In K. Jacobs/A. Kuhlmeij/S. Greß/J. Klauber/A. Schwinger (Hrsg.) Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung von Pflegebedürftigen (S. 83-94). Berlin und Fulda: Schattauer
- Häußling, R. (2010). Techniksoziologie. In G. Kneer/M. Schroer (Hrsg.) Handbuch spezielle Soziologien (S. 623-643). Wiesbaden: Springer VS Verlag
- Karrer, K./Glaser, C./Clemens, C./Bruder, C. (2009): Technikaffinität erfassen – der Fragebogen TA-EG. In: Der Mensch im Mittelpunkt technischer Systeme, 8, 196-201.
- Klein, B./Graf, B./Schlömer, I. F./Roßberg, H./Röhricht, K./Baumgarten, S. (2018). Robotik in der Gesundheitswirtschaft. Einsatzfelder und Potentiale. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH
- Manzeschke, A./Weber, K./Rother, E./Fangerau, H. (2013). Ergebnisse der Studie „Ethische Fragen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme“. München: VDI/VDE Innovation + Technik GmbH
- O’Sullivan, J. L./Gellert, P./Hesse, B./Jordan, L.-M./Möller, S./Voigt-Antons, J.-N./Nordheim, J. (2018): Exploring attitudes of healthcare professionals towards ICT-based interventions for nursing home residents with dementia: A mixed-methods approach. In: Contemporary nurse, 54, 1, 13-25. doi:10.1080/10376178.2017.1421087
- Salaman, G. (1978): Towards a sociology of organisational structure. In: The Sociological Review, 26, 3, 519-554. doi:10.1111/j.1467-954X.1978.tb00144.x
- Savela, N./Turja, T./Oksanen, A. (2017): Social acceptance of robots in different occupational fields: A systematic literature review. In: International Journal of Social Robotics, 10, 4, 493-502. doi:10.1007/s12369-017-0452-5
- Van der Laan, J. D./Heino, A./de Waard, D. (1997): A simple procedure for the assessment of acceptance of advanced transport telematics. In: Transportation Research: Part C, 5, 1, 1-10. doi:10.1016/S0968-090X(96)00025-3
- Zegelin, A./Meyer, G. (2018): Roboter gegen Personalengpässe in der Pflege? In: Pflege, 31, 2, 61-62. doi:10.1024/1012-5302/a000607

Perspectives of professional nurses on technologies in different care functions

Because of demographic change and staff shortages technologies for care are seen as viable options for the diverse functions necessary to be fulfilled in order to provide high quality care. However, it remains unclear how professional nurses evaluate technologies in care. The central question in this study was: How do professional nurses evaluate technologies in different functions of care? A sub-question addresses differences between nurses and their executives in their assessments. Using an online survey, we conducted data on professional nurses (N = 355) recruited through our institution, project partners, and social media. Technologies were assessed differently depending on the function they fulfil. They were less accepted when used for social and emotional comfort than for physical support, monitoring, or documentation. Executives evaluate social technologies more positively than nurses. Both executives and nurses should be given a voice when new technologies are introduced to the care process, because technologies are accepted and seen as useful when used for some functions, whereas in other functions technology stands in contrast to the ideal of care. Lastly, this study provides support for high technological affinity of nurses.

Keywords

Technology affinity, technology acceptance, technology for social support

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Jan Zöllick M.Sc.

studierte von 2010 bis 2013 Psychologie (B.Sc.) an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und von 2013 bis 2014 Nachhaltigkeitsmanagement (M.Sc.) an der University of Bath in England. Im Anschluss arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie der Goethe-Universität Frankfurt am Main und seit August 2017 an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Sein Arbeitsschwerpunkt: Gesundheit und Technik. Kontakt: jan.zoellick@charite.de



Univ.-Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmeiy

ist seit 2012 die Wissenschaftliche Direktorin des Centrums für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Die Altersforscherin leitet bereits seit 2002 das Institut für Medizinische Soziologie an diesem CharitéCentrum und war in den Jahren davor Professorin für Soziale Gerontologie und Medizinsoziologie an den Hochschulen Neubrandenburg und Braunschweig-Wolfenbüttel. Kontakt: adelheid.kuhlmeiy@charite.de



Dr. rer. medic. Johanna Nordheim

studierte nach Ausbildung und Tätigkeit in der Krankenpflege Psychologie an der Freien Universität Berlin. Seit 2002 ist sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité-Universitätsmedizin Berlin tätig, u.a. am Institut für Medizin-/ Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft (2006-2007) sowie bis heute am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft. Kontakt: johanna.nordheim@charite.de



Dr. rer. pol. Stefan Blüher

ist seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2012 Mitglied der Institutsleitung mit geschäftsführenden Aufgaben am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Kontakt: stefan.blueher@charite.de



Sara Fernández Pérez B.Sc.
Elisabeth Vormann M.Sc.

Effekte der Ergotherapie mit und ohne roboterassistierter Therapie bei Apoplex – Ein systematisches Review

Da der Apoplex in Deutschland ein sehr häufiges Krankheitsbild ist, stellt er hohe Anforderungen an die Gesundheitsversorgung. Durch Fortschritte in der Prävention und in der Akutbehandlung konnte die Sterblichkeitsrate vermindert werden (Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt, 2015), jedoch müssen auch Fortschritte und Veränderungen in der Rehabilitation nach einem Apoplex geschehen. Es gibt viele verschiedene bekannte Ansätze, die klinisch nachgewiesen sind (Heber, 2011). Die Ergotherapie nimmt eine wichtige Rolle im Rehabilitationsprozess ein. Der Ergotherapeut schätzt die Beeinträchtigungen und Ressourcen sowie die damit einhergehenden Probleme ein und unterstützt den Patienten anhand von verschiedenen Techniken, seine verlorengegangenen Fähigkeiten wiederherzustellen, um die größtmögliche Unabhängigkeit in seinem Alltag zu erhalten und die Ausführung von wichtigen Aktivitäten zu bewältigen (Sánchez Cabeza, 2016). Unter anderen Methoden wird auch die roboterassistierte Therapie für die Behandlung der oberen Extremität nach einem Apoplex verwendet (Polonio López, 2010). Der Einsatz von Robotern in der Neurorehabilitation wird jedoch noch immer stark diskutiert. Gegner sagen, der Nutzen der Roboter sei nicht evidenzbasiert und Befürworter sind fest von dem Nutzen überzeugt (Stoller & Zutter, 2017). Ziel dieser Arbeit ist es, den aktuellen Forschungsstand zum Thema roboterassistierte Therapie und Ergotherapie darzulegen und beide Behandlungsmethoden miteinander zu verbinden. Die Fragestellung lautet somit wie folgt: Welche Effekte zeigt die Kombination von konventioneller Ergotherapie mit roboterassistierter Therapie im Vergleich zu rein konventioneller Ergotherapie bei Apoplex-Patienten in Bezug auf die Funktion der oberen Extremität?

>> Die einzelnen Komponenten der Fragestellung wurden als Suchbegriffe in den Sprachen Deutsch, Spanisch und Englisch verwendet (vgl. Tab. 1). Anstatt bei der Komponente der Intervention sowohl Ergotherapie als auch roboterassistierte Therapie angegeben zu haben, wurde nur die roboterassistierte Therapie angegeben, um die

Zusammenfassung

Dieses systematische Review untersucht die Effekte von Ergotherapie mit und ohne roboterassistierter Therapie auf die Funktion der oberen Extremität bei Patienten mit Apoplex. Es wurden insgesamt 4 Studien einbezogen, die die Kombination von Ergotherapie und roboterassistierter Therapie mit reiner Ergotherapie vergleichen und die restlichen zuvor aufgestellten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen. Die Probanden in den vier Studien hatten Beeinträchtigungen in der Funktion der oberen Extremität nach einem Apoplex. Das systematische Review wurde anhand der ersten 4 Schritte der Evidence Based Practice durchgeführt. Das Resultat dieser Arbeit ist, dass, bei täglicher Therapie, Ergotherapie in Kombination mit roboterassistierter Therapie bessere Auswirkungen auf die Wiedererlangung der Funktion der oberen Extremität hat, als reine Ergotherapie. Welche Effekte diese Therapieform jedoch mit den in Deutschland geltenden Rahmenbedingungen zeigt, muss in weiteren Studien erforscht werden.

Schlüsselwörter

Apoplex, Schlaganfall, Roboterassistierte Therapie, Ergotherapie, Funktion der oberen Extremität

Anzahl der gefundenen Studien nicht einzugrenzen. Die gefundenen Studien wurden anschließend danach untersucht, dass die Intervention auch konventionelle Ergotherapie beinhaltet.

Schlagwörter und Stichwörter wurden gebildet und mit den Bool'schen Operatoren AND und OR verknüpft. Innerhalb einer Komponente wurden die Synonyme mit dem Operator OR verknüpft. Um die vier verschiedenen Komponenten miteinander zu verketten, wurde der Operator AND verwendet (Kunz et al., 2009).

Die Studien wurden eingeschlossen, wenn sie die folgenden Einschlusskriterien erfüllten:

- Deutsche, englische und spanische Studien
- Apoplex-Patienten
- Roboterassistierte Therapie zusammen mit konventionellen ergotherapeutischen Maßnahmen für die Interventionsgruppe
- Konventionelle ergotherapeutische Maßnahmen für die Kontrollgruppe
- Funktion der oberen Extremität als Outcome
- Randomisierte, kontrollierte Studien (RCT)

Im ersten Schritt wurden 164 Studien gefunden. Nach Durchsicht der Titel und der Abstracts wurden 152 Studien ausgeschlossen. Anschließend wurden nach der Einsicht der Volltexte weitere 8 Studien ausgeschlossen. In das systematische Review wurden dann 4 Studien eingeschlossen. In Tabelle 2 werden die wichtigsten Punkte der ausgewählten Studien dargestellt.

Ergebnisse

Lee et al. (2018), die 60 Minuten tägliche Ergotherapie mit täglich 30 Minuten Ergotherapie und 30 Minuten roboterassistierte Therapie vergleichen, kommen zu dem Schluss, dass die Kombination von Ergotherapie mit roboterassistierter Therapie zu besseren Funktionen der oberen Extremität und zur besseren Ausführung von den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) führt. Die 30 Probanden, die in diese Studie eingeschlossen wurden, hatten eine Hemiplegie aufgrund eines Apoplex vor mindestens sechs Monaten, waren fähig

Verwendete Begriffe und ihre Übersetzungen			
	Begriffe	Übersetzung ins Englische	Übersetzung ins Spanische
P	Apoplex Apoplexie Schlaganfall Hirnblutung	Apoplexy Stroke Cerebral haemorrhage Cerebral hemorrhage Cerebral infarct Cerebral infarction	Apoplegia Íctus Derrame cerebral Hemorragia intracraneal
	Hirninfrakt	Cerebral infarction	
I	Roboterassistierte Therapie	Robot-assisted therapy Robot-aided therapy	Robótica
	Robotik	Robotic Robotics	
C	Konventionelle Ergotherapie	Conventional occupational therapy	Terapia convencional Terapia ocupacional convencional Terapia ocupacional
	Ergotherapie	Occupational therapy	
O	Armfunktion	Arm function	Función del brazo
	Funktion der oberen Extremität	Function of upper limb Upper limb function	Función del miembro superior

Tab. 1: Verwendete Begriffe und ihre Übersetzungen.

zu kommunizieren, hatten keine starke Spastizität und einen Fugl-Meyer-Assessment-Score von mindestens 35 Punkten. Beide Gruppen haben nach der achtwöchigen Intervention signifikante Verbesserungen im Pre- und Post-Test-Vergleich erzielt, sowohl in der Funktion der oberen Extremität als auch in der Selbstständigkeit, wobei die Gruppe mit der roboterassistierten Therapie signifikant besser als die Gruppe mit reiner Ergotherapie abgeschnitten hat. Die roboterassistierte Gruppe steigerte ihren FMA-Score um 5,87 Punkte und den MBI-Wert um 2,46 Punkte mehr als die Ergotherapie Gruppe (Lee et al., 2018).

Die Probanden in der Studie von Liao et al. (2011) hatten ebenfalls einen Apoplex vor mindestens sechs Monaten und keine starke Spastizität. Außerdem durften sie keine kognitiven Einschränkungen haben und brauchten einen FMA-Score zwischen 28 und 56. Diese Kriterien erfüllten 20 Probanden. In den Werten des Akzelerometers (RT: +0,05; KG: ±0) und des FMA (RT: +6,3; KG: +1,3) gibt es signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Im FIM wurden bei beiden Gruppen nur minimale Veränderungen erzielt (RT: +1,3; KG: +1,3). Sowohl die roboterassistierte Gruppe (AOU: +0,65; QOM: +0,72) als auch die Kontrollgruppe (AOU: +0,14; QOM: +0,23) zeigten einen signifikanten Unterschied im MAL. Des Weiteren wurden auch signifikante Unterschiede beim ABILHAND beobachtet (RT: +0,25; KG: +0,03). Die Werte zeigen, dass die Gruppe mit roboterassistierter Therapie mehr ADLs mit der stärker betroffenen o. E. ausführte und die Benutzung und die Funktion der o. E. stärker verbesserte als die Kontrollgruppe. Außerdem besserte sich in der roboterassistierten Gruppe die bimanuelle Fähigkeit mehr als in der Kontrollgruppe. Folglich kommen die Autoren der Studie zu dem Schluss, dass die Kombination von roboterassistierter Therapie mit 15 Minuten funktionellen Aktivitäten größere Erfolge als reine Ergotherapie in Bezug auf die Aktivität der o. E. im täglichen Leben, die Qualität der Bewegungen und bimanuelle Aktivitäten erzielt

(Liao et al., 2011).

Die 48 Probanden in der Studie von Hsieh et al. (2014) wurden in drei Gruppen aufgeteilt.

Beim FMA erzielten alle drei Gruppen einen signifikanten Unterschied im Vergleich zum Pre-Test (RT+dCIT: +8,5; RT: +6,12; CR: +3,81). Auch zwischen den Gruppen gab es signifikante Unterschiede, wobei die RT+dCIT Gruppe signifikant besser abschnitt als die RT und die CR Gruppe, und die RT Gruppe signifikant besser abschnitt als die CR Gruppe. Auch beim WMFT-FAS sind innerhalb und zwischen allen drei Gruppen signifikante Unterschiede zu sehen. Die RT+dCIT Gruppe verbesserte sich signifikant im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen (RT+dCIT: +0,34; RT: +0,14; CR: +0,17). Beim WMFT-TIME konnten nur die RT+dCIT Gruppe und die RT Gruppe einen signifikanten Unterschied erreichen, wobei es keinen signifikanten Gruppenunterschied gibt (RT+dCIT: -1,61; RT: -0,93; CR: -0,56). Beim MAL-AOU (RT+dCIT: +0,57; RT: +0,4; CR: +0,29) und MAL-QOM (RT+dCIT: +0,38; RT: +0,48; CR: +0,32) wurden signifikante Unterschiede innerhalb der drei Gruppen erreicht. 34 Probanden haben die Evaluation mit dem Akzelerometer abgeschlossen (RT+dCIT: +0,12; RT: +0,06; CR: ±0). Allerdings fanden sich keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Gruppen. Sowohl beim MAL-AOU als auch beim MAL-QOM und beim Akzelerometer kamen keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen zustande. Zusätzlich wurde jede Gruppe nach Probanden mit höheren und niedrigeren motorischen Funktionen aufgeteilt. Hier zeigt die Studie signifikante Unterschiede bei den Probanden mit höheren motorischen Funktionen beim FMA-distal-Score und beim WMFT-FAS. Bei den Probanden mit niedrigeren motorischen Funktionen weist die Studie signifikante Unterschiede beim FMA-total-Score auf. Die anderen Outcome-Parameter ergaben keine signifikanten Unterschiede. Somit kommt die Studie zu dem Schluss, dass die Kombination von RT und dCIT die motorische Beeinträchtigung und die Fähigkeit Aufgaben auszuführen stärker verbessert als RT oder die Kontrollintervention. Außerdem führten verschiedene Ausgangswerte der motorischen Fähigkeiten zu Unterschieden bzgl. der Komponenten und des Umfangs der Verbesserung (Hsieh et al., 2014).

Die Studie von Lee et al. (2016) schlussfolgert aus ihren Ergebnissen, dass RT ähnliche Auswirkungen auf die Spastizität hat wie die Kontrollgruppe. Außerdem kann RT eine nützliche Methode für kontinuierliche und sich wiederholende Übungen für die ROM bei Patienten mit Spastizität sein.

Bei allen Assessments gab es in beiden Gruppen signifikante Unterschiede im Vergleich zum Pre-Test. Außerdem gab es bei keinem Assessment signifikante Gruppenunterschiede. Das MAS wurde in Ellenbogen Flex und in Schulter ADD aufgeteilt: Die Differenz

Darstellung der einbezogenen Studien					
Land	Autoren	Studientitel	Zielsetzung	Teilnehmer	Intervention
Korea	Lee, Lee & Lee (2018)	Effects of robot-assisted therapy on upper extremity function and activities of daily living in hemiplegic patients: A single-blinded, randomized, controlled trial	Untersuchung der Effekte von roboterassistierter Therapie mit REJOYCE in Bezug auf die Funktion der oberen Extremität und die Aktivitäten des täglichen Lebens bei Patienten mit Hemiplegie aufgrund eines Apoplex (AP).	n=30 Experimentalgruppe (EG) n=15 Kontrollgruppe (KG)	EG: 30 Min./Einheit roboterassistierte Therapie (REJOYCE): 3x 10 Min. je ein Programm + 30 Min./Einheit Ergotherapie: Dehnen, Feinmotorik, Kräftigung der Muskeln, Training zur normalen posturalen Reaktion und zum Ablegen von Reflexmustern KG: 2x 30 Min./Einheit Ergotherapie (s. EG) Frequenz: 2x 30 Min./Tag, 5 Tage/Woche, 8 Wochen
Taiwan	Liao, Wu, Hsieh, Lin & Chang (2011)	Effects of robot-assisted upper limb rehabilitation on daily function and real-world arm activity in patients with chronic stroke: a randomized controlled trial	Vergleich von roboterassistierter Therapie und einer Kontrollgruppe in Bezug auf die Funktion der oberen Extremität bei Apoplex-Patienten mit Hilfe eines Akzelerometers.	n=20 (EG n=10 KG n=10)	EG: Roboterassistierte Therapie (Bi-Manu-Track): passiv-passiv, passiv-aktiv oder aktiv-passiv, aktiv-aktiv; Anschließend 15 Min. funktionelles Training KG: Ergotherapie: Techniken zur neurologischen Entwicklung, Übungen für den betroffenen Arm, Fein- und Grobmotorik, Kräftigung der Muskeln, Geschicklichkeitstraining, Aktivitäten des täglichen Lebens und funktionelles Training Frequenz: 20x 1 Einheit à 90-105 Minuten/Tag, 5 Tage/Woche, 4 Wochen Setting: Apoplex-Einheiten in drei medizinischen Zentren. Alle Gruppen wurden durch einen Ergotherapeuten betreut.
Taiwan	Hsieh, Lin, Horng, Wu, Wu, & Ku (2014)	Sequential combination of robot-assisted therapy and constraint-induced therapy in stroke rehabilitation: a randomized controlled trial	Die Untersuchung der Effekte von sequentieller Kombination von roboterassistierter Therapie (RT) und einer verteilten Form von CIMT (dCIT), im Vergleich zu RT und reiner konventioneller Rehabilitation (CR) in Bezug auf motorische und funktionelle Zielgrößen bei Apoplex-Patienten.	n=48 (EG1 n=16; EG2 n=16; KG n=16)	EG 1: 2 Wochen RT (s. EG 2) und anschließend 2 Wochen dCIT (intensives Training der betroffenen o. E. in funktionellen Aktivitäten mit Verhaltensänderung für 90-105 Minuten pro Einheit und Restriktion der schwächer betroffenen Hand für täglich 6 Stunden). EG 2: 5-10 Min. Mobilisation; RT (Bi-Manu-Track): 2x (15-20 Min. passiv-passiv, 15-20 Min. aktiv-passiv und 3-5 Min. aktiv-aktiv); 15-20 Minuten Üben von funktionellen Aufgaben KG: Ergotherapie: Techniken zur neurologischen Entwicklung, Übungen für funktionelle Aufgaben, Fein- und Grobmotorik, Arm-Übungen und Übungen zur Kräftigung von Muskeln. Frequenz: 20x 1 Einheit à 90-105 Minuten/Tag, 5 Tage/Woche, 4 Wochen Setting: Klinik, möglicherweise im Chang Gung Memorial Hospital und Healthy Ageing Research Center in der Chang Gung University und in Taiwan, da diese Institutionen im Kapitel „Acknowledgments“ genannt wurden. Alle Gruppen wurden durch einen Ergotherapeuten betreut.
Korea	Lee, Kim, Lee, Lee, & Yoo (2016)	Effect of Upper Extremity Robot-Assisted Exercise on Spasticity in Stroke Patients	Evaluation der Effekte von Robotern für die Rehabilitation der oberen Extremität bei Spastizität bei Apoplex-Patienten. Evaluation von Spastizität, Leistung und Funktion der oberen Extremität.	n=44 (EG n=22; KG: n=22)	EG: 1x Roboterassistierte Therapie (Neuro-X): 10 Min. passiv, 20 Min. aktiv-assistiert + 1x Konventionelle Rehabilitation: 30 Min. Dehnen und Kräftigen des Armes, passive und/oder aktive Range of Motion (ROM) Übungen KG: 2x Konventionelle Rehabilitation (s. EG) Frequenz: 10x 2 Einheiten pro Tag à 30 Min., 5 Tage/Woche, 2 Wochen Setting: Rehabilitationsabteilung in einem Krankenhaus. Beide Gruppen wurden durch einen Ergotherapeuten betreut.

Tab. 2: Darstellung der einbezogenen Studien.

des Pre- und Post-Tests in der RT Gruppe lag bei der Messung des Ellenbogen bei -0,41 und bei der Schulter bei -0,36 Punkten. Die Kontrollgruppe erzielte eine Differenz von -0,23 Punkten in beiden Messungen. Die RT Gruppe verbesserte sich in allen MMT-Messungen um 0,27 Punkte, während sich die Kontrollgruppe um 0,18 Punkte bei der Schulter ADD und der Ellenbogen Ex, und um 0,14 Punkte bei der Schulter ABD und der Ellenbogen Flex verbesserte. Beim MFT zeigte sich eine Differenz in der RT Gruppe von +1,64 und in der Kontrollgruppe von +1,23 Punkten. Bei der Brunstrom Stage waren die Ergebnisse +0,41 in der RT Gruppe und +0,32 in der Kontrollgruppe. Zu guter Letzt wurde auch die Differenz des Pre- und Post-Tests beim K-MBI gemessen: RT Gruppe = +9,95 und Kontrollgruppe = +9,55 Punkte (Lee et al., 2016).

Diskussion

Dieses systematische Review hat vier Studien eingeschlossen, von denen drei belegen, dass roboterassistierte Therapie in Kombination mit Ergotherapie positivere Effekte auf die Funktion der oberen Extremität bei Apoplex-Patienten hat als reine Ergotherapie (Lee et al., 2018; Liao et al., 2011; Hsieh et al., 2014).

Lee et al. (2018) nennen zwei Limitationen ihrer Studie: Eine kleine Stichprobengröße, weshalb die Ergebnisse nur schwer auf die Gesamtheit übertragen werden können, und durch die individuellen Zustände der Probanden konnten nicht mit allen Teilnehmern dieselben Aufgaben in der RT durchgeführt werden. Jedoch zeigt die zweite Limitation, dass die Ergotherapeuten klientenzentriert arbeiten und die Therapie an den Klienten anpassen, denn er steht mit seinen Bedürfnissen im Zentrum (Weber & Pott, 2011). Ein Durchführungs bias kann vorliegen, da die Ergotherapeuten, die die In-

terventionen durchgeführt haben, nicht geblindet waren (Salmond, 2012). Dies war nicht möglich, da der Therapeut zwangsläufig wissen muss, nach welchem Protokoll er den Probanden behandeln muss. Die Probanden wurden auch nicht geblindet und konnten selbst den Schwierigkeitsgrad und die Amplitude der Bewegungen anpassen (Lee et al., 2018). Der Zweck der Studie wurde klar angegeben und die Notwendigkeit anhand von Literatur erklärt. Ob die Probanden, neben den Interventionen der Studie, weitere therapeutische Maßnahmen erhielten, geben die Autoren nicht an. Ein Follow-up ist in dieser Studie nicht ersichtlich. Die Autoren erwähnen das Follow-up lediglich in einem Flussdiagramm, welches darstellt, dass keine Probanden für das Follow-up verloren wurden und nach diesem analysiert wurden. In den Tabellen mit den Ergebnissen der Messungen ist jedoch nur von einem Pre- und einem Post-Test die Rede (ebd.).

Eine Limitation der Studie von Liao et al. (2011) ist ebenfalls eine zu geringe Stichprobe. Des Weiteren wurden keine Assessments für die Fertigkeiten der Hand durchgeführt. Ob die Erfolge nur auf die roboterassistierte Therapie zurückzuführen sind, kann nicht mit Klarheit gesagt werden, da die körpereigene Wiederherstellung der motorischen Kontrolle nicht gemessen wurde. Außerdem liefen die grundlegenden Therapien nebenher weiter. Die Messungen haben direkt im Anschluss an die Intervention stattgefunden. Um Aussagen über Langzeiteffekte treffen zu können, werden allerdings Follow-ups nach sechs Monaten oder einem Jahr benötigt (Hsieh et al., 2014). Auch bei der Studie von Liao et al. (2011) ist ein Durchführungs bias möglich, da eine Verblindung der Therapeuten und der Probanden nicht vorgenommen wurde. Ebenfalls haben die Ergotherapeuten klientenzentriert gearbeitet, denn die Aufgaben haben Proband und Ergotherapeut gemeinsam ausgesucht (Weber & Pott, 2011). Daten des Akzelerometers wurden nicht gesammelt,

Literatur

- Heber, J. (2011). Neurorehabilitation heute. In Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., B. Hücke & A. Hörstgen (Hrsg.), Update Schlaganfall. Aktuelle Entwicklungen für die Ergotherapie in der Neurologie (S.35-45). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Katalog (2013). Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Katalog. O. A.: Buchner edition.
- Hsieh, Y. W., Lin, K. C., Horng, Y. S., Wu, C. Y., Wu, T. C. & Ku, F. L. (2014). Sequential combination of robot-assisted therapy and constraint-induced therapy in stroke rehabilitation: a randomized controlled trial. *Journal of Neurology*, 261, 1037-1045.
- Indikationskatalog Ergotherapie (2017). Grundlagen und Bezugsrahmen in der stationären Versorgung. In Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hrsg.), Indikationskatalog Ergotherapie (S. 155-158). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Kunz, R., Khan, K. S., Kleijnen, J. & Antes, G. (2009). Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen. Einführung in Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen (2. Vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lee, K. W., Kim, S. B., Lee, J. H., Lee, S. J. & Yoo, S. W. (2016). *Annals of Rehabilitation Medicine*, 40, 961-971.
- Lee, M.-J., Lee, J.-H. & Lee, S.-M. (2018). Effects of robot-assisted therapy on upper extremity function and activities of daily living in hemiplegic patients: A single-blinded, randomized, controlled trial. *Technology and Health Care*, 26, 659-666.
- Liao, W. W., Wu, C. Y., Hsieh, Y. W., Lin, K. C. & Chang, W. Y. (2011). Effects of robot-assisted upper limb rehabilitation on daily function and real-world arm activity in patients with chronic stroke: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 26, 111-120.
- Polonio López, B. (2010). Innovación tecnológica y aplicaciones en la intervención con personas con daño cerebral adquirido. In B. Polonio López & D. M. Romero Ayuso (Hrsg.), *Terapia ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido* (S. 371-384). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (2015). Gesundheit in Deutschland. Zugriff am 14.03.2019 unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile
- Salmond, S. W. (2012). Critical Appraisal. In C. Holly, S. W. Salmond & M. K. Saibert (Hrsg.), *Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice* (S. 147-162). New York: Springer Publishing Company.
- Sánchez Cabeza, Á. (2016). Tema 1: ¿Qué es un terapeuta ocupacional neurológico y en qué puede ayudarle? In Grupo de Terapia Ocupacional de la SEN (Hrsg.), *Guía de Neuroterapia ocupacional* (S. 5-7). Madrid: Ediciones SEN.
- Stoller, O. & Zutter, D. (2017). Roboter-assistierte Neurorehabilitation. *Therapeutische Umschau*, 74, 517-523.
- Weber, B. & Pott, U. (2011). Internationale Entwicklungen in der Ergotherapie – Occupation-based, context-based, client centered, evidence based practice. In Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., B. Hücke & A. Hörstgen (Hrsg.), Update Schlaganfall. Aktuelle Entwicklungen für die Ergotherapie in der Neurologie (S. 9-20). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

wenn die Probanden mit viel Wasser in Kontakt kamen, also beim Baden oder Duschen (Liao et al., 2011). Somit sind die Daten des Akzelerometers nicht ganzheitlich. Die Notwendigkeit der Studie wurde anhand von Hintergrund-Literatur begründet.

Bei der Studie von Hsieh et al. (2014) werden zwei Limitationen genannt. Zum einen das Fehlen von Follow-ups, um Langzeiteffekte der Kombination von RT+dCIT zu beleuchten, und zum anderen raten sie, in einer weiteren Studie eine vierte Gruppe hinzuzufügen: die CIMT-Gruppe. So könne die Kombination von RT+dCIT besser mit den Effekten der jeweiligen Einzeltherapie verglichen werden. Die Studie hat zwar die Einschlusskriterien genannt, jedoch ist sie nicht auf Ausschlusskriterien eingegangen. Auch hier liefen nebenbei weitere Therapien. Zusätzlich wurden die Probanden dazu ermutigt, die stärker betroffene o. E. für die Ausführung der ADLs zu verwenden. Aus diesen beiden Gründen lässt sich nicht mit völliger Sicherheit sagen, dass die Effekte nur auf die jeweilige Intervention der Gruppe zurückzuführen sind. Außerdem arbeiteten auch hier die Ergotherapeuten klientenzentriert und passten die Behandlung an die Möglichkeiten des Probanden an. Und auch in diesem Fall konnten die Therapeuten nicht geblindet werden und wussten, welcher Proband welcher Gruppe zugeordnet war. Allerdings waren die Probanden gegenüber der Studienhypothese geblindet und konnten so die Hypothese nicht durch bewusstes Handeln beeinflussen. Auch liegt ein Verlustbias vor, denn nur 34 der 48 Probanden haben die Messungen anhand des Akzelerometers mitgemacht. Für die restlichen 14 Probanden wurde eine Intention-to-treat-Analyse ausgeführt. Bei einem Verlustbias wird z. B. eine Messung nicht für alle Probanden, die an der Studie teilnehmen, durchgeführt (Salmond, 2012). Auch bei der Studie von Hsieh et al. (2014) wurde der Zweck der Studie klar angegeben und mit Hintergrund-Literatur belegt. Da die Studie vom National Health Research Institute und vom National Science Council unterstützt wurde, können Verzerrungen vorliegen, um bessere Ergebnisse zu erzielen.

Eine Limitation, die Lee et al. (2016) in ihrer Studie angeben, ist das Nachweisen der Effekte bzgl. der Funktionsverbesserung. Diese Limitation begründen die Autoren mit fehlenden Möglichkeiten, die Hand zu trainieren und unzureichenden Assessments, die die Funktion messen. Sie haben sich nur auf die ABD und ADD der Schulter und die Ex und Flex des Ellenbogens fokussiert. Außerdem geben sie an, eine zu kurze Interventionsspanne von nur zwei Wochen gehabt zu haben; auch der Post-Test erfolgte nach zwei Wochen. Möglicherweise liegt ein Messungsbias vor, denn es wird nicht angegeben, ob die Person, die die Assessments durchgeführt hat, geblindet wurde. Diese Art Bias liegt vor, wenn die Person, die die Outcome-Parameter misst, nicht geblindet wird (Salmond, 2012). Die Medikamente, die die Spastizität beeinflussen, wurden für die Studie nicht geändert. Mögliche Effekte können also hierauf zurückzuführen sein. Ein Durchführungsbias liegt vor, denn die Therapeuten und die Probanden wurden nicht geblindet. Der Zweck der Studie wurde klar angegeben, allerdings kann die Forscherin die Notwendigkeit der Studie anhand der gelieferten Hintergrund-Literatur nicht nachvollziehen.

Die für diese Arbeit ausgewählten Studien waren in englischer Sprache. Dadurch liegt möglicherweise ein Publikationsbias vor, da viele Studien, die ein negatives Outcome haben, nur in der Original-

sprache veröffentlicht werden und Studien mit positiven Outcomes eher auf Englisch zur Verfügung gestellt werden (Kunz et al., 2009).

Die einbezogenen Studien sind aus dem asiatischen Raum. Daher ist es fraglich, ob sich die Effekte auch auf europäische Klientel übertragen lassen. Außerdem gehen die Interventionen, je nach Studie, 60 oder 90 bis 105 Minuten pro Tag. In Deutschland kann die Behandlung so nicht stattfinden, da ambulante Ergotherapie bei Apoplex nur ein Mal pro Woche für 30 bis 60 Minuten verschrieben wird (Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Katalog, 2013; Indikationskatalog, 2017).

Innerhalb der vier Studien wurden drei verschiedene Roboter verwendet, jedoch gibt es weitaus mehr Roboter, wobei jeder andere Vor- und Nachteile hat. Somit kann die Wirkung dieser Roboter nicht für alle Rehabilitationsroboter verallgemeinert werden. Bezüglich der Probanden gibt es auch Aspekte, die gegen eine Übertragbarkeit auf die Allgemeinheit sprechen. In drei der vier Studien, bei Lee et al. (2018), Liao et al. (2011) und Hsieh et al. (2014), wurden nur Probanden eingeschlossen, dessen Apoplex mindestens sechs Wochen zuvor geschehen ist. Die vierte Studie (Lee et al., 2016) schließt Probanden im subakuten Stadium ein, allerdings gehen aus dieser Studie keine gruppenspezifischen Unterschiede hervor. Um genauere Aussagen über die Effektivität von roboterassistierter Therapie in den jeweiligen Stadien treffen zu können, sind weitere Studien, beispielsweise Studien mit nach Stadium aufgeteilten Gruppen oder systematische Reviews und Metaanalysen der bereits vorhandenen Studien, nötig. Des Weiteren liegt der Altersdurchschnitt der Probanden aller Studien ungefähr bei 53 Jahren. Die höchste Standard-Deviation beträgt 14,07 Jahre, für Klienten, die jünger als 38 Jahre oder älter als 68 Jahre alt sind, können daher nur bedingt Aussagen zur Effektivität von roboterassistierter Therapie in Kombination mit Ergotherapie getroffen werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Kombination von Ergotherapie mit roboterassistierter Therapie durchaus positive Effekte auf die Funktion der o. E. bei Apoplex-Patienten hat. Um das jedoch auf die deutsche Population zu übertragen, sollte dieses Outcome in weiteren Studien erforscht werden, dessen Rahmenbedingungen den deutschen Rahmenbedingungen ähneln. <<

Effects of occupational therapy with and without robot-assisted interventions of patients after stroke - a systematic review

This systematic review examines the effects of occupational therapy with and without robot-assisted therapy on the function of upper extremity in patients after suffering a stroke. A total of 4 studies have been conducted, which compared combined occupational therapy and robot-assisted therapy with standalone occupational therapy, and which met the inclusion and exclusion criteria set at the beginning of this review. All subjects in the 4 studies presented functional impairment of upper limb as a consequence of stroke. This systematic review has been conducted applying the first 4 steps of Evidence Based Practice. The result of this work is that, when the treatment is provided daily, combined occupational therapy and robot-assisted therapy produces better effects on the function of the upper limb than standalone occupational therapy. However, the effects of the combined occupational therapy and robot-assisted therapy within a German framework need to be further investigated.

Keywords

apoplexy , stroke, robot-assisted therapy, occupational therapy, function of upper extremity

Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Sara Fernández Pérez B.Sc.

ist staatlich anerkannte Ergotherapeutin und Absolventin des Studiengangs Ergotherapie B.Sc. an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein.

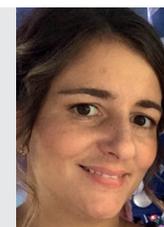
Kontakt: sara.fp@web.de



Elisabeth Vormann M.Sc.

hat Ergotherapie B.Sc. und Therapiewissenschaften M.Sc. an der Hochschule Fresenius studiert und arbeitet als Ergotherapeutin in der Neurologischen Rehaklinik im Medical Park Bad Camberg. Sie lehrt an der Hochschule Fresenius und der Ludwig Fresenius Schule mit dem Schwerpunkt neurologische Behandlungsverfahren.

Kontakt: elisabeth.vormann@hs-fresenius.de





MARIE SIMON

PFLEGEPREIS

MARIE SIMON PFLEGEPREIS 2020

Wir suchen die besten und innovativsten
Pflegeprojekte – bundesweit!

Prämierungswürdig sind für uns Projekte, die mit neuen Ideen und zielgerichtetem Vorgehen altersgerechte Strukturen schaffen und die Lebensqualität von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen langfristig verbessern. Ein Schwerpunkt des Wettbewerbs liegt in diesem Jahr auf Nachhaltigkeit und Solidarität. Wir möchten wir dazu beitragen, aus den Erfahrungen der Corona-Krise zu lernen. Welche Strukturen wirken in Krisensituationen stabilisierend? Wie schaffen wir Gemeinsamkeit und Nähe trotz räumlichem Abstand? Wie sorgen wir dafür, dass Ältere, Pflegebedürftige und Pflegende in der Krise nicht allein gelassen werden?

Wir freuen uns auf Ihre Wettbewerbsbeiträge!

Bewerbungsschluss: **24. Juni 2020**

PREISTRÄGER
2019
MARIE SIMON
PFLEGEPREIS

**SUPERHANDS HILFE &
RAT FÜR YOUNG CARERS**

Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.
(RV Unterfranken)



Alle Informationen rund
um die Ausschreibung auf
www.marie-simon-pflegepreis.de