



**Annette Grüters-Kieslich, Angelika C. Messner,
Andreas Radbruch, Roman Marek (Hrsg.)**

Zukunft der Pflege

Berlin: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, 2024

ISBN: 978-3-949455-34-6

Denkanstöße aus der Akademie : eine Schriftenreihe der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften ; 17 (Juni/2024)

Persistent Identifier: [urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-40872](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-40872)

Die vorliegende Datei wird Ihnen von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften unter einer Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (cc by-nc-sa 4.0) Licence zur Verfügung gestellt.



Denkanstöße

aus der Akademie

17

Juni/2024

Eine Schriftenreihe der Berlin-Brandenburgischen
Akademie der Wissenschaften

Annette Grüters-Kieslich, Angelika C. Messner,
Andreas Radbruch, Roman Marek (Hrsg.)

ZUKUNFT DER PFLEGE



berlin-brandenburgische
AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW)

ZUKUNFT DER PFLEGE



ZUKUNFT DER PFLEGE

Annette Grüters-Kieslich, Angelika C. Messner,
Andreas Radbruch, Roman Marek (Hrsg.)

Denkanstöße 17 / Juni 2024

Herausgeber: Der Präsident der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften

Redaktion: Ute Tintemann

Grafik: Satz: eckedesign GmbH Berlin; Entwurf: angenehme Gestaltung/Thorsten Probst

Druck: USE, Union Sozialer Einrichtungen gemeinnützige GmbH, Berlin

© Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, 2024

Jägerstr. 22–23, 10117 Berlin, www.bbaw.de

Lizenz: CC-BY-NC-SA

ISBN: 978-3-949455-34-6

INHALTSVERZEICHNIS

Geleitwort – Von der Versorgung zur Fürsorge	
Bernadette Klapper	8
Einleitung – Zur Situation der Pflegeberufe in Deutschland	
Annette Grüters-Kieslich	11
Empfehlungen: Lösungsvorschläge für die Zukunft der Pflege in Deutschland	
Annette Grüters-Kieslich und Angelika C. Messner	17

STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Unzufriedenheit und vorzeitiges Verlassen des Pflegeberufes: Ursachen	
Karen Pottkämper	25
Die Hierarchie der Krankenhäuser: Ein entscheidendes Hemmnis für die Zukunft der Pflegeberufe	
Hedwig François-Kettner	29
Pflegepersonal in der Pandemie: Preparedness?	
Stefan Görres	33
Organisationsversagen in der Fürsorge für die Beschäftigten in den Pflegeberufen	
Gunnar Duttge	36
Pflege ist ein eigenständiger und essentieller Teil der Gesundheitsversorgung	
Sabine Bartholomeyczik	39

QUALITÄT IN DER PFLEGE ALS NATIONALE AUFGABE

Pflegequalität in der nationalen Perspektive – Herausforderungen	
Astrid Elsbernd	43
Pflegequalität Im internationalen Vergleich:	
Beispiel USA in der COVID-19-Pandemie	
Marcus Friedrich	47
Aufbau interner Evidenz in der persönlichen Begegnung:	
Bildung in den Gesundheitsfachberufen im internationalen Vergleich	
Johann Behrens	52
Miteinander und voneinander lernen: Gemeinsamer Kompetenzerwerb	
der Gesundheitsberufe als Voraussetzung erfolgreicher Teamarbeit	
Günter Ollenschläger und Sylvia Sängler	58

TEILGEBIETE DER PFLEGE VON BESONDERER RELEVANZ

Kinderkrankenpflege in Deutschland – Plädoyer für einen zeitnahen	
Innovationsschub	
Annette Grüters-Kieslich	63
Zur Bedeutung der Pflege bei der Versorgung von psychischen	
Erkrankungen auch in der Pandemie	
Assina Seitz, Guido Meyer und Andreas Heinz	70
Pflege von Menschen mit Demenz	
Margareta Halek und Claudia Dinand	74
Cura in der Medizin – die Perspektive der Palliativmedizin	
Lukas Radbruch	81
Pflegende Angehörige	
Brigitte Bührlen	88
Ambulante Pflege	
Katarina Planer	90
Young carers – Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige	
Sabine Metzging	96

SPEZIALISIERUNG IN DEN PFLEGEBERUFEN

Schlaganfall-Lotsen – neue Chancen für die Pflege	
Georg Galle	100
Pflegeberufe für die Primärversorgung: Community Health Nursing	
Kerstin Berr, Irina Cichon und Amelie Montigel	104
Naturheilkundliche Verfahren in der professionellen Pflege fördern	
Cornelia Mahler und Regina Stolz	107
Rapid Response Systeme	
Roman Marek, Sebastian Hottenrott, Patrick Meybohm und Konrad Reinhart	112

PFLEGE ALS ÜBERGREIFENDES GESELLSCHAFTLICHES KONZEPT – AKTUELLE UND HISTORISCHE ASPEKTE

Klinische Ethik-(Komitees) und kein Raum für Care-Ethik?	
Helen Kohlen	120
Fürsorge für zukünftige Patient:innen Generationen?	
Claudia Bozzaro	127
Cura als Konzept am Beispiel Chinas	
Angelika C. Messner	133
Christliche Sorge für alte und kranke Menschen. Eine kritische Reflexion der christlichen Liebes- und säkularen Sorge-Ethik	
Michael Coors	139
Autorinnen und Autoren	145

GELEITWORT – DER PFLEGE EINE ZUKUNFT GEBEN

Bernadette Klapper

Ein zukunftsfähiges und krisenresilientes Gesundheitssystem und eine innovative Gesundheitsforschung sind ohne professionelle Pflege undenkbar. Die professionelle Pflege ist in ihrer Bandbreite und in ihrem eigenen Zugang zur Gesunderhaltung und Gesundung der Menschen komplementär zu und auf das Engste mit den Handlungsfeldern der Medizin und anderen Gesundheitsberufen verzahnt. Im Zusammenwirken der Professionen liegt der Schlüssel zu einem Gesundheitssystem, das Gesunderhaltung vor Reparatur setzt, das den Menschen in seiner individuellen Lage in den Mittelpunkt stellt und das in solidarischer und gemeinwohlorientierter Gestaltung Sicherheit für alle gibt. In Zeiten von Krisen wird zudem deutlich, dass alle Berufsgruppen einbezogen werden müssen, um rasch und mit gebotener Flexibilität wirksame Maßnahmen zur Bewältigung finden und umsetzen zu können.

Neben ihrem unbestreitbaren Beitrag für die Gesundheit und Gesundheitsversorgung sollte zudem nicht übersehen werden, dass Pflege darüber hinaus wichtige kulturelle Werte unserer Gesellschaft stärkt. Denn sie steht mit ihrer Tradition und Tätigkeit dafür, dass Menschen in schwachen und bedürftigen Situationen nicht aufgegeben und allein gelassen werden, sondern Unterstützung und Zuwendung erfahren dürfen. Pflege ist wesentlich für Solidarität und Zusammenhalt in der Gesellschaft.

Dennoch steht es nicht gut um die professionelle Pflege. Seit vielen Jahren wird Handlungsbedarf zur Verbesserung der Lage der Pflege an Politik und Gesellschaft herangetragen. Doch erst in der Corona-Pandemie ist in der Breite der Gesellschaft die Erkenntnis deutlicher durchgedrungen, dass professionelle Pflege systemrelevant ist. Die Öffentlichkeit nimmt nunmehr wahr, dass wir in einem ernsthaften Pflegenotstand – womöglich dem ernsthaftesten der letzten Jahrzehnte – stecken. Die Ursachen sind vielfältig. Sie sind Ausdruck langjähriger, gar jahrzehntelanger mangelnder Wertschätzung der pflegenden Berufe. Diese spiegelt sich in den stattgehabten Entwicklungen der Personalausdünnung und Deprofessionalisierung wider, die vor allem in den letzten beiden Jahrzehnten zu beobachten waren. Hinzu kommt die Fremdbestimmung, der die berufliche Pflege in der Praxis ihrer Ausübung und auf den strukturellen Ebenen des Systems ausgesetzt ist. Als Folge konstatieren wir Berufsflucht und zu wenig begeisterten

Nachwuchs. Signifikante stationäre und ambulante Ressourcen sind aufgrund des Personalmangels nicht nutzbar. Familien finden keinen ambulanten Pflegedienst für ihre Angehörigen, und Einrichtungen der Langzeitpflege geraten wegen Vernachlässigung in die Schlagzeilen der Presse. Qualitativ gute, professionelle Pflege wird zu einer Luxusdienstleistung.

Pflege braucht Zukunft – und die muss ihr ermöglicht werden. Der vorliegende „Denkanstoß“ der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften ist ein willkommenes und dringend benötigtes Zeichen einer wichtigen, traditionsreichen Institution. Er versammelt faktenbasiert Einblicke in einzelne Problemlagen im Bereich der Pflege und liefert gleichzeitig Ansätze für Wege aus der Krise, auf denen aufgebaut werden kann. Es ist offenkundig, dass jahrzehntelange Vernachlässigung sich nicht über Nacht mit simplen Lösungen auflösen lässt.

Entsprechend muss jetzt massiv in die professionelle Pflege investiert werden. Einzelne Maßnahmen werden nicht ausreichen; vielmehr braucht es ein ganzes Bündel an Maßnahmen, die an drei wesentlichen Hebeln ansetzen:

- Investitionen in Bildung, orientiert an einem kohärenten, durchlässigen Konzept von der einheitlichen Pflegeassistentenausbildung über die dreijährige Fachausbildung und Hochschulqualifikationen bis hin zur Promotion in Pflegewissenschaft.
- Investitionen in eine Personalausstattung und -entwicklung, die Pflege nach professionellen Standards und wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht nur ermöglicht, sondern verbindlich macht.
- Förderung von Selbstbestimmung und Übernahme von Verantwortung der Pflege auf allen Ebenen, in der beruflichen Praxis, mit der Erweiterung pflegeprofessioneller Rollen bis zur Mitgestaltung des Gesundheitssystems vor Ort und auf Landes- und Bundesebene.

Diese Maßnahmen dürfen weder an dem Ausmaß der Herausforderung und am Flickenteppich förderaler Zuständigkeiten scheitern, noch an den kaum vereinbarten Logiken der bestimmenden Sozialgesetzbücher oder an den überkommenen Hierarchien im Gesundheitswesen. Denn ein Land, das Spitzenmedizin und internationale Wettbewerbsfähigkeit als Wissenschaftsstandort für sich beansprucht, sollte auch auf international anschlussfähiger Spitzenpflege und anerkannter Pflegewissenschaft bestehen.

Es stellt sich die Frage, was es für die Zukunft für Deutschland bedeutet, wenn der Willen für nachhaltige Verbesserungen in der professionellen Pflege ausbleibt. Denn tatsächlich dämpfen die seit der Pandemie unter Druck geratenen Kassen der Versicherer, die Aufstockung des Verteidigungsetats und die Subventionen zur Abfederung der aktuellen Herausforderungen den Optimismus auf ein spürbares „Voran“ in der Pflege. Auf der anderen Seite scheint Geld genug im System zu sein, und zwar für aufwendige Kontrollprozesse, für teure Leiharbeitskräfte und für kostspielige (und oft wenig ertragreiche) Anwerbungsverfahren aus dem Ausland. Gerade die gesteigerten Verteidigungskosten, mit denen wir uns für unser Gesellschaftsmodell – für unsere Werte, für die Freiheit und Würde des Einzelnen, für eine lebendige Demokratie und klar gegen Fremdbestimmung – stark machen, sollten uns jedoch innehalten lassen. Denn es wird deutlich, dass es nicht nur darum gehen kann, uns nach außen zu schützen. Wenn wir unser Gesellschaftsmodell für richtig und schützenswert halten, dann müssen wir es auch seinen inneren Kern schützen und mit guter Pflege Zeichen setzen für Würde, Solidarität und Gemeinwohl.

Ich wünsche dem Denkanstoß „Zukunft der Pflege“, dass er im besten Sinne ein Anstoß sein kann und damit einen spürbaren Beitrag für ein zukunftsfähiges, resilientes Gesundheitssystem in einer lebendigen und zusammenhaltenden Gesellschaft leisten kann.

Dr. Bernadette Klapper

Bundesgeschäftsführerin Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK e.V.

Berlin, im Mai 2024

EINLEITUNG – ZUR SITUATION DER PFLEGEBERUFE IN DEUTSCHLAND

Annette Grüters-Kieslich

Gesellschaftliche Ausgangssituation

Durch die Covid-19-Pandemie ist allen Bürgerinnen und Bürgern vor Augen geführt worden, welche wichtige Bedeutung die „Pflege“ für kranke und pflegebedürftige Menschen hat. Die Menschen in den Berufen der Pflege zeichnen sich durch Kompetenz und Empathie für die Hilfesuchenden aus. Seit langem jedoch wird ihr Engagement bis über die Belastungsgrenzen hinaus eingefordert. Dies wirkt nicht nur auf Berufsanfängerinnen und -anfänger, sondern für alle Beschäftigten demotivierend. Dabei wurde nicht erst in der Pandemie gezeigt, dass aufgrund der Zunahme älterer und pflegebedürftiger Menschen in unserer Gesellschaft eine gravierende Lücke zwischen dem steigenden Bedarf und der Anzahl von Menschen besteht, die bereit sind, den Pflegeberuf zu ergreifen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland hat sich von 1999 bis 2019 verdoppelt. Schätzungen gehen derzeit davon aus, dass in Deutschland schon jetzt 100.000 Pflegekräfte fehlen¹ und dass sich dieses Defizit in den nächsten fünf Jahren nahezu verdoppeln wird. Dies mündet in eine gefährliche Abwärtsspirale, die das Potential hat, zu einer Spaltung in unserer Gesellschaft beizutragen, da die gesundheitliche Versorgung nicht für alle in gleichem Maße gesichert werden kann. Daher muss jetzt mit Dringlichkeit ein Prozess in Gang gesetzt werden, der durch Übergangsmaßnahmen die Situation kurzfristig konsolidiert. Gleichzeitig sollten mittel- und langfristige Ziele und Maßnahmen in den Blick genommen werden, um eine weitere Verschlechterung der Situation abzuwenden. Daher ist es wichtig zu analysieren, welche Ursachen und Rahmenbedingungen zu dieser Situation geführt haben.¹

Gründe für den Mangel an Pflegefachkräften

Es gibt nicht den *einen* Grund. Die Gründe sind vielfältig, häufig nicht offensichtlich. Sie umfassen im Wesentlichen auch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, den ökonomischen Druck im Gesundheitssystem, die hierarchischen Strukturen im

1 W-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V., 45. Jahrgang, Heft 3/2018, 34.

Gesundheitswesen und die Vernachlässigung der Weiterentwicklung der Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen, um attraktive Karrierewege und Perspektiven für die persönliche Weiterentwicklung zu eröffnen.

Nicht nur im Gesundheitssystem, sondern auch in anderen Bereichen unserer Gesellschaft registrieren wir eine Entwicklung, die durch eine starke Fokussierung auf das persönliche Wohlergehen und die Selbstoptimierung charakterisiert ist. Das Gemeinwohl wird nur in Krisenzeiten und dann auch oft nur vorübergehend in den Blick genommen. Daher betrifft der Fachkräftemangel nicht nur Pflegeberufe, sondern auch andere Gesundheitsberufe, Erzieher und Erzieherinnen, Lehrer und Lehrerinnen und die soziale Arbeit. Berufe, die die Fürsorge für andere Menschen zum Inhalt haben, erscheinen für die meisten Menschen dann nicht mehr als lebenslange Aufgabe erstrebenswert, wenn keine ausreichende Wertschätzung erfolgt und es ein großes Angebot an anderen Tätigkeiten gibt. Bemerkenswert ist dabei, dass diese Berufe bislang überwiegend (75 %) von Frauen ausgeübt werden,² während die Führungskräfte in der Ärzteschaft weiterhin überwiegend Männer sind. In der Wahrnehmung ihrer verantwortungsvollen Aufgaben sind die Pflegeberufe im stationären Bereich zumeist den Anordnungen von männlichen Ärzten weisungsgebunden. Die heutigen Generationen der Frauen in der Berufswelt entziehen sich daher Aufgaben, die ihnen angemessene Wertschätzung und Karriereoptionen verweigern, die Frauen aber quasi als naturgegebene Rolle zugeschrieben werden. Das Prinzip des auf diese Weise existierenden „unconscious bias“ im Erleben der eigenen Rolle führt zu Unzufriedenheit. Die jetzige Situation der Pflege in Deutschland ist daher auch ein Ausdruck der seit Jahrzehnten nicht ausreichenden Gleichstellung von Frauen. Unser Land zeichnet sich durch zahlreiche Regelungen aus, die den grundsätzlichen Zugang zu den Leistungen des Gesundheits- und Bildungssystems unabhängig von individuellen monetären Möglichkeiten oder Bildungsstand garantieren sollen. In der Realität gehört die Bundesrepublik im europäischen Vergleich zu den Staaten, in denen die soziale Herkunft einen erheblichen Einfluss auf die Bildungschancen, die Berufswahl und das Einkommen hat.³ Im Vordergrund der Entwicklung des Gesundheitswesens insbesondere der letzten 30 Jahre stand der Wettbewerbsgedanke und die Trägervielfalt in der Vorhaltung von medizinischen und pflegerischen Angeboten. Aufgrund der fehlenden Fachkräfte und der daraus resultierenden Arbeitsbelas-

2 https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html.

3 Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft e.V. (2021): Vom Arbeiterkind zum Doktor. Der Hürdenlauf auf dem Bildungsweg der Erststudierenden. Diskussionspapier, Nr. 2/2021.

tungen ist schleichend auch ein allgemeines Qualitätsdefizit entstanden. Die Öffnung für wenig qualifizierte Kräfte, um überhaupt Leistungen weiter vorhalten zu können, verschlechtert die Qualität und trägt zur Frustration der gut ausgebildeten Fachkräfte bei, die sich in der Erbringung der Leistung einer hohen Qualität verpflichtet fühlen. Menschen, die es sich leisten können, ergreifen zunehmend die Initiative und organisieren mit einem zum Teil erheblichen finanziellen Aufwand die eigene Pflege oder die Pflege von Familienangehörigen außerhalb des Gesundheitssystems. Analog zeichnet sich in der Bildung ein Trend zu privaten Trägern von Kindertagesstätten, Schulen und Hochschulen ab. Im Grundschulbereich wies die KMK-Statistik bereits 2020 einen Fehlbedarf von 2.000 Stellen aus. So verfügte in 2022 jeder zehnte Berufsanfänger nicht über ein abgeschlossenes Lehramtsstudium und für 2035 wird in allen Bereichen gegenüber dem jetzigen Bestand ein Bedarf von 75.000 Lehrkräften prognostiziert.³

Da Bildung und Gesundheit aber tragende Säulen des gesellschaftlichen Zusammenhalts und des Wohlstands sind, müssen diese Bereiche mit hoher Priorität entwickelt werden, um das Erleben eines allgemeinen Wohlstands auch weiterhin zu ermöglichen.

Ökonomischer Druck im Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitssystem hat sich in der Pandemie hinsichtlich der vorgehaltenen Infrastruktur im Bereich der Akut- und Intensivmedizin als grundsätzlich leistungsfähig erwiesen. Bestehende Mängel wurden aber in den Bereichen der personellen Ressourcen der Pflege, der digitalen Infrastruktur und im öffentlichen Gesundheitswesen mehr als deutlich. Ein jahrzehntelang andauernder Mangel an ausreichenden Investitionen der Länder und Kommunen in die bauliche, medizintechnische und digitale Infrastruktur von Kliniken in dem sogenannten „dualen“ Finanzierungssystem hat dazu geführt, dass die Träger häufig im Bereich der Personalkosten den größten Hebel sahen. Dies hat durch konsekutiv erfolgte „Einsparrunden“ bereits dazu geführt, dass vorhandene Ressourcen, insbesondere auch intensivmedizinische Kapazitäten, aus Gründen des Personalmangels in der Pflege nicht vollständig genutzt werden konnten. Selbst in den Jahreszeiten, in denen durch Infektionen zusätzliche Fallzahlen auftreten, waren teilweise 20 % der Kapazitäten nicht nutzbar. Von den vorhandenen 28.000 Intensivpflegeplätzen waren 2020 in der Pandemie durchschnittlich 21.000 belegt. Nach der Personaluntergrenzen Verordnung (PpUGV) wären für diese 21.000 Intensivbetten bundesweit 50.800 Vollzeitkräfte erforderlich, es waren aber nur 28.000 vorhanden.

Darüber hinaus kam es zu falschen Anreizsetzungen und Leistungssteigerungen, die diejenigen Leistungen bevorzugten, die einen hohen Deckungsbeitrag erzielen ließen. In der Folge wurden Patienten mit einem hohen Pflegebedarf von der Akutmedizin der Kliniken in den Reha- bzw. Pflegeheimsektor verschoben, ohne dass dort ausreichende Zeit bestand, die Pflegekräfte entsprechend aus- und weiterzubilden, sowie die Personalschlüssel entsprechend dem erhöhten Aufwand anzugleichen. Dies hat die Situation für die Pflegekräfte in zweifacher Hinsicht verschärft:

1. Ausgelöst durch den Mangel an Intensivpflegekräften wurde in den Kliniken die Arbeit der Pflege durch die zunehmenden medizinischen und apparativen Interventionen auf den sogenannten „Normalstationen“ komplexer und inhaltlich anspruchsvoller. Hinzu kommt ein hoher Dokumentationsaufwand aufgrund einer mangelhaften digitalen Infrastruktur. Dies führte dazu, dass Pflegekräfte vorzeitig ihren Beruf verließen, da für die originären Pflegeaktivitäten am Patienten die Zeit fehlte und die Sicherung der gewohnten Qualität ihrer Arbeit nicht möglich erschien.
2. Im Sektor der Langzeitpflege führte die mangelnde Qualifikation für die anstehenden Aufgaben sowie der fehlende Nachwuchs zu erheblichen quantitativen und qualitativen Lücken, die in einem zunehmend kommerzialisierten Bereich die Belastung so groß werden ließ, dass auch hier Pflegekräfte ihren Beruf aufgaben.

Hierarchische Strukturen im Gesundheitssystem

Die Kultur im deutschen Gesundheitssystem insbesondere im stationären Bereich erfolgt in weiterhin sehr stark hierarchisch orientierten Strukturen zwischen und innerhalb der Berufsgruppen. Die Pflegeberufe wurden bislang von der Ärzteschaft aber auch von Trägern der Kliniken weitgehend als den Ärzten untergeordnet wahrgenommen. Auch das Selbstverständnis der Pflege war über sehr lange Zeit dadurch geprägt, dass die Unterordnung im Verhältnis zu den Ärzten klaglos hingenommen wurde. Dies hat sich in den letzten 20 Jahren gewandelt, und das Selbstverständnis und das Selbstbewusstsein der Pflegenden ist heute ein anderes, insbesondere in der Intensivmedizin und in anderen Bereichen technologisch basierter Krankenversorgung. Trotzdem hat sich dies bislang nicht in allen Strukturen der Pflege in die gelebte Praxis übersetzt, so dass die Pflege im engeren Sinn und ihre Qualität insbesondere außerhalb der Kliniken als weniger bedeut-

sam empfunden wird. Dabei ist es durch die zunehmende Komplexität der Krankenversorgung auch inhaltlich zwingend notwendig, dass zunehmend in Teams unterschiedlicher Berufsgruppen multiprofessionell „auf Augenhöhe“ agiert werden muss. Es würde die Attraktivität des Pflegeberufs signifikant verbessern, wenn eine Kultur des Teamworks deutlicher gemacht und auch gelebt würde und auch in der Darstellung nach außen mehr in den Blick genommen würde. Daher ist es zu begrüßen, dass in der Novelle der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte die interprofessionelle Ausbildung mit anderen Gesundheitsberufen als ein wichtiger Bestandteil adressiert wird.

Vernachlässigung der Aus- und Weiterbildung

Das Pflegeberufereformgesetz (PflBG) wurde erst nach längerer Debatte 2017 verabschiedet und trat am 1. Januar 2020 in Kraft. Es beinhaltet im Kern weiterhin den Fortbestand einer beruflichen Pflegeausbildung mit fünf gleichwertigen Vertiefungseinsätzen in der praktischen Ausbildung und sieht keine generelle akademische Grundausbildung vor. Eine akademische Erstausbildung wird jedoch als paralleler Ausbildungsansatz ermöglicht. Damit sollten zusätzliche Karrierechancen für Auszubildende eröffnet werden, indem sie primär für die Pflege insgesamt – für alle Zielgruppen und für alle Versorgungsbereiche – qualifiziert werden. Für 2025 ist eine Evaluierung der Auswirkungen des Pflegeberufereformgesetzes geplant, die möglicherweise pandemiebedingt erst später erfolgen kann. Unstrittig ist, dass die Ausbildung in größeren Anteilen akademisiert werden muss.⁴ Im Vergleich zu anderen Ländern steckt die Akademisierung der Krankenpflege in Deutschland noch in den Kinderschuhen, denn über einen unverhältnismäßig langen Zeitraum ist die Notwendigkeit einer akademischen Ausbildung für Pflegekräfte in Frage gestellt worden. In Skandinavien wurden bereits in den 1980er Jahren erste Studiengänge der Pflege⁴ eingeführt, und in Schweden und Großbritannien haben alle Pflegekräfte akademische Grade, in den Niederlanden sind es 45 Prozent.⁵ Diese sind patientennah tätig und haben in der Gesellschaft ein deutlich höheres Ansehen. In diesen Ländern findet auch eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit mit Wahrnehmung von Tätigkeiten durch die Pflege statt, die in Deutschland noch ausschließlich Ärzten zugewiesen

4 Wissenschaftsrat (2022): HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update. <https://doi.org/10.57674/v8gx-db45>

5 Lehmann, Y.; Schaepe, C.; Wulff, I. & Ewers, M. (2019): Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Heidelberg.

wird. Eine ‚Akademisierung‘ der Pflege ist somit kein Selbstzweck, sondern notwendig, um die komplexen Bedarfe zu decken, insbesondere im Bereich der evidenzbasierten Pflege und Versorgung.

Neue Berufsbilder

In Deutschland fehlen Berufsbilder mit Aufgaben an der Schnittstelle von Pflege und Therapie wie „advanced practice nurse“, „nurse practitioner“ oder „community health nurses“. Im wichtigen Bereich der Prävention mit aufsuchenden Angeboten werden „community health nurses“ schon allein deshalb erforderlich sein, um die Versorgung in strukturschwachen Regionen zu sichern und um durch nachhaltige Präventionsstrategien das Gesundheitssystem wirtschaftlich tragfähig zu gestalten. Daher müssen neue Berufsbilder etabliert werden, die eine akademische Ausbildung erfordern. Im Hinblick auf die sogenannten „Care-Berufe“ muss eine Veränderung der Kultur und Wertschätzung in der Gesellschaft erfolgen, und das Allgemeinwohl muss stärker in den Fokus von Politik und Bildung gestellt werden.

Der Mangel an Menschen in Pflegefachberufen ist somit ein komplexes, gesellschaftliches und auch ein globales Problem, das vor dem Hintergrund kultureller Entwicklungen der letzten Jahrzehnte gesehen und bewertet werden muss. Die Arbeitsbedingungen sowie die physischen und psychischen Belastungen in der Pflege werden im Vergleich zu anderen Berufen deutlich negativer wahrgenommen. Darüber hinaus sind diese Berufe hinsichtlich der Planbarkeit und Qualität des Privatlebens wenig attraktiv, da andere Berufe eine bessere Integration und Erfüllung individueller Lebensentwürfe sowie die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen ermöglichen. Diese Problematik kann nur dadurch gelöst werden, dass zunächst in einem reduktionistischen Herangehen *alle* Einzelfragen in der Politik und der Gesellschaft adressiert und angegangen werden. Dieser notwendige Wandel könnte in den aktuellen Krisenzeiten besonders schwierig werden, da eine allgemeine Verunsicherung und unklare Perspektiven vorherrschen. Daher muss zeitnah agiert werden, denn die zwischenzeitliche Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte allein wird keine nachhaltig verbesserte Situation zur Folge haben und entzieht den Ursprungsländern eine dort ebenfalls notwendige Ressource im Gesundheitswesen.

EMPFEHLUNGEN: LÖSUNGSVORSCHLÄGE FÜR DIE ZUKUNFT DER PFLEGE IN DEUTSCHLAND

Annette Grüters-Kieslich und Angelika C. Messner

Die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Zukunft der Medizin: Gesundheit für alle“ (Laufzeit: 2019–2022) widmete sich grundsätzlichen Entwicklungen einer zukünftigen Medizin, den wissenschaftlichen Fortschritten, den Anwendungen in der Klinik bis hin zur Einführung in die Praxis und der Aufnahme in die allgemeine Versorgung. Sie fragte, wie die Medizin Krankheiten nicht nur besser diagnostizieren und therapieren kann, sondern wie sie außerdem besser imstande sein könnte, Gesundheit zu bewahren (Prävention) und was sie kann zur Erfüllung der 17 Nachhaltigkeitsziele (*Sustainable Development Goals*, SDG) der *Vereinten Nationen* beitragen, insbesondere zu SDG 3, „Gesundheit für alle“. Neben der wissenschaftlichen Analyse und daraus folgenden Empfehlungen ist die IAG „Zukunft der Medizin“, an der öffentlichen Diskussion ihrer Arbeit und der Umsetzung ihrer Empfehlungen interessiert.

Die Situation der Pflege in Deutschland stand von Anfang an im Fokus der IAG „Zukunft der Medizin“. Die COVID-19-Pandemie hat dann ein Schlaglicht auf das große Engagement des pflegerischen und medizinischen Personals geworfen, aber auch auf die oftmals seit Jahrzehnten bestehenden Probleme. Aus diesem Grund wurden in den Medien und Fachverbänden verstärkt Verbesserungsvorschläge diskutiert. Angeregt durch diese Debatten hat die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften Forschende, aber auch Pflegekräfte und Betroffene eingeladen, auch ihre Sicht der Dinge darzulegen. Dieser Ansatz wurde äußerst dankbar aufgenommen und setzte einen sehr fruchtbaren wissenschaftlichen Dialog in Gang. Es wurde eine Vielzahl von Beiträgen eingereicht, aus denen sich die nun folgenden Empfehlungen ableiten.

Der nun vorliegende „Denkanstoß“ fasst Texte verschiedener Autorinnen und Autoren zusammen, die Schlüsselpositionen darlegen und Kernprobleme ansprechen. Sie zeigen aber vor allem eine Vielzahl von Chancen auf, wie die bestehende Situation verbessert werden könnte. Anders als in der öffentlichen Wahrnehmung angenommen, geht es dabei nicht in erster Linie um zusätzliche finanzielle Ressourcen. Folgende Themen werden in den unterschiedlichen Texten immer wieder angesprochen:

- Zu den wichtigsten Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation in den Pflegeberufen gehören die Anhebung des Personalschlüssels und das Einräumen von gesicherter Zeit für die Zuwendung und psychische Unterstützung der Patientinnen und Patienten nicht nur in Kliniken, sondern in allen Pflegebereichen sowie für die Beratung zu behandelnder Personen und ihrer Angehörigen. International liegt Deutschland bezüglich des Pflegeschlüssels auf den letzten Plätzen. Während in Deutschland in Kliniken im Mittel 13 Patienten von einer/einem Pflegenden betreut werden, sind diese in Norwegen nur vier.⁵
- Das gesamte Gesundheitssystem muss stärker orientiert an den Menschen ausgerichtet werden und sich von den sektoralen Versorgungsansätzen lösen. Hierbei ergibt sich die essentielle Notwendigkeit einer Neuordnung der Krankenhausplanung mit bundesweiter zentraler Bedarfserstellung und dezentraler (länderverantwortlicher) Umsetzung. Entscheidend ist hier die Umstrukturierung kleiner Krankenhäuser in bedarfsorientierte Gesundheitszentren mit einer vorwiegend ambulanten Versorgung und Angeboten der Gesundheitsvorsorge und Prävention bei gleichzeitigem Auf- und Ausbau einer Vernetzung mit unbürokratischem, transferfreundlichem Zugang zu großen Spezialkliniken.
- In den Pflegeberufen müssen mit Dringlichkeit bundeseinheitlich neue Ausbildungsstrukturen einschließlich der Studiengänge der Pflege und Pflegewissenschaft an den Universitäten implementiert werden. Doch die Akademisierung allein bringt wenig, wenn die multiprofessionelle Arbeitsorganisation diese Kompetenzen nicht genutzt und unterstützt wird. Internationale Anstrengungen der multiprofessionellen Reorganisation – wie Magnetkrankenhäuser, NPLC-Teams in der Primärversorgung und Langzeiteinrichtungen – sind gute Beispiele. Kompetenzen und Verantwortungsbereiche aller Gesundheitsberufe einschließlich der Ärztinnen und Ärzte müssen gemeinsam und partnerschaftlich definiert und strukturiert werden. Eine fachlich konsenterte und verbindliche inhaltliche Auffassung des Kerns der pflegerischen Gesundheitsversorgung muss erarbeitet werden.
- Weitere Aspekte, die mit einer hohen Arbeitszufriedenheit und einem Verbleib im Beruf verbunden sind, betreffen die Förderung der fachlichen Autonomie

5 <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/pressemeldungen-nach-themen/notfallversorgung-in-deutschland/210621-pressemeldungen-divi-dgf-initiative-zur-staerkung-der-intensivpflege-und-stern-petition.pdf>

der Pflege. Ein erster Ansatz struktureller Veränderungen stellt die Richtlinie nach § 63 (3c) SGB V von 2011 zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur Ausübung von Heilkunde dar. Pflegenden kann im Rahmen von Modellvorhaben die Therapieverantwortung für die Behandlung von Patienten übertragen werden. Diagnostik, die Durchführung therapeutischer Maßnahmen (Medikation, Injektionen, Infusionen), Beratung, Prozesssteuerung, Verordnung von Hilfsmitteln, Veranlassung von Überweisungen sieht die Richtlinie als übertragbare ärztliche Tätigkeiten für Patienten mit Diabetes Mellitus, Demenz, Wunden, Hypertonie und Schmerzen vor. Im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) wurden durch die Fachkommission nach § 53 PflBG bereits „Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben“ entwickelt (BiBB, 2021).

- Interprofessionelle Zusammenarbeit ist Voraussetzung für eine patientenorientierte Versorgung, die verbindlich gestaltet werden muss. Daher müssen interprofessionelle Lehr- und Lernkonzepte in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe, also in der Ärztlichen Approbationsordnung und im Gesundheitsberufegesetz, verbindlich verankert werden.
- Das Wiederbeleben der Gemeindeschwester (*Community Health Nurse*) ist ein guter Ansatz der populationsorientierten und patientenzentrierten Versorgung, da diese z.B. Gesundheitsrisiken von Personengruppen begegnet, Lösungen für Unterstützungsbedarfe im häuslichen Bereich entwickelt und für Vernetzung im Quartier sorgt. Damit können sie wesentlich zur Gesunderhaltung und zur Verhinderung und Minderung von Pflegebedürftigkeit beitragen.
- In Anbetracht der Bedeutung der Gesundheit der jüngeren Generationen für die Gesellschaft muss der Pflege von Kindern ein entscheidender Stellenwert in der Ausbildung eingeräumt und spezialisierte Expertise in Weiterbildung und Studium angeboten werden. Durch intensive Kommunikation in die Gesellschaft muss dieser Pflegebereich eine stärkere Anerkennung und Wertschätzung erfahren.
- In Folge der Erfahrungen in der Pandemie müssen datenbasierte Frühwarnungen für eskalierende Lagen und frühzeitige Vorsorgemaßnahmen zur unmittelbaren Risikoreduktion („Early Actions“) etabliert werden. Die Stärkung der Leistungs- und Reaktionsfähigkeit, Sicherheit und Resilienz der Pflegenden sowie die ständige Weiterentwicklung von fachlicher Einsatzbereitschaft (Prepa-

redness) für kommende Krisen, die wie die Klimakrise das Gesundheitssystem betreffen, muss sichergestellt werden.

Hieraus leiten sich folgende konkrete **Empfehlungen an den Gesetzgeber** ab:

Eine unabdingbare Rahmenbedingung für die geforderten Entwicklungen stellt die umfassende Überarbeitung der Sozialgesetzgebung dar, weil hier die verschiedenen, historisch oft nebeneinander entwickelten Systeme der Finanzierung häufig zur Verschiebung von Verantwortungsbereichen und zu Versorgungslücken insbesondere für chronisch Kranke führen. Die Verantwortlichkeit der Pflegefachpersonen wird im in § 4 des Pflegeberufgesetzes⁶ seit 2020 endlich auch explizit als Vorbehaltsaufgabe klar benannt:

- die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs;
- die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses;
- die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

Hierzu ist die verpflichtende Einführung von Instrumenten zur Personalbemessung und dem Arbeitsaufwand mit Transparenz nach außen und Personalzielzahlen für gute Pflegequalität statt Personaluntergrenzen notwendig:

- Die Beteiligung der Pflegefachpersonen bei pflegerelevanten Themen und das Gesundheitssystem betreffenden Entscheidungen ist sicherzustellen.
- Die Errichtung von Pflegekammern sollte von landespolitischer Seite mit Informationen über Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Kammern unterstützt werden. Pflegen ist eine gesellschaftlich unverzichtbare Aufgabe, für die eine kompetente, berufsständige Vertretung erforderlich ist.
- Die für die gesetzlichen Krankenversicherungen Verantwortlichen müssen neue Vertrags- und Finanzierungsregelungen zur Implementierung und Förderung der interprofessionellen und sektorenübergreifenden Versorgung entwickeln.

6 Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG), <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR258110017.html>

- Pflegebedarf und Pflegeleistungen müssen den Bedürfnissen der Menschen entsprechen und – in Zusammenarbeit mit professionell Pflegenden – von pflegenden Angehörigen festgestellt und definiert werden. Dabei dürfen Art und Umfang von Pflege- und Sorgeleistungen und deren finanzielle Bewertung nicht in erster Linie aus Sicht der Anbieter gesehen werden, sondern der individuelle Bedarf der Pflegebedürftigen und der sie pflegenden Angehörigen muss im Mittelpunkt stehen.
- Der Begriff „pflegend/er Angehörig/er“ einschließlich deren Rechte und Pflichten und einer Tätigkeitsbeschreibung für Angehörigenpflege- und Sorgearbeit sind gesetzlich zu verankern.
- Pflegenden Angehörige dürfen in ihrem Lebensalltag zwischen Existenzsicherung, Beruf und Familie nicht benachteiligt werden. Ein finanzieller Ausgleich für geleistete Pflege- und Sorgearbeit sowie eine ausreichende Altersabsicherung für pflegende Angehörige muss gewährleistet sein.
- Eine umfassende Ausbildung der Pflegefachpersonen einschließlich der vorausschauenden Beratung, Prävention und Früherkennung ist sicherzustellen.

An **Arbeitgeber** richten sich die folgenden Empfehlungen:

- In den Versorgungseinrichtungen muss die Autonomie der Pflege gestärkt werden. Pflegeleistungen müssen Teil der Krankenhausleitung sein, über ein eigenes Pflegebudget verfügen können sowie Pflegepersonalverantwortung haben.
- Neben den beiden Säulen des Pflegemanagements und der Pflegepädagogik ist die Pflegewissenschaft als dritte Säule zu stärken.

Eine von Verantwortung und Loyalität zur Gesamtaufgabe getragene Haltung ist kennzeichnend für all jene, die vor Ort tagtäglich Menschen pflegen und behandeln. Wer fehlerhafte, risikoträchtige Abläufe erkennt und keine Maßnahmen ergreift, um diese abzustellen, handelt mit Blick auf die Betroffenen unverantwortlich aber auch im Hinblick auf die gesellschaftliche Entwicklung. Die Sorge vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen verhindert derzeit aber in der Praxis die mögliche Rückkopplung (Remonstrations) eventueller Missstände an Vorgesetzte. Hier könnten die Etablierung hausinterner Frühwarnsysteme und Compliance-

Richtlinien bzw. eines Compliance-Management-Systems, aber auch eine gezielte Aufklärung und fortlaufende Schulung in Zivilcourage eine Besserung herbeiführen – sofern es von der Leitung glaubhaft vorgelebt wird. Die grundsätzliche Haltung zum Umgang mit Gefährdungen in Gesundheitseinrichtungen sollte eine gelebte Sicherheitskultur und keine Mangelverwaltung sein.

- Das Lohngefüge muss in allen Sektoren deutlich angehoben werden, auch um der Abwanderung von Pflegekräften in andere Berufe oder in das angrenzende Ausland entgegenzuwirken.
- Interprofessionalität ist eine Leitungsaufgabe: Die Führungspersonen und -gremien von Gesundheitseinrichtungen sollten eine Kultur der Interprofessionalität und Kooperation vorleben und fördern.
- Interprofessionelle Entscheidungsfindung muss durch digitale Hilfen unterstützt werden, da gemeinsame Entscheidungsfindung die Grundlage interprofessionell abgestimmter Handlungen ist.
- Für die Einführung von *Rapid Response Systemen*, um krisenhaften Herausforderungen adäquat begegnen zu können, ist die Unterstützung der Krankenhausvorstände bzw. Geschäftsführungen sowie die strategische Neuausrichtung und Unterstützung der Führungskräfte aller Berufsgruppen im Krankenhaus erforderlich.
- Bei allen Mitarbeitenden ist die Stärkung von Resilienz, vorausschauender Problemwahrnehmung, des Risikobewusstseins und des frühzeitigen Erkennens von Vulnerabilitäten und Kapazitäten notwendig. Außerdem müssen Kompetenzen in frühzeitigen Maßnahmen zur Infektionsprävention und -kontrolle, in der Gesundheitserziehung und im Informationsaustausch gestärkt werden.
- In den Aufsichtsräten, Vorständen und Geschäftsführungen muss das Thema Patientensicherheitsverantwortung etabliert werden, damit Patientensicherheit zum übergeordneten Gesundheitsziel für alle Einrichtungen im Gesundheitswesen wird.
- Verantwortungsbewusste Arbeitgeber sollten mit einem betrieblichen Gesundheitsmanagement motivierte und leistungsstarke Mitarbeitende fördern.

Des Weiteren ergibt sich, auch bedingt durch den demografischen Wandel, Handlungsbedarf in den folgenden Bereichen:

- Für eine verbesserte ambulante Versorgung sollte die Funktion eines Patientenlotsen für verschiedenste Fachrichtungen und Indikationen sozialgesetzbuchübergreifend verankert werden. Neben den Schlaganfall-Lotsen kommen Lotsen bereits im Bereich der Geriatrie, Onkologie, der Seltenen Erkrankungen, bei psychischen Erkrankungen sowie zahlreichen weiteren Indikationen, wie z. B. Kardiologie, Osteoporose, Demenz, Parkinson, Adipositas oder Suchterkrankungen erfolgreich zum Einsatz.
- Personenzentrierung ist das wichtigste Prinzip in der Pflege aller Menschen. Sie ermöglicht eine individuelle Pflege und fördert ein gutes Leben auch von Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten oder Demenz. Ihre Umsetzung ist nur mit einer signifikanten Kulturveränderung der Organisationen und der derzeit gegebenen Rahmenbedingungen möglich.
- Die Unterstützung von *young carers* muss sich an die gesamte Familie richten, nur so können alle Betroffenen Entlastung erfahren. Zentrale Komponenten eines familienorientierten Hilfskonzeptes sind: Identifikation, Belastungsbeurteilung, Gesprächsangebote, Information und Beratung, flexible Alltagshilfen sowie gesicherte Zeiten für die eigene Erholung.
- Es müssen Programme zur Förderung der Pflegewissenschaft etabliert werden, um Wirkungen und Effekte von Pflegeinterventionen auf Pflegeergebnisse zu untersuchen. Die Pflege als Profession benötigt Wissen, um evidenzbasiert pflegen zu können.
- Gesetzgeber sollten sich zu einer bundeseinheitlichen bewegungs- und ernährungsorientierten Vor- und Fürsorge bekennen. Es sollte ein Expert:innengremium gegründet werden, das die bereits bestehenden guten Ansätze berücksichtigt und einen nationalen Pakt zur Erhaltung der Gesundheit entwickelt.

Die folgenden bewusst kurz gehaltenen Beiträge verschiedener Autorinnen und Autoren befassen sich mit den spezifischen Fragestellungen. Sie erläutern, inwiefern die ausgesprochenen Empfehlungen faktenbasiert erfolgen und eine Chance für das Gesundheitssystem sind.

STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN UND HERAUSFORDERUNGEN

UNZUFRIEDENHEIT UND VORZEITIGES VERLASSEN DES PFLEGEBERUFES: URSACHEN

Karen Pottkämper

Das Problem, dass Pflegende ihren Beruf verlassen und dass eine hohe Arbeitsunzufriedenheit herrscht, ist alles andere als neu. In der Literatur finden sich seit Jahren sehr viele Studien, die unterschiedliche Einflussfaktoren und Zusammenhänge des Problems beschreiben. Auf nationaler und EU-Ebene gab es die große NEXT (Nurse Early Exit Study) Studie (Simon et al., 2005; Bartolomeyczik et al., 2008) und international mit deutscher Beteiligung die IHOS und RN4Carst Study (Aiken et al., 2014; Zander, Dobler et al., 2014). Hinzu kommen zahlreiche Reviews (Hayes et al., 2006; Coomber & Barriball, 2007; Griffiths et al., 2014 und 2020; Jones, Hamilton & Murry 2005; Lu, Zhao & While, 2019; Blume et al., 2021), die eine gute Informations- und Diskussionsgrundlage für die Problemanalyse und Lösungsoptionen bilden. Bemerkenswert ist, dass sich trotz der Erkenntnisse und dem guten Wissensstand zur Problemlage in der Praxis nichts Grundlegendes verändert hat. Die Pandemie hat die Arbeitslast jetzt gefährlich verschärft (Senek et al., 2020; Wildgruber et al., 2020), insbesondere im Bereich der Intensivpflege (Blum & Löffler, 2021; Kaltwasser et al., 2021).

Das Fazit zur Erkenntnis aus den vielen Studien lautet: An erster Stelle der komplexen Problematik steht für die Pflegenden die kontinuierlich steigende Arbeitsbelastung. Es müssen bei gleicher oder sogar reduzierter Personalbesetzung immer mehr Patienten betreut werden (hoher Workload, niedriger Personalschlüssel). Dadurch können nicht alle pflegerisch geplanten Interventionen für die Patienten durchgeführt werden. Vielmehr ist eine Priorisierung/Rationierung von Pflgetätigkeiten erforderlich. Dies erzeugt emotionalen Stress und Unzufriedenheit bei den Pflegenden (Becker, 2016; Zander et al., 2014). In letzter Konsequenz kann das zum Ausstieg aus der direkten Pflegearbeit führen oder sogar zum Verlassen des Pflegeberufes (Becker, 2016; Coomber & Barriball, 2007; Hayes et al., 2006; Senek et al., 2020). Das Resultat ist eine Abwärtsspirale: Dadurch, dass immer weniger Pflegende für die Arbeit zur Verfügung stehen, nehmen der Arbeitsdruck und der Zwang zur Rationierung von Zuwendung weiter zu. Dies erhöht wiederum die Frustration und Arbeitsunzufriedenheit. Alarmierend ist, dass es durch den Arbeitsstress und Druck auch zur Zunahme von Fehlern und unerwünschten Ereignissen (z. B. Nosokomiale Infektionen, Dekubitus, Stürze, Medikamentenfehler) kommt (Griffiths et al., 2014; Aiken et al., 2014). Weitere Einflussfaktoren auf

die Arbeitszufriedenheit betreffen den Führungsstil, Weiterbildungsmöglichkeiten im Beruf, professionelle Autonomie der Pflegenden, Lohn und Gehalt, Unterstützung durch das eigene Team und die interprofessionelle Zusammenarbeit (Aiken et al., 2014; Broetje & Bauer, 2020; Coomber & Barriball, 2007; Hasselhorn et al. 2005; Zander et al., 2014) (Zander et al., 2017).

Die politisch festgelegten Personaluntergrenzen unterstützen und festigen die schlechten Arbeitsbedingungen bezüglich der Arbeitslast der Pflegenden häufig zusätzlich. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verharren die wenigen qualitativen Anforderungen an die Pflege daher auf einem niedrigen Niveau, da kein gut qualifiziertes Pflegepersonal mehr vorhanden ist. Es fehlt an Messinstrumenten zur Pflegequalität mit aussagekräftigen Qualitätsindikatoren für die Pflege wie die international etablierten „Nursing Sensitive Indicators“ (Lu, Zhao & While, 2019). Von den G-BA-Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung existieren 219 medizinische Qualitätsindikatoren und zwei für die Pflege. Die Frage zur Pflegequalität kann aktuell nur durch Studien beantwortet werden, da keine Monitoring-Daten für die Pflegequalität im Krankenhaus zur Verfügung stehen. Nach aktuellen Zahlen der Berufsverbände (Pressemitteilung DBfK vom 11.3.2021 und des ICN¹) und des *Deutschen Krankenhaus Instituts* (Blum & Löffler, 2021) nimmt die Anzahl der Pflegenden, die den Beruf verlassen, weiter dramatisch zu.

1 <https://medinfoweb.de/detail.html/pflegeberuf-kein-grund-zu-bleiben-treibt-die-pandemie-weltweit-pflegefachpersonen-aus-dem-beruf.72921>

LITERATUR

- Aiken, L. H., Sloane, D., Bruynell, L. et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, Volume 383, Issue 9931, 1824–1830.
- Bartolomeyczik, S., Donath, E., Schmidt, S. et al. (2008). *Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*. Dortmund.
- Becker, K. (2016). Loyale Beschäftigte ein Auslaufmodell? Zum Wandel von Beschäftigungsorientierung in der stationären Pflege unter marktzentrierten Arbeitsbedingungen. *Pflege & Gesellschaft*, 145–161.
- Blum, K. & Löffler, S. (2021). *Abwanderungen aus der Intensivpflege. Umfrage Oktober 2021*. Düsseldorf.
- Blume, K., Dietermann, K., Kirchner-Heklau, U. et al. (2021). Staffing levels and nursing-sensitive patient outcomes: umbrella review and qualitative study. *Health Serv Res.*, 885–907.
- Broetje, S., Jenny, G. & Bauer, G. (2020). The Key Job Demands and Resources of Nursing Staff: an Integrative Review of Reviews. *Front. Psychol.*, 11: 84.
- Coomber, B. & Barriball, L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J Nurs Stud.*, 297–314.
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Pomey, M.-P., Girard, F. & Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nurs*, 12:7.
- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J. et al. (2014). *The Association between patient safety outcomes and nurselhealthcare assistant skill mix and staffing levels and factors that may influence staffing requirements*. Southampton GB.
- Griffiths, P., Saville, C., Ball, J. et al. (2020). Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *In J Nurs Stud*, 103:103487.
- Hardin, S. & Kaplow, R. (2020). *Das Synergiemodell für Pflegeexzellenz*. Bern.
- Hayes, L., OBrien-Pallas, L., Duffield, C. et al. (2006). Nurse turnover: a literature review. *Int J Nurs Stud.*, 237–263.
- Heslop, L., Lu, S. & Xu, X. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2469–2482.

- Jones, T., Hamilton, P. & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*, 1121–1137.
- Kaltwasser, A., Petz, S., Nydahl, P., Dubb, R. & Borzikowsky, C. (2021). Querschnittsstudie zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität in der Versorgung von COVID-19-Patienten. *Der Anaesthetist*, 753–760.
- Kutney-Lee, A., Witkowski Stimpfel, A., Sloane, D. et al. (2015). Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Med Care*, 550–557.
- Lu, H., Zhao, Y. & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud*, 21–31.
- Quernheim, G. & Zegelin, A. (2021). *Berufsstolz in der Pflege*. Bern.
- Reiber, K., Fischer, G. & Lämmel, N. (2021). Lauter Beifall für stilles Heldentum – Ambivalenzen der Anerkennung für den Pflegeberuf (nicht nur in Pandemiezeiten). *Pflege & Gesellschaft*, 197–208.
- Senek, M., Robertson, S., Rayn, T. et al. (2020). Determinants of nurse job dissatisfaction – findings from a cross-sectional survey analysis in the UK. *BMC Nursing*, 19:88.
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M. et al. (2005): *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Wuppertal.
- Stone, L., Arneil, M., Coventry, L. et al. (2019). Benchmarking nurse outcomes in Australian Magnet® hospitals: cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 18:62.
- Wildgruber, D., Frey, J., Seer, M. et al. (2020). Arbeitsengagement und Belastungserleben von Health Professionals in Zeiten der Corona-Pandemie: Eine Querschnittstudie. *Pflege: die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*. 33(5), 299–307.
- Zander, B., Dobler, L., Bäumlner, M. & Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen*, 727–734.
- Zander, B., Köppen, J., Busse, R. (2017). Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In: J. G. Klauber, J. Friedrich & J. Wasem, *Zukunft gestalten. Krankenhausreport 2017*. Stuttgart, 61–76.

DIE HIERARCHIE DER KRANKENHÄUSER: EIN ENTSCHEIDENDES HEMMNIS FÜR DIE ZUKUNFT DER PFLEGEBERUFE

Hedwig François-Kettner

Probleme heute

Während der Corona-Epidemie wurde und auch sehr aktuell wird der eklatante Pflegefachpersonalbedarf bundesweit sichtbar und auch für Laien erlebbar. Bei den gravierenden Engpässen, in denen der Personalmangel ein limitierender Faktor in der Belegung unserer Krankenhäuser ist, wird oft übersehen, dass das Problem nicht neu und keineswegs der aktuellen Situation geschuldet ist. Hinzu kommt: „Deutschland hat viermal mehr Intensivbetten als Großbritannien, sechsmal mehr als Schweden, doppelt so viele wie Frankreich“.¹ Es werden mehr Patienten auf Intensivstationen und ganz generell mehr in Krankenhäusern versorgt als im internationalen Vergleich. Deutschland verfügt auch im Normalpflegebereich über eine sehr viel höhere Rate an Krankenhausbetten als vergleichbare Länder. Dänemark hält beispielsweise wesentlich weniger Betten aber dreimal so viel Pflegepersonal pro Patient vor.² Die aktuelle Situation ist deshalb so prekär, weil in den vergangenen Jahrzehnten trotz zahlreicher Hinweise keine wirksamen und nachhaltigen Strukturmaßnahmen getroffen wurden, die die Ampelkoalition sich ja jetzt zum Ziel gesetzt hat.

Seit Anfang der 1960er Jahre besteht in Deutschland ein intermittierender Fachkräftemangel bei den Pflegefachberufen in Krankenhäusern sowie im ambulanten und im Langzeitpflegesektor. In besonders auffälligen Zeiten wurden deshalb ausländische Rekrutierungen auch von staatlicher Seite forciert. Mit Übernahmen geeigneten Fachpersonals von den Philippinen und aus Südkorea³ starteten diverse

- 1 Die WELT – E. Bodderas im Interview mit R. Busse am 22.12.2021: Corona und die Folgen: „Wir haben so viele Patienten, weil wir so viele Krankenhäuser haben“, <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus235792668/Gesundheitsoekonom-Busse-Wir-haben-so-viele-Patienten-weil-wir-so-viele-Krankenhaeuser-haben.html>
- 2 Busse, R. in kma Online, 09.09.2021: <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/gesundheitssoekonom-busse-erachtet-klinikabbau-als-alternativlos-a-46208>.
- 3 Friedrich-Ebert-Stiftung et al. (2016): Veranstaltungsdokumentation: Ankommen, Anwerben, Anpassen? Koreanische Krankenpflegerinnen in Deutschland – Erfahrungen aus fünf Jahrzehnten und neue Wege für die Zukunft, https://www.koreaverband.de/downloads/files/FES_Krankenpflegerinnen.pdf

Aktionen, deren Nachhaltigkeit auf längere Sicht jedoch nicht ausreichend dokumentiert wurde bzw. haben wir daraus nicht hinreichend gelernt.

Mit der zunehmenden Privatisierung und der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) in den 1990er Jahren wurde die „Krankenpflege“ in den Kliniken in einem vorher nie da gewesenen Ausmaß ökonomischen Effizienzerwägungen unterworfen. In Deutschland sind seitdem und auch aktuell pro Pflegefachperson weit mehr Patienten zu betreuen als in jedem anderen vergleichbaren Staat. Damit waren und sind Patientengefährdungen verbunden, die in Studien⁴ international nachgewiesen wurden. Politische Versprechen und jüngste Maßnahmen wie die Herausnahme der Pflegebudgetkosten aus den Fallpauschalen oder der im neuen Koalitionsvertrag vorgesehene Pflegebonus werden alleine keine Änderungen herbeiführen. Ein Bündel an Maßnahmen ist deshalb zu veranlassen. Aktuelle Werbemaßnahmen im Ausland, die zum großen Teil in den Herkunftsländern gravierende Lücken entstehen lassen, bedürfen ethisch-kritischer Betrachtung. Die Rekrutierung ausländischer Pflegefachpersonen ist jedoch bei fairer Anwerbung und individueller Bewerbung sowie gezielter Integration derzeit richtig und eine als wirksam zu betrachtende Maßnahme, um der akuten Situation des Mangels an Pflegefachpersonen zu entgegenzuwirken.

Die Verortung der Pflege- und Funktionsdienste in Deutschland, sehr häufig unterhalb der ärztlichen Hierarchie, aber auch im eigenen Zuständigkeitsbereich vom Pflegemanagement mit zum Teil sehr eingeschränkten Befugnissen ist an sich problematisch. Fachliche Eigenständigkeit ist in der beruflichen Ausübung und Praxis so gut wie nicht gegeben, die Attraktivität der Arbeit muss erheblich verbessert werden, will man Fluktuation in benachbarte Länder oder in andere Tätigkeitsbereiche eindämmen. Nach wie vor dominieren Aushandlungsprozesse den Alltag, überflüssige oder überholte Handlungen und Arbeitsabläufe sind fremdbestimmt und zu wenig teambasiert. Patientinnen und Patienten nehmen sehr oft wahr, dass es unterschiedliche Auffassungen von ihrem Krankheitsgeschehen und dessen jeweiligen Verlauf zwischen den Berufsgruppen gibt, was ebenso wie ungenügende Unterstützung der Führungsfachpersonen zu mangelnder Patientensicherheit führt. Aufgabenbeschreibungen und entsprechende Vollverantwortlichkeiten sind zu oft beliebig, ungenau und entbehren präziser

- 4 Aiken L. et al. (2016): Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care, *BMJ Qual Saf*, <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/7/559>; Zander, B., Busse, R. (2014): Wann stößt die Pflege an ihre Grenzen?, *CNE Pflegemanagement* 04, 18–19.

Vereinbarungen zwischen den Berufsgruppen. Während ärztliche Zielsetzungen regelhaft durch ausgeprägte Spezialisierungen und jeweils detailliert-dominant innerhalb der einzelnen Fachdisziplin verortet sind, hat die pflegerische Orientierung die Betroffenen in umfassender Betrachtung seiner vorhandenen Fähigkeiten und pflegerischen Bedarfe im Fokus. Entsprechend notwendige pflegerische Maßnahmen orientieren sich inzwischen aber nicht mehr in ausreichendem Maße an den gelernten Zielen einer individuellen Patientenversorgung, sondern an den vorhandenen personellen Ressourcen mit zu vielen Rationierungen⁵ aufgrund mangelhafter pflegerischer Möglichkeiten. Die Qualität der Versorgung und präventive Potentiale werden zu oft vernachlässigt, was viele Berufsangehörige sehr belastet und der staatlichen Fürsorgepflicht diametral entgegenläuft.

Ob Ausbildung, Studium, Karrieremöglichkeiten und/oder Motivationsgeschehen – die Pflegeprofession ist zu abhängig von anderen und zu wenig mutig beim Einfordern selbstbestimmter Zielsetzungen. Inzwischen ist Deutschland bei der Akademisierung der Pflegeprofession, der Stellensituation, der Praxisgestaltung und anderer erforderlichen Entwicklungen weit abgehängt. Bei all dem steht sich die Pflegeprofession oft selbst im Weg: Obwohl in Deutschland korrespondierende Bereiche in Kammern legitimiert sind, ihre jeweilige Berufsausübung im staatlichen Auftrag eigenständig zu erbringen (und sich das nicht absehbar ändern wird), begreifen viele Pflegefachpersonen die Notwendigkeit einer Selbstverwaltung nicht und verhindern damit den staatlichen Auftrag mit Kompetenzübertragung an die Profession. Wenn, wie kürzlich in einer Innovationsfonds-Studie der Universität Witten Herdecke⁶ belegt wird, das im Langzeitpflegesektor nahezu 35 % der Krankenhauseinweisungen vermeidbar sind und auch hier die Profession so gut wie keine eigenen Befugnisse oder entsprechende Qualifikationen zur Kompensation im Pflegeheim aufzuweisen vermag, kann von Fachkundigen erlassen werden, was zu tun wäre. Das ermittelnde Konsortium der Projektplaner sieht umfangreiche finanzielle Möglichkeiten, die Krankenhausbehandlungen bei diesen Patientinnen und Patienten zu vermeiden und durch Umverteilungen erhebliche Personalressourcen zu heben.

- 5 Primc, N. (2020): Der Umgang mit Ressourcenknappheit in der Pflege. Reichweite und Grenzen individueller Verantwortung unter Knappheitsbedingungen. *European Journal for Nursing History and Ethics* 2, ohne S.
- 6 Innovationsfonds-Studie Universität Witten Herdecke et al. (2021): „Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle“. *Pflegeonline*, <https://www.pflegen-online.de/jeder-dritte-heimbewohner-unnoetigerweise-im-krankenhaus>

Im Umkehrschluss bedeuten diese Ausführungen, dass Krankenhäuser in größerem Umfang entlastet werden und Personalum- und -aufbau möglich wären, wenn grundlegende, bedarfsorientierte Strukturentscheidungen umgesetzt würden. Sollten jedoch wie bisher im Gesundheitswesen Mini-Schritte und keine grundsätzlichen Maßnahmen getroffen werden, ist kurz- bis langfristig mit einem noch größeren Personalengpass im Pflegesektor zu rechnen. Die Barmer Ersatzkasse⁷ prognostiziert für die Langzeitpflege aktuell bis 2030 rund 180.000 fehlende Pfleger bei dann ca. sechs Millionen Pflegebedürftigen. Der Deutsche Pflegerat schätzt, dass derzeit bereits 100.000 Pfleger⁸ in den heute betriebenen Krankenhäusern fehlen. Mit der Fluktuation in den nächsten 10 Jahren von ca. 500.000 Pflegenden alleine durch Erreichen des Rentenalters kann nur eine umfassende Reform Deutschland vor einem Desaster schützen.⁹

- 7 BARMER Ersatzkasse (2021): BARMER Pflegereport 2021, <https://www.barmer.de/presse/informations/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2021-361296>
- 8 Simon, M. (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Hannover, https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder_Datein/UEber_uns/Personen/Simon_2015_Unterbesetzung_im_Pflegedienst_2_Auflage_.pdf
- 9 Deutscher Pflegerat (2021): Hochrechnung aus dem Lagebericht der Pflegefachpersonen aus Niedersachsen 2021, www.deutscher-pflegerat.de

PFLEGEPERSONAL IN DER PANDEMIE: PREPAREDNESS?

Stefan Görres

Probleme heute

„Preparedness“, also „vorbereitet sein oder Bereitschaft“, ist in Deutschland als Konzept in der Pflege kaum bekannt. Anders ist dies in anderen, vorwiegend asiatischen Ländern, die mit Katastrophen jeglicher Art zu tun haben: Tsunamis, Erdbeben, Hitzewellen und Epidemien. Dort ist „Preparedness“ in der Pflege ein zentraler Begriff. Inzwischen sind vermehrt aber auch Europa bzw. Deutschland von (Natur-)Katastrophen betroffen. Was bedeutet das für die hiesige Pflege?

Mit der jüngsten Corona-Pandemie ist ein Phänomen eingetreten, das in Deutschland, Europa und weltweit bisher kaum bekannt war. Über 317 Mio. bestätigte Infektionen in über 180 betroffenen Ländern, über 5,5 Millionen Tote. In Deutschland sind es über 7,7 Millionen bestätigte infizierte Personen, mehr als 115.000 davon sind verstorben (Stand: 13.01.2022). Das sich rasant ausbreitende Virus beherrschte bis vor kurzem das Weltgeschehen, und es zeigt deutlich, dass auch wir uns in Deutschland zukünftig auf Katastrophen vorbereiten müssen.

Pflegefachkräfte standen an vorderster Front im Kampf gegen Corona. Die außerordentlichen beruflichen Belastungen führten nicht selten zu psychischen und oft auch physischen Beeinträchtigungen, die bei Tausenden zum sogenannten „Pflexit“ geführt haben. Viele Pflegekräfte fühlen sich auf eine solche Situation nur unzureichend vorbereitet und sind daher zahlreichen Risiken ausgesetzt, insbesondere dem der Infektion. Immerhin sind weltweit, so die Schätzung des ICN (International Council of Nurses), mehr als 3.000 beruflich Pflegende an oder mit COVID-19 gestorben. Die Dunkelziffer dürfte deutlich höher liegen. In Deutschland haben sich seit Ausbruch der Pandemie weit über 32.000 Beschäftigte in Krankenhäusern infiziert, 21 davon sind an den Folgen gestorben. Nahezu identisch ist die Zahl der Infizierten unter den Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen: Dort wurden ebenfalls über 32.000 Fälle registriert, knapp 90 davon mit tödlichem Ausgang. Ambulante Pflegedienste zählen bislang annähernd 2.300 Personen, die an COVID-19 erkrankten, mehrere davon starben (vgl. Sleziona 2021). Pflegende haben im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in der stationären Langzeitpflege ein 6fach höheres und in der ambulanten Versorgung ein dreifach höheres Risiko an COVID-19 zu erkranken (Stand: 30.04.2021).

Trotz der herausragenden Rolle der Pflegeberufe verfügen viele Pflegefachkräfte in Deutschland nicht über das Wissen, die Fertigkeiten und die Fähigkeiten, die sie benötigen, um rechtzeitig und in angemessener Weise in solchen Krisen agieren zu können. Dieser Mangel an Vorbereitetsein und Bereitschaft („Preparedness“) hat erhebliche Auswirkungen auf die Fähigkeit der Gesundheitssysteme, wirksame Unterstützungsinitiativen zu ergreifen (vgl. Grochtdreis et al. 2020). Im Falle der Corona-Pandemie wurde die Zeit nicht ausreichend genutzt, um Versorgungseinrichtungen und deren Pflegefachkräfte auf die Bewältigung der einzelnen Wellen der Pandemie vorzubereiten. Der Deutsche Pflegerat (DPR) vermisst für Deutschland ein klares Konzept, wie Pflegefachkräfte zukünftig in Krisensituationen sinnvoll eingesetzt, aber auch geschützt werden können.

Die Inhalte der gängigen Pflegeausbildung zeigen, dass Pflegenden im Falle einer Katastrophe gar nicht die ausreichenden Fähigkeiten besitzen können, schnell und angemessen zu reagieren und für die Bevölkerung eine adäquate Unterstützung zu sein (vgl. ICN 2019). Notwendig sind vor allem ein frühzeitiges Erkennen von Infektionen und entsprechende Reaktionen sowie Maßnahmen zur Infektionsprävention und -kontrolle. Dazu gehören unter anderem persönliche Schutz- und Hygienemaßnahmen, Gesundheitserziehung und Informationsaustausch, Überwachung und Koordination, gezieltes Screening sowie spezifische Teststrategien, die eine Übertragung innerhalb einer Einrichtung verhindern. Die Beachtung der Belüftung von Räumen, digitale Unterstützungsformate sind ebenfalls wichtige Bestandteile der Pandemiebekämpfung.

Aus wissenschaftlichen Studien wurden weitere wichtige Erkenntnisse gewonnen, die die künftige Pandemievorsorge unterstützen und verbessern können (Eggert, Teubner 2021). Ansatzpunkte zur Stärkung der Resilienz aller Versorgungssettings und ihrer Mitarbeitenden in der Pflege liegen vor allem in der vorausschauenden Problemwahrnehmung und einem Bewusstsein gegenüber Vulnerabilitäten und Ressourcen. Insbesondere ist es notwendig, die institutionell-organisatorische Verantwortungsübernahme für die Vorsorge, das Management und die Bewältigung von Krisen und Katastrophen zu stärken und auszubauen: z.B. Notfallplanung, Katastrophenschutzpläne, Evakuierungspläne, Kriterienkatalog für eine Triage, eine entsprechende Kommunikation, Verantwortungs- und Entscheidungskompetenz sowie ein Ressourcen-Management.

Entscheidend ist auch eine Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern. Diese sollte sich nicht nur auf die Meldung von Infizierten und Ausbrüchen beziehen, sondern auch proaktive Beratung, Schulungen, Informationen bzw. gemeinsame

strategische Planung einer übersektoralen Zusammenarbeit der Einrichtungen im Gesundheitswesen beinhalten. Insbesondere gilt dies der Beratung zur Umsetzung der Hygienekonzepte unter den individuellen Bedingungen der Einrichtungen. Auf- und Ausbau der digitalen Kommunikation mit den Gesundheitsämtern (einheitliche und einfache Wege bzw. Systeme nutzen) sollte ebenso möglich sein wie die Einrichtung von Kriseninterventionsteams zwecks kontinuierlicher Beratung und Abstimmung hinsichtlich des Infektionsschutzes und der besonderen Problemstellungen der jeweiligen Einrichtung. Im Krisenfall sollten kurzfristige Interventionsteams bereitstehen (Task Forces) (vgl. Stolle et al. 2020).

Verbesserte Kommunikationskanäle sind außerhalb und auch innerhalb der Settings wichtig, um die Auswirkungen der Pandemie dort besser diskutieren und die Widerstandsfähigkeit u. a. des Pflegefachpersonals stärken zu können. Es sollte in die Entscheidungsfindung einbezogen, seine Bemühungen und Verdienste sollten anerkannt, das kollektive Lernen und der Austausch gefördert, der Umgang mit einer plötzlichen Bedrohung geschult und der Gesundheitssektor für die kommenden Herausforderungen besser gewappnet werden.

LITERATUR

- Eggert, S. & Teubner, C. (2021): Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege. Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste, <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Corona-Langzeitpflege.pdf>
- Grochtdreis, T.; Schröder-Bäck, P.; Harenberg, N. et al. (2020): National disaster preparedness and emergency response of nurses in Germany: An exploratory qualitative study. SEEJPH, 2020, <https://www.biejournals.de/index.php/seejph/article/view/3972/3928>
- International Council of Nurses (ICN) (2019): Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0. Geneva Switzerland, https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- Sleziona, M. (2021): News: Einfluss der Pandemie auf Pflegeberufe. Bewerber, Aussteiger, Todesfälle. In: Bibliomed Pflege, <https://www.bibliomed-pflege.de/news/bewerber-aussteiger-todesfaelle>
- Stolle, C.; Schmidt, A.; Domhoff, D. et al. (2020): Bedarfe der Langzeitpflege in der COVID-19-Pandemie. In: Z Gerontol Geriatr., 53(8): 788–795. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01801-7>

ORGANISATIONSVERSAGEN IN DER FÜRSORGE FÜR DIE BESCHÄFTIGTEN IN DEN PFLEGEBERUFEN

Gunnar Duttge

Probleme heute

Ziel krankenpflegerischer Tätigkeit ist die „Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen“ (§ 5, Abs. 2, S. 1 Pflegeberufegesetz). Die Maßnahmen und Sorge gelten dabei in persönlicher Verantwortung der Pflegekraft primär dem jeweils einzelnen pflegebedürftigen Menschen (ICN Ethikkodex für Pflegendende, Ziff. 1.1). Als ethischer Orientierungsrahmen für eine „gute Pflege“ von alten, schwererkrankten und/oder dementen Patienten gilt in den Pflegewissenschaften heute das Konzept einer dem humanistischen Ideal verpflichteten Person-zentrierten Pflege, in der die zu Pflegenden als Inhaber „moralischer Achtungsansprüche“ der interpersonalen Pflegebeziehung vollumfänglich Anerkennung finden (Brandenburg & Baranzke 2017). Diese Personenzentrierung will einen Kontrapunkt zu einem „institutionszentrierten Hilfesystem“ setzen, das die vulnerablen Hilfsbedürftigen „der standardisierten Organisation der Hilfseinrichtung unterwirft, statt die Organisation an der individuellen Lebenswirklichkeit und den Bedürfnissen der Klienten auszurichten“ (Baranzke 2022).

Allerdings lässt sich eine „gute Pflege“ ohne institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen, die ihr die nötigen Entfaltungsräume eröffnen und sichern, nicht realisieren: Die heute vorherrschende Knappheit an Fachpersonal, verschärft durch die Corona-bedingte Überlastung der vergangenen Jahre und den zwischenzeitlichen weiteren „Exodus“ im Zuge der einrichtungsbezogenen Impfpflicht (vgl. § 20a Infektionsschutzgesetz a.F.) sowie generell die Ökonomisierung der Organisationsstrukturen unter dem Diktat betriebswirtschaftlicher Binnenlogiken wie der Diagnosis Related Groups (DRG-Systems, vgl. § 7 Abs. 1, Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz) wirken als erhebliche Erschwerung der Arbeitsbedingungen und letztlich als Risikofaktoren für die Pflegequalität. Wenn es immer weniger gelingt, die Pflegewirklichkeit dem Pflegeideal anzunähern, und der „moral stress“ (Monteverde 2019) unerträglich zu werden droht, gewinnt der „Kostenfaktor“ als Rechtfertigung für Qualitätsverluste, „implizite Rationierung“

und „ungesteuerte Rationalisierung“ immer mehr Eingang in das pflegerische Selbstverständnis (Starystach & Bär 2019).

Aus rechtlicher Perspektive ist jedoch einem jeden einzelnen Patienten gegenüber die Wahrung des (jeweils aktuellen) pflegerischen „state of the art“ („Standard“) geschuldet, mögen sich wegen der Individualität des „lebenden Organismus“ und der hohen Bedeutung individueller „Selbstbestimmung“ negative Verläufe dennoch nicht immer vermeiden lassen (Gaßner & Strömer 2012). Wenn die Einhaltung der Sorgfaltsregeln freilich durch die systemischen Rahmenbedingungen erschwert wird, dann verlangt das allgemeine Fairnessprinzip, dass die Verantwortung hierfür nicht jene trifft, für die jene Rahmenbedingungen nicht disponibel, sondern unverfügbar vorgegeben sind (Duttge 2018). Zwar reagiert das Recht bei Schadensfällen innerhalb von arbeitsteilig organisierten Funktionseinheiten mittlerweile mit einer Zurücknahme der Verantwortungszuschreibung zu Lasten der am Ort des Geschehens unmittelbar Beteiligten, soweit nicht deren eigener (limitierter) Verantwortungsbereich betroffen ist (Duttge 2011). Damit auf diese Weise aber keiner „organisierten Unverantwortlichkeit“ (Beck 1988) zu Lasten der Patientensicherheit Tür und Tor geöffnet wird, bedarf es effektiver vorausschauender, fehlersensibler Organisations- und Kommunikationsstrukturen. Dass die Krankenhausleitungen diese herausfordernde Aufgabe bislang erfolgreich bewältigen, lässt sich bei aller Vorsicht angesichts der defizitären Datenlage jedoch nicht wirklich behaupten: Denn einer jüngeren Befragungsstudie zufolge verzichten etwa mehr als Hälfte der befragten Krankenhauseinrichtungen darauf, eine Risikoanalyse überhaupt durchzuführen, geschweige denn eine permanente Krisenthemen-Überwachung zu gewährleisten (Weimer u. a. 2019).

LITERATUR

- Baranzke, H. (2022): Person-zentrierte Pflege als relationale Selbstbestimmungsrechtassistenz bei Menschen mit Demenz. Ethische Sondierungen in einem komplexen Spannungsfeld unter besonderer Berücksichtigung der stationären Langzeitpflege In: Riedel, A. & Lehmeier, S. (Hrsg.): Ethik im Gesundheitswesen, Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg, https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_64-2
- Brandenburg, H.; Baranzke, H. (2017): Personzentrierte Langzeitpflege – Herausforderungen und Perspektiven. Zeitschrift für medizinische Ethik 63, 3–14.

- Duttge, G. (2011): Arbeitsteilige Medizin zwischen Vertrauen und strafbarer Fahrlässigkeit. *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik* 6, 349–353.
- Duttge, G. (2018): Krankenhausorganisation und (Straf-)Recht: Aktuelle Herausforderung und offene Fragen. In: Ders. (Hrsg.): *Das moderne Krankenhaus: Ort der „desorganisierten Kriminalität“?*, Göttingen, 3–12.
- Gaßner, M.; Strömer, J.M. (2012): Im Dickicht der Standards verfangen – Haftungsrechtliche Sorgfaltspflichten in der Pflege. *Medizinrecht* 30, 487–495.
- Gehring, C.L. (2021): Strukturelle Risiken für Compliance im Krankenhaus. *CCZ – Corporate Compliance Zeitschrift* 14, 162–168.
- Heyers, J. (2016): Risikomanagementsysteme im Krankenhaus, Standards und Patientenrechte. *Medizinrecht* 34, 23–31.
- International Council of Nurses (2021): Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen, https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege_Charta/Schulungsmaterial/Modul_5/Weiterfu%CC%88hrende_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf
- Monteverde, S. (2019): Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. *Ethik in der Medizin* 31, 345–360.
- Starystach, S.; Bär, S. (2019): Feindliche Übernahme? Krankenhauspflege in Zeiten der Ökonomisierung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 71, 211–235.
- Weimer T., Lavendel U., Dietzel C. (2019): Sonderanalyse „Compliance Management“. In: Augurzky, B.; Krolop, S. u.a. (Hrsg.), *Krankenhaus Rating Report 2019*, 204–207.

PFLEGE ALS EIGENSTÄNDIGER UND ESSENTIELLER TEIL DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Sabine Bartholomeyczik

Im Fokus stehen die Inhalte pflegerischen Handelns und vor allem die problematischen Folgen der Praxis¹. Die im Pflegeberufereformgesetz² genannten Vorbehaltsaufgaben für qualifizierte Pflegefachpersonen sind leider inhaltlich wenig ausgeführt. So bezeichnet der Begriff *Pflegeprozess* keine Inhalte, mit denen er sich von anderen Behandlungsprozessen (ärztliche, physiotherapeutische etc.) unterscheidet, sind doch die Personen (Kranke, Pflegebedürftige) und die Prozessstruktur dieselbe. Präventive Potentiale (auch sekundäre, tertiäre) scheinen im pflegerischen Handeln nicht vorgesehen zu sein, trotz aller Studien dazu (z. B. präventive Hausbesuche³). Wichtige Konkretisierungen zu den Vorbehaltsaufgaben auf Basis eines professionellen Pflegeverständnisses wurden inzwischen von einem Think Tank Vorbehaltsaufgaben erarbeitet.⁴ Dazu ist festzuhalten, dass mehr als die Hälfte der Ausbildungszeit in der Praxis nachhaltige Veränderungen in der Praxis unwahrscheinlich machen.

Noch wird es für selbstverständlich gehalten, dass Ärzte(-organisationen) definieren, was Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung durchführen dürfen. Exemplarisch ist dies den Richtlinien des GBA nach § 63 Abs. 3c SGB V zu entnehmen: Demnach dürfen Ärzte „heilkundliche Aufgaben“ an Pflegefachpersonen zur „selbständigen Ausübung von Heilkunde“ übertragen. Das klingt so, als beinhaltete das Pflegen bisher kein heilkundliches Handeln, wenn es nicht um Delegation ärztlichen Handelns („Behandlungspflege“) geht. Implizit scheint die Auffassung von Pflege („Grundpflege“) zu dominieren, wonach sie Menschen bei alltäglichen Handlungsweisen hilft, damit diese Personen dann angezogen,

- 1 Bartholomeyczik, S. (2021): *Pflegetheorie: Bedeutung für Praxis und Gesundheitspolitik*. In: Pundt, J., Rosentreter, M. (Hrsg.): *Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet. Aktuelle Tendenzen*. Bremen, S. 31–56.
- 2 PflBRefG – Gesetz zur Reform der Pflegeberufe vom 17.07.2017. Bundesgesetzblatt, 2017, Teil I, Nr. 49, S. 2591–2613.
- 3 ZQP (Hrsg.) (2013): *Präventive Hausbesuche. Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche*. Abschlussbericht, https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf
- 4 Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) (2024): *Vorbehaltsaufgaben der Pflege – Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung*, Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Duisburg.

gewaschen und aus dem Bett geholt sind. Gesundheitliche Ziele wie die Förderung von Fähigkeiten, die Unterstützung von Selbständigkeit, die Berücksichtigung von Selbstbestimmung, die Verhinderung von negativen Krankheits- und Behandlungsfolgen oder die Vorbeugung schwerer Pflegebedürftigkeit spielen offenbar weder in der Akut- noch in der Langzeitpflege eine Rolle. Welche gesundheitsschädlichen Folgen diese Pflegeauffassung mit sich bringt, wird kaum thematisiert, trotz internationaler Studien. Nach wie vor scheint es ausreichend, für die „Grundpflege“ Hilfskräfte einzusetzen. Leider gilt dies auch für die geplante Personalbemessung in der stationären Altenpflege, die die inhaltlichen Mängel der stationären Altenpflege trotz Personalaufstockung fortzuschreiben droht⁵.

Die Missachtung professioneller Pflege zeigt sich auch darin, dass den Pflegenden nach den G-BA-Richtlinien zu großen Teilen „heilkundliche Aufgaben“ übertragen werden sollen, die längst zu ihren Aufgaben zählen und die u.a. in den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)⁶ vielfach bei gleichen Themenbereichen als Pflegeaufgaben definiert sind. Diese Expertenstandards werden seit 20 Jahren fachöffentlich unter kommentierender Einbeziehung themenrelevanter Fachorganisationen, also auch denen von Ärzten, konsentiert und veröffentlicht. Die Umsetzung dieser Standards ist rechtlich bindend, da sie auf dem gegenwärtigen Stand des Wissens aufbauen.

Bisher sind Pflegedienste und niedergelassene Ärzte unabhängig voneinander organisiert, Pflegefachpersonen sind in der häuslichen Pflege von ärztlichen Anordnungen abhängig, wenn Notwendiges über die „Grundpflege“ hinausgeht. Die eingeschränkten Entscheidungskompetenzen von Pflegefachpersonen wirken sich zu Lasten der zu Pflegenden aus. Bei dieser Arbeitsteilung ist es nicht sinnvoll, dass Pflegedienste nur zu Hause in Anspruch genommen werden, während viele Ärzte regelhaft nur in Ausnahmefällen nach Hause kommen. Trotz diverser Projekte ist es bisher kaum gelungen, multiprofessionell kooperierende Versorgungspraxen einzurichten, in denen Pflegefachpersonen eigenverantwortlich bei Personen mit chronischen Krankheiten die pflegerischen Anteile übernehmen.

- 5 Rothgang, H. (SOCIUM Projektleitung) (2020): Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Zweiter Zwischenbericht – Finale Version zur Abnahme durch den Auftraggeber. Bremen. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/02/2.-Zwischenbericht-Personalbemessung-§-113c-SGB-XI.pdf>
- 6 Schiemann, D., Moers, M., Büscher, A. (Hrsg.) (2014): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart.

Damit könnten Hausärzte wesentlich entlastet werden. In der ambulanten Versorgung müssen ärztliche und pflegerische Versorgungsanteile endlich wirklich ineinandergreifen. Beispielhaft seien hier die Pflegesprechstunden in der Primärversorgung in Schweden genannt, in denen Menschen mit chronischen Krankheiten zum Beispiel informiert und beraten werden, zur Veränderung von schädigenden Lebensgewohnheiten geschult werden, Wundversorgung oder Vitalzeichenkontrolle erhalten.⁷ Durchgeführt wird dies alles von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen völlig autonom. So wichtig die Community Health Nurse ist, so wenig wird diese Position alleine diese Probleme der ambulanten Versorgung lösen können.

7 Lehmann, Y., Schaepe, C., Wulff, I., Ewers, M. (2019). Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Heidelberg, S. 165.

QUALITÄT IN DER PFLEGE ALS NATIONALE AUFGABE

PFLEGEQUALITÄT IN DER NATIONALEN PERSPEKTIVE – HERAUSFORDERUNGEN

Astrid Elsbernd

Qualität in der Pflege ist ein Begriff, der in den 1990er Jahren Eingang in die nationale fachdisziplinäre und organisationale Diskussion Einzug erhalten hat. International gesehen wird Pflegequalität bereits seit den 1970er Jahren beispielsweise in den USA intensiver diskutiert, was auch erklärt, dass viele Ansätze aus diesen Zusammenhängen in den nationalen Kontext transferiert werden. Grundsätzlich wird zwischen einer internen/externen und einer monodisziplinären/multidisziplinären Qualitätsperspektive unterschieden. Dabei folgt „Pflege“ in ihrer Definition nicht nur dem internationalen, sondern auch dem interprofessionellen Begriffsdiskurs. Dieser Diskurs definiert Pflegequalität als relationalen Begriff, der eine Soll-Qualität, die die Disziplin Pflege formuliert, mit der vorfindbaren messbaren Ist-Qualität in ein Verhältnis stellt. Die Soll-Qualität leitet sich aus den fachlichen Ansprüchen der Disziplin Pflege auf normativer und empirischer Ebene ab und bildet den aktuellen Stand des Wissens in der Pflege in seiner jeweiligen Evidenzstärke ab. Üblicherweise sind vor allem (Experten-)Standards und Leitlinien als Komplexinstrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung die Voraussetzung für eine Sollfestlegung. Dabei wird anhand wissenschaftlich begründeter, evidenzbasierter und messbarer Qualitätskriterien die Sollqualität in den Dimensionen von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität beschrieben und damit auch überprüfbar gemacht. Aus (Pflege-)Standards und Leitlinien leiten sich Qualitätsindikatoren ab, die spezifische, für die Versorgung der Bevölkerung sehr bedeutsame Qualitätskriterien messen und so unter den verschiedenen Leistungserbringern in der Pflege vergleichbar machen.

„Qualität im Gesundheitswesen“ wurde zu einem schillernden Begriff, da seit den 2000er Jahren mit zunehmender Intensität der Versuch unternommen wird, Qualität in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen verlässlich zu messen und dabei auch die Einrichtungen miteinander zu vergleichen und zu steuern. Im Vordergrund steht hier die Idee, der Bevölkerung verlässlich Gesundheitsleistungen in regional und institutionell vergleichbarer Qualität zu bieten. Im Hintergrund steht aber auch die Frage, wie die Planung von Gesundheitseinrichtungen, deren Größe und regionalen Verortungen durch „planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2020, S. 9) gesteuert werden können. Grundsätzlich wird Pflege im Akutbereich der Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser) und im Pflegebereich

(stationäre und ambulante Langzeitpflege) angeboten. Da pflegebedürftige und zumeist kranke Menschen sowohl stationär als auch ambulant versorgt werden und je nach Gesundheits- und Pflegezustand auch zwischen diesen Versorgungsformen wechseln, konzipiert Pflege anhand zentraler Phänomene ihre Leistungen für alle Sektoren der Pflege. In den nationalen Expertenstandards der Pflege, die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung (DNQP) in der Pflege entwickelt und verantwortet werden, sind beispielsweise u. a. die folgenden Pflegephänomene in Expertenstandards fachwissenschaftlich aufgenommen und in ihrer Sollqualität determiniert worden: Sturz, Ernährung, akuter und chronischer Schmerz, Inkontinenz, Mundgesundheit, Dekubitus, chronische Wunden. Diese Expertenstandards werden in Deutschland flächendeckend umgesetzt und dienen der internen Qualitätsentwicklung.

Bestehende Standards und Leitlinien werden in der Pflege auch in die externe Qualitätssicherung aufgenommen und dienen wenigstens teilweise zur Festlegung eines messbaren und vergleichbaren Qualitätsniveaus. Allerdings werden in dem Leistungsbereich der Akutpflege und dem der stationären und ambulanten Langzeitpflege sehr unterschiedlich extern Pflegequalität erhoben und bewertet. In der Akutpflege (Krankenhauspflege) wird Pflegequalität kaum extern betrachtet. Seit Anfang der 2000er Jahre wird das Pflegephänomen „Dekubitus“ im Rahmen der jährlichen Qualitätsbewertungen anhand von Indikatoren quantitativ erhoben. Im ärztlichen Bereich werden in Krankenhäusern in diesem Zusammenhang über 200 Indikatoren in beinahe allen Fachdisziplinen erhoben. Über all die Jahre ist kein politisches Interesse entstanden, in der Akutpflege weitere Qualitätsindikatoren in der Pflege zu erheben, auch die dafür zuständige Fachgruppe „Pflege“ beim Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde 2021 lautlos nach beinahe 20jähriger Entwicklungsarbeit aufgelöst. Dies hat sicherlich verschiedene Hintergründe und Ursachen, bleibt aber auch vor dem Hintergrund unverständlich, dass es zugleich im Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege seit ca. 15 Jahren zunehmend intensive Qualitätsprüfungen anhand von Pflegequalitätsindikatoren gibt, die vom MDK/MDS jährlich erhoben und bewertet werden. Dabei muss jedoch auch diskutiert werden, welche Qualitätsindikatoren von der Fachpflege zu beeinflussen sind.

Die Leistungsqualität, die insgesamt bei Patient*innen oder in der Langzeitpflege ankommt, ist immer eine Gesamtqualität, die von verschiedenen Berufsgruppen und der Qualität ihrer Zusammenarbeit und der jeweiligen verantwortenden Organisation/Institution (Strukturen, Prozesse, Führung usw.) verantwortet wird. Für Patient*innen oder Bewohner*innen ist regelmäßig nicht immer erkennbar,

wer welchen Beitrag leistet bzw. leisten und verantworten sollte. Es ist für sie oft auch nicht möglich zu bewerten, ob die richtigen Maßnahmen in der erforderlichen Qualitätshöhe erbracht werden. Zwar gibt es heute zu vielen Leitlinien und Standards bereits „Patienten-Versionen“, die es Laien ermöglichen sollen, zum jeweiligen Thema den Stand des Wissens zu verstehen, doch sind insbesondere kranke und pflegebedürftige Menschen zum Zeitpunkt der Behandlung und Pflege oftmals nicht Lage, dies nachzuvollziehen oder gar einen anderen Qualitätsanspruch in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu diskutieren und zu fordern. Partizipative Entscheidungsmodelle in der Gesundheitsversorgung, die vor allem eine Diskussion über die pflegerischen und medizinischen Entscheidungen eröffnen, gibt es in der Praxis kaum. Vor dem Hintergrund der zahlreichen ethischen Dilemma-Situationen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen werden vor allem in diesem Bereich neue Wege der partizipativen Entscheidungsfindung angestoßen. Hier greifen Pflege und Medizin auch auf gemeinsame wissenschaftlich begründete Modelle zurück. Insgesamt kann es ein wichtiger und sehr richtiger Weg sein, über die ethischen (alltäglichen) Fragestellungen auch das Thema Qualität in seinen Dimensionen weiterzuentwickeln. Dabei geht es nicht nur darum, professionelle Werte in deontologischer Denktradition gemeinsam abzuwägen, sondern auch die Diskussion zu eröffnen, was für die Patient*innen oder Bewohner*innen in ihrer Versorgung und Betreuung wichtig, wertvoll und wesentlich ist. Diese Analyse könnte verdeutlichen, welchen Stellenwert Pflegeleistungen für die Betroffenen haben und welche Pflegeleistungen in welcher Qualität und Quantität vorgehalten werden müssen. Dies könnte dann auch eine längst fällige Verteilungsdiskussion im Gesundheitswesen anstoßen!

Pflegequalität korreliert eng mit dem Thema „Personalbemessung“. Einschlägige internationale Studien beweisen seit vielen Jahren wiederkehrend die starke Korrelation von Pflegequalität und Personalausstattung anhand von Kennzahlen (z.B. Mortalität) (vgl. Aiken et al. 2002, 2014). Und obwohl hier auf weitreichende Erkenntnisse zurückgegriffen werden kann, wird in Deutschland über „Personaluntergrenzen“ und „Fachkraftquoten“ diskutiert. Die größte Berufsgruppe des Gesundheitswesens, die „Pflege“, liegt in ihrer Personalbemessung (ohne Anwendung von Personalbemessungsinstrumenten) weit unter dem europäischen Schnitt in der Patienten-Pflegekraft-Korrelation. Sie muss dabei miterleben, dass immer wieder Diskussionen darüber geführt werden, dass mehr Hilfskräfte in der Pflege eingestellt werden sollen, insbesondere in der Langzeitpflege. Interessant ist, dass bei keiner anderen Berufsgruppe derart hartnäckig versucht wird, Hilfskräfte in das Leistungsgeschehen zu integrieren. Die damit verbundenen potentiellen Sicherheits- und Qualitätsprobleme werden leider nicht thematisiert.

Insbesondere geriatrische Patient*innen, die die Besonderheit mitbringen, chronisch und zugleich auch akut krank zu sein, stellen erhebliche Ansprüche an eine angemessene, pflegfachliche Betreuung, und sie sind gerade deshalb auch oftmals in den stationären Settings der Langzeitpflege vorzufinden. Vor diesem Hintergrund muss gefordert werden, dass die „De-Professionalisierungsdiskussionen“ von „Bildungsdiskussionen“ abgelöst werden. So wird sichergestellt, dass die Fachpflegenden in der Lage sind, die vorfindbaren Standards und Leitlinien angemessen umzusetzen und eine qualitativ angemessene Pflege anbieten, die selbstverständlich dem Anspruch gerecht wird, eine professionelle Beziehung zu den Patient*innen und ihren Angehörigen auch in der Langzeitpflege aufzubauen und die Pflegeleistungen in Art und Qualität in einem partizipativen Prozesse auszuhandeln und dann anzubieten. „Pflegequalität“ würde so gesehen von einem schillernden zu einem ganzvollen Begriff.

LITERATUR

- Aiken, L.; Clarke, S; Sloane, D. et al. (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction, in: JAMA 288(16), 1987–1993.
- Aiken, L. H.; Sloane, D. M.; Bruyneel, L. et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *The Lancet*, Volume 383, Issue 9931, 1824–1830, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2022): <https://www.dnqp.de>
- IQTIG (2020): Qualitätsreport 2019, Eigenverlag Berlin oder <https://iqtig.org>

PFLEGEQUALITÄT IM INTERNATIONALEN VERGLEICH: BEISPIEL USA IN DER COVID-19-PANDEMIE

Marcus Friedrich

Die erste amerikanische COVID-19-Welle erreichte New York im März 2020. In den folgenden Wochen belastete die Pandemie die Krankenhäuser mit hohen Patientenzahlen vor allem in New York City und den herumliegenden Gebieten. Obwohl es an vielen Dingen wie Masken und angemessener Schutzausrüstung fehlte, war doch die medizinische Versorgung zu jeder Zeit gewährleistet. Der Staat New York sprang ein, um lebenswichtige Ressourcen wie Beatmungsgeräte und Personal bereitzustellen. Als Monate später die Daten während dieser Zeit analysiert wurden, gab es jedoch eine unangenehme Überraschung: Die Patienten-Risiko-adjustierte Sterberate von COVID-19 in New York City betrug im März 2020 in manchen Krankenhäusern 15, in anderen bis zu 55 Prozent. Obwohl die Sterberate in den folgenden Monaten in allen Krankenhäusern fiel, blieb die Variation zwischen den Krankenhäusern. Wie konnte es sein, dass die Sterberate so unterschiedlich ausfallen konnte, wenn man doch annehmen kann, dass der Wissensstand der behandelnden Ärzte bei einer neuen Pandemie der gleiche ist? Die Antwort führt zwangsläufig in die Richtung, dass dann wohl die Behandlung und Pflege unterschiedlich sein muss und sich damit die unterschiedlichen COVID-19-Sterberaten begründen lassen. Doch dürfen wir uns damit begnügen, das einfach so hinzunehmen und eine Akzeptanz in der Bevölkerung voraussetzen? Oder muss man die Behandlungsqualität hinterfragen und eventuell nationale Qualitätsstrategien entwickeln, um die Sterberaten nicht nur bei COVID-19, sondern auch bei anderen chronischen Krankheiten zu verringern?

Die Varianz medizinischer Qualitätsdaten ist an sich nicht neu. In den 1970er und 1980er Jahren wurden in den Vereinigten Staaten mehrere Studien veröffentlicht, die große geografische Unterschiede in den Praxismustern in Krankenhäusern aufdeckten, ohne dass diese Muster von klinischer Evidenz unterstützt wurden. Es folgten Berichte über Missbrauch, Überbeanspruchung von verfahrenstechnischen Behandlungen (apparative Überdiagnostik), unnötige Krankenhausaufenthalte und diagnostische Doppeluntersuchungen. Der Amerikanische Kongress hat Ende der 1980er Jahre die *Agency for Health Care Policy and Research* (AHRQ) gegründet, um diese Missstände weiter zu erforschen.

Zur gleichen Zeit sorgten sich das Gesundheitsamt und die Bevölkerung von New York gleichermaßen über die fast fünffachen Unterschiede in Bezug auf die Sterblichkeitsrate bei Herzoperationen in New Yorker Krankenhäusern. Aus dieser Besorgnis heraus veröffentlichte das New Yorker Gesundheitsamt die ersten öffentlichen Berichte über chirurgische Ergebnisse von Herzoperationen.¹ In diesen Berichten wird die Leistung von Krankenhäusern in Bezug auf die Sterblichkeitsrate bei Herzoperationen im ganzen Bundesstaat veröffentlicht. Dies führte im Anschluss in akademischen Zirkeln zu einer breiten Diskussion über die Zielsetzung der US-amerikanischen Gesundheitspolitik.

Das *National Quality Forum* (NQF)² ist eine 1999 gegründete gemeinnützige Organisation mit dem Ziel, die Qualität der US-amerikanischen Gesundheitsversorgung zu verbessern. Das Forum arbeitet daran, nationale Ziele und Prioritäten für die Verbesserung der Gesundheitsqualität zu definieren, einen nationalen Konsens in Bezug auf diese Ziele aufzubauen und standardisierte Leistungskennzahlen für die Quantifizierung und Berichterstattung über die nationalen Bemühungen um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu befürworten. Eine NQR-Bestätigung ist somit zum „Goldstandard“ für Leistungsindikatoren im Gesundheitswesen geworden. Die Mitglieder des Forums umfassen eine Vielzahl von Interessengruppen, darunter Krankenhäuser, Gesundheitsdienstleister, Verbrauchergruppen, Einkäufer, Akkreditierungsstellen sowie Organisationen für Forschung und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. Der breite Umfang und die Vielfalt seiner Mitglieder haben ein umfassendes Verständnis der mit der Qualitätsverbesserung verbundenen Herausforderungen und die Entwicklung multidisziplinärer und kooperativer Lösungen ermöglicht, um diese zu bewältigen.³ Die Dauer der Entscheidungsprozesse für Qualitätssicherungsmessungen wurde dadurch erheblich verkürzt.

Im Jahr 1999, als Studien der *Agency for Health Care Policy and Research* und Forderungen des *National Quality Forum* (NQF) lauter wurden, veröffentlichte die Nationale Akademie der Wissenschaft – Institute of Medicine (IOM) zwei richtungsweisende Berichte. Beide Reports kamen in der Zusammenfassung zu einer klaren Aussage: Es gibt eine dringliche Notwendigkeit, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

- 1 Jha AK (2017): Public Reporting of Surgical Outcomes: Surgeons, Hospitals, or Both? *JAMA*. 2017;318(15): 1429–1430, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2656328>
- 2 <https://www.qualityforum.org/Home.aspx>
- 3 Marjoua, Y. & Bozic, K. J. (2012): Brief history of quality movement in US healthcare. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 5(4): 265–273, <https://doi.org/10.1007/s12178-012-9137-8>

Der erste Report: *To Err is human* (Irren ist menschlich)⁴ hat zum ersten Mal das Konzept „Qualität“ in wahrnehmbaren Zahlen beschrieben: Es wird angenommen, dass jedes Jahr etwa 100.000 Todesfälle im Krankenhaus auf medizinische Fehler zurückzuführen sind. Das war zu der Zeit eine ungeheuer große Zahl. Für ein besseres Verständnis dieser unfassbar großen Zahl haben Journalisten den reisefreudigen Amerikanern einen Vergleich vor Augen gehalten: Es wäre so, als würde jeden Tag ein Jumbojet mit Menschen verunglücken, und das 365mal pro Jahr.

Der Report „Irren ist menschlich“ hat des Weiteren zum ersten Mal das Konzept des „Schadens“ (*harm*) kategorisiert, und zwar in Unterbeanspruchung, Überbeanspruchung und Missbrauch. Schaden (*harm*) sei nicht einem fachärztlich oder pflegerisch tätigen Einzelnen zuzuordnen, sondern es handelt sich überwiegend um Fehler des Systems, in dem sich das klinische Personal bewegt. Dies war eine grundlegend neue Art, über medizinische Fehler zu kommunizieren. Die Konsequenz war, dass um Fehler oder Schaden zu vermeiden, Prozesse neu überdacht werden müssen; dabei aber müssen alle Beteiligten mithelfen, um diese zu verbessern.

In dem unmittelbar danach veröffentlichten zweiten Report *Crossing the Quality Chasm* (Überwindung des Qualitäts-Abgrunds)⁵ wurden sechs Ziele für die Verbesserung der Versorgung für eine *High-quality health care* (Hochwertige Gesundheitsversorgung) genannt: Eine solche Gesundheitsversorgung muss sicher, effektiv, effizient, zeitnah, patientenzentriert und gerecht sein. Auch dieser Report kam zum Ergebnis, dass Qualität eine Systemeigenschaft ist und nicht vom persönlichen Versagen Einzelner abhängt. Beide Berichte gelten in den USA als Startpunkt einer landesweiten Qualitätsverbesserung.

Zwischen 2000 und 2010 wurden etliche Projekte zur Verbesserung der Qualität gestartet – jedoch nur mit mäßigem Erfolg. Die wichtigste Folge dieser enorm verbreiteten Berichte war aber, dass sich Politik und Entscheidungstragende nicht mehr vor den Forderungen der Bevölkerung verschließen konnten. Sie mussten mit Gesetzen und Regeln im Gesundheitsbereich nachziehen, um das Gesundheitswesen in den aufgeführten Bereichen zu verbessern.

4 The Institute of Medicine of the National Academies (1999): *To err is human: building a safer health system*. Washington DC.

5 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2001): *“Front Matter.” Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century*. Washington, DC.

Der Fokus auf Qualität im Gesundheitswesen wurde mit der Verabschiedung des *Patient Protection and Accountable Care Act* (PPACA), der am 23. März 2010 von Präsident Obama unterzeichnet wurde, noch einmal betont. Das Gesetz enthält außerdem mehrere Bestimmungen, die darauf abzielen, die Versorgung der Medicare- und Medicaid-Patienten (Staatliche Krankenversicherung, knapp 1/3 der Patienten in den USA) und das Zahlungssystem durch die Leistungserbringer zu ändern, mit dem zentralen Ziel, die Qualität zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken und den Zugang zu erweitern. Die Endabsicht war, die ökonomische Fehlsteuerung und die damit verbundenen Qualitätsmängel und ungebremsten Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu korrigieren. Der *Accountable Care Act* (Obamacare) hat damit Krankenhäusern und Kliniken einen Weg vorgegeben, der Verbesserung der Qualität mit monetären Anreizen verband. Zum ersten Mal mussten Direktoren und Vorstände von Krankenhäusern und Krankenhausgruppen erkennen, dass die Konzentration auf medizinische Qualität kein notwendiges Übel ist, sondern dass es auch ökonomisch vorteilhaft (*good business*) sein kann. Diesen Punkt haben auch viele wissenschaftliche Studien belegt. Eine der wichtigsten Maßnahmen, die sich auf Qualität konzentriert, ist die Schaffung eines gemeinnützigen Instituts für die klinische patientenorientierte Ergebnisforschung (*Patient-Centered Outcomes Research Institute* – PCORI).⁶

Eine weitere Erkenntnis, die dem *Accountable Care Act* entsprang, war, dass Anreize (monetäre oder andere) oft nicht ausreichen, um eine Verbesserung der Qualität zu erzielen. In New York wurde das am Beispiel Sepsis erkannt. Als man die Daten der Sepsis-Sterblichkeit in New Yorker Krankenhäusern untersuchte, musste man erstaunt feststellen, dass es eine vierfache Varianz der Sterblichkeitsraten gibt. Die anschließende wissenschaftliche Erforschung der Therapie und Pflege der Sepsis hat gezeigt, dass ein protokollierter Ansatz zur Behandlung zu maßgeblichen Verbesserung der Sterblichkeitsrate führen kann. Wenn das der akzeptierte Standard der Behandlung ist und alle Mediziner und das klinische Personal diese Erkenntnis teilen, wie kann es dann zu einer so großen Varianz der Sepsis-Sterblichkeit kommen? Verschiedene Mediziner und Krankenhäuser haben versucht zu argumentieren, dass ihre Patienten viel kränker seien als die des Nachbarkrankenhauses. Als die Daten dahingehend untersucht wurden und eine Patientenrisiko-adjustierte Sterberate die gleiche Varianz zeigte, wurden weitere Argumente wie Personalmangel, Mangel an medizinischer Ausrüstung oder Geldmangel ins Spiel gebracht. Jedes dieser Argumente konnte durch Kennzahlen zurückgewiesen werden.

6 <https://www.pcori.org/>

Weiterer politischer Druck wurde durch Sepsis-Patientenorganisationen, wie etwa die *Rory Staunton Foundation* (Motto: Wir arbeiten daran, dem vermeidbaren Tod durch Sepsis ein Ende zu setzen)⁷, aufgebaut, die durch ihre guten Beziehungen in die Politik einen wichtigen Beitrag zu einer politisch/medizinischen Lösung beigetragen hat. Am Ende der öffentlichen Diskussion waren sich der damalige Gesundheitsminister und der Gouverneur von New York einig, dass nur gesetzliche Vorgaben dem Problem ein Ende bereiten können. Als Ziel wurde gesetzt, die Sterberate von Sepsis in New Yorker Krankenhäusern um 50 % zu reduzieren. Dafür verabschiedete man ein Gesetz, das jedem Krankenhaus vorschrieb, Protokolle zur Erkennung und Behandlung von Sepsis zu erstellen, das Personal in diesen Protokollen zu schulen und Sepsis-spezifische Daten zur Auswertung dem Gesundheitsamt zu übermitteln. In den letzten Jahren ist die Sepsis-Sterblichkeitsrate in New Yorker Krankenhäusern dramatisch gefallen. Im Jahr 2014, als das Gesetz verabschiedet wurde, betrug die Sepsis-Sterblichkeitsrate 32 %. In dem letzten Jahr kurz vor der Pandemie 2020 war die Sepsis-Sterblichkeitsrate in New Yorker Krankenhäusern bereits auf 19,5 % gefallen. Diese Daten werden jedes Jahr vom New Yorker Gesundheitsamt veröffentlicht und sind öffentlich einsehbar.

Die Frage, ob gesetzliche Regelungen zur Qualitätsverbesserung einen Platz in der Gesundheitspolitik haben, ist durch das New Yorker Sepsis-Beispiel und weitere Exempel aus anderen Ländern klar zu befürworten. Der Gesetzgeber muss dringend übergreifende und einheitlich verbindliche Qualitätssicherungsmaßnahmen einführen, um einen einheitlichen Standard der Behandlung zu gewährleisten. Die COVID-19-Pandemie hat weltweit allen Beteiligten vor Augen geführt, wo die Schwächen der jeweiligen Gesundheitssysteme liegen. Digitalisierung (*e-Health*) und elektronische Patientenakten für die Nutzung im ambulanten und stationären Bereich müssen schnellstmöglich umgesetzt werden. Die Amerikaner haben einen bekannten Spruch für die Qualitätsmessung: *You can't improve what you can't measure* (Man kann nicht verbessern, was man nicht messen kann). Diese Messungen müssen digital erfolgen, um schnellstmöglich Einblicke gewinnen und Entscheidungen treffen zu können. Es bleibt zu hoffen, dass die Bevölkerung diese Maßnahmen auch einfordert, denn die bereits seit langem bestehenden Schwächen und Fehlanreize in Pflege und Versorgung wurden durch COVID-19 nur verstärkt.

7 <https://www.endsepsis.org/>

AUFBAU INTERNER EVIDENZ IN DER PERSÖNLICHEN BEGEGNUNG: BILDUNG IN DEN GESUNDHEITSFACHBERUFEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Johann Behrens

Fachkräftemangel und Akademisierungsrückstand

Unbesetzte und mangelnde Stellen in Pflege und Therapie verschlechtern Arbeitsbedingungen. Und schlechte Arbeitsbedingungen lassen den Beruf meiden und verstärken den Personalmangel. In diesem Teufelskreis richteten sich früh Hoffnungen auf die Akademisierung: Im Gegensatz zu Deutschland führt in den meisten europäischen Ländern der Hauptweg, wenn nicht der einzige Weg zur registrierten Berufsankennung als Professionsmitglied im pflegerischen, therapeutischen (z. B. ergo-, physiotherapeutischen, logopädischen), Hebammen- oder diagnostisch-technischen Gesundheitsfachberuf über ein primärqualifizierendes Hochschulstudium mit Bachelor-Abschluss als Basisqualifikation. Spezialisierte Kompetenzprofile in Pflege und Therapie (ANP, Specialized Nurses, fortgebildete Therapierende) erfordern zusätzlich einen weiterbildenden Master, den z. B. in Schweden 50 % der pflegerisch-therapeutischen Professionsmitglieder erworben haben. Das trifft nicht nur auf die großen Länder Großbritannien spätestens seit 2012/13 und Frankreich seit 2009/10 zu. Selbst in der deutschsprachigen Schweiz ist der Zugang zu therapeutischen Berufen nur über ein Hochschulstudium möglich. Auch für die Länder, die den Beitritt zur EU erhoffen wie die des Westbalkans, ist der Weg über die Hochschule selbstverständlich (siehe Lehmann et al. 2014, Lehmann & Behrens 2016). Dass fast überall in Europa die Bildung zu den Gesundheitsfachberufen im tertiären Bildungssektor verortet ist (nur für die vielen Assistenzpositionen nicht), in Deutschland aber im sekundären Bildungssektor, hat in der EU zu der Frage geführt, ob Deutschland überhaupt Fachpflegende und Therapeutinnen im europäischen Sinne (Europäischer Qualifikationsrahmen Niveau 6) habe. Es hat außenpolitisch erheblicher diplomatischer Anstrengungen und diplomatischer Kunstgriffe Deutschlands bedurft, bis diese Frage in der EU bejaht wurde und die Beschränkung grenzüberschreitender beruflicher Mobilität für in Deutschland ausgebildete Gesundheitsfachberufe weitgehend abgewendet werden konnte.

Ist jede Akademisierung allein schon die Lösung?

Hier soll es – Deutschland könnte ja mit seinem Sonderweg recht haben – um die Doppelfrage gehen, ob die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe in den europäischen und angelsächsischen Ländern a) zu einer besseren Professionsqualität der Leistungen für Pflegebedürftige und Patient*innen und b) zu einer höheren Attraktion des Berufs und längerer Verweildauer im Beruf, also zur Verringerung des Fachkräftemangels führte, weil, wie viele annahmen, Pflege- und Therapiestudiengänge so attraktiv würden wie z.B. Psychologie. Die beiden Teile der Doppelfrage sind logisch auseinander zu halten, weil die zweite Hälfte durchaus verneint werden kann, selbst, wenn die erste zu bejahen ist. So scheint es zu sein, wenn auch die Empirie durchaus lückenhaft ist (vgl. Lehmann & Behrens 2016): Auch nach der Akademisierung wird in den meisten EU-Ländern der Fachkräftemangel weiterhin beklagt (Lehmann & Behrens 2016, S. 55–66). Auch akademisch Ausgebildete verlassen den Beruf. Selbstverständlich kann man methodisch statistisch keinesfalls ausschließen, dass ohne Akademisierung in Europa und Amerika noch weniger Absolvent*innen mit Hochschulzugangsberechtigung einen Pflege- oder Therapieberuf gewählt hätten. Schließlich erwarben in den letzten Jahrzehnten nahezu 40 % eines jeden Jahrgangs eine Hochschulzugangsberechtigung. Aber generell gilt: Wenn auch die Aufnahme der Ausbildung durch die akademische Anerkennung der Tätigkeit gesteigert worden sein kann, so kompensiert diese Anerkennung nicht notwendig im Voraus die spätere Frustration durch Arbeitsbedingungen (zu den Arbeitsbedingungen Lehmann & Behrens 2016). Deswegen erhöhen erst die Änderungen der Arbeitsbedingungen in einigen ‚Magnet‘-Einrichtungen die Anziehungskraft und Verweildauer im Beruf.

Welche Akademisierung erhöht die Fähigkeit zum Aufbau interner Evidenz in der Begegnung?

Deutlicher und günstiger sieht die Antwort auf die erste Fragehälfte aus, ob die Akademisierung zu besserer Professionsqualität führe. Höhere formale Qualifikation der Fachpflegenden korreliert mit geringerem Risiko der Patientinnen und Patienten, im Krankenhaus oder Pflegeheim zu sterben oder Komplikationen zu erleiden (z.B. Aiken et al. 2014). Ein noch wichtigerer Aspekt ergibt sich aber durch das Kernthema dieses „Denkanstoßes“: Care in persönlicher Begegnung. Einige von deren Bedingungen änderten sich entscheidend. Schon immer waren Pflegenden und Therapierende viel länger und regelmäßiger als das ärztliche Fach-

personal mit den zu behandelnden Personen zusammen. Und schon lange durften sie – auch in Deutschland – ärztliche Verschreibungen keinesfalls ungeprüft abarbeiten, sondern bereits die so genannte deutsche ‚Durchführungsverantwortung‘ verlangte von ihnen, die Angemessenheit der ärztlichen Verschreibung und ihre Konkretisierung vorher zu prüfen. Das gilt für den in Europa und Amerika verbreiteten Direktzugang der Erkrankten zu Fachpflegenden und Therapierenden keinesfalls weniger. Daran hat sich nichts geändert. Was neu hinzukam, ist das Internet. Während noch vor 25 Jahren Zeitschriften mit neuen Erkenntnissen bei wenigen Vorgesetzten im Büro lagen und tatsächlich eine Informationsasymmetrie zwischen ihnen und ihren Patientinnen und Patienten und anderen Berufsgruppen begründeten, finden sich heute einerseits jährlich mehr als eine Million Berichte von Wunderheilungen oder Pflege-Strategien, aber eben auch Cochrane-Reviews im Internet. Sie werden besonders von den Betroffenen chronischer Erkrankung und von Pflegebedürftigkeit und vor allem ihren Angehörigen ebenso gelesen, wie sie allen Pflegenden und Therapierenden zugänglich sind. Knapp ist nur noch die entscheidende Fähigkeit, diese unendlich vielen Mitteilungen zu mustern und in einem höchstindividuellen Fall zu nutzen für die selbstbestimmte Teilhabe am Leben der Gesellschaft, wie § 1 SGB IX das Ziel rehabilitativer Therapie und Pflege definiert. Viele Pflege- und Therapiebedürftige erwarten genau das von ihren Fachpflegenden und Therapierenden: Dass sie sich mit ihnen niedersetzen und in der Begegnung mit ihnen gemeinsam die Therapien und Pflegestrategien aus den Informationen der Welt methodisch herausarbeiten, die für ihre höchstindividuellen, selbstbestimmten Teilhabeziele passen. Dazu müssen Therapierende und Fachpflegende die in Studien wohldokumentierten Erfahrungen der Welt (also die „externe Evidenz“) beurteilen können, aber vor allem ihre Klient*innen beim Aufbau der „internen Evidenz“ ihrer Teilhabeziele, ihrer Wahrnehmung und ihrer sozialräumlichen Ressourcen und Barrieren unterstützen können. Es sind oft schwere Probleme individuell präzise zu formulieren und schwere Entscheidungen zu treffen. Sie sind nicht abfragbar, sondern oft nur in der persönlichen Begegnung zu klären. Das in Studien dokumentierte Wissen der Welt, die externe Evidenz, liegt dabei überwiegend in Häufigkeitsverteilungen in Populationen vor. Keine Statistiker*in würde aus solchen Häufigkeitsverteilungen die Entscheidung im Einzelfall ableiten. Immer ist interne Evidenz für persönliche Bedarfe und Koordinationen aufzubauen. Zu Recht auch fordern Ganten et al. (2021, S. 23) nicht nur für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, dass gerade „Menschen mit einem erhöhten Exklusionsrisiko“ an der „Entwicklung, Durchführung und Translation von Forschungsprozessen“ teilhaben. Das ist ein hoher Anspruch an den Aufbau und den Austausch interner Evidenz (Ganten et al. 2021, S. 23; Behrens 2019). Ob „Digitalisierung“ etwas zum UN-Nachhaltigkeitsziel 3

„Gesundheit und Wohlergehen“ beiträgt, ist keineswegs ausgemacht und hängt stark von ihrer politischen Gestaltung ab (Kompendium 2021, S. 211–228).

Wer braucht diese Kompetenz?

Genau diese Forschungs- und Beziehungsfähigkeit, nämlich unter Nutzung externer Evidenz den Aufbau persönlicher interner Evidenz in der Begegnung zu unterstützen, wird in vielen europäischen Ländern als Grund für ein primärqualifizierendes BSc-Studium und ein weiterbildendes MSc-Studium der Gesundheitsberufe angeführt. Auch der deutsche Wissenschaftsrat sieht das so (WR 2013). Umgekehrt heißt das selbstverständlich, wenn ein Studium diese Fähigkeit nicht aufbaut, fehlt dieses wichtige Element für zu behandelnde Personen (Behrens 2019). Und wie viele Fachpflegende und Therapierende müssen diese Fähigkeit erwerben? Das ist nicht schwer zu beantworten: Alle, die sich mit ihren Patientinnen und Patienten in der Begegnung zum Aufbau interner Evidenz austauschen (WR 2013, Behrens 2019). Es macht keinen Sinn, selbständig wirkende Fachpflegende und Therapierende perspektivisch in solche mit BSc und ohne BSc zu unterscheiden, wenn sich die Anforderung aus der Begegnung mit den Betroffenen ergibt. Dabei ist der BSc nur die Grundqualifikation. Weitergehende Kompetenzen, z. B. konsiliarische und spezialisierte, verlangen international MSc-Studiengänge.

Wie erwirbt man diese Kompetenz?

Wie erwirbt man diese Fähigkeit, also diese individuelle Professionalisierung? Weniger durch Auswendiglernen im Voraus (denn Menschen sind, wie Bloch sagte, wenig zur vorsorglichen Abspeicherung von Wissen wie Nescafépulver geeignet, das erst nach Jahren durch Praxis verflüssigt wird) als vielmehr durch die Reflexion und Supervision der eigenen Begegnungen mit Patientinnen und Patienten. Hier sind manche Usancen der europäischen Nachbarländer nicht unbedingt zu übernehmen. Einige Länder unterscheiden zwischen langen Phasen frühen hochschulischen (Auswendig-)Lernens, in denen die praktischen Begegnungen der Auszubildenden mit Pflegebedürftigen und Patientinnen nicht supervidiert werden – und später oder paralleler praktischer klinischer Tätigkeit, nicht selten nach dem Studium als eine Art Referendariat, in dem Begegnungen auch nicht unbedingt reflektiert, sondern schlicht absolviert werden. Das Verhältnis wird überall sprachlich falsch als Theorie-Praxis-Problem bezeichnet, als sei der Mensch überhaupt fähig, ohne eine (zuweilen falsche) Theorie praktisch zu handeln. Eine Praxis ohne

implizite Theorie gibt es nicht. Was es in diesen Ländern wie zum Teil in Deutschland gibt, ist die Unterscheidung zwischen „Theorie-Lehrenden“, die ohne Reflexion der Praxis auf Klausuren vorbereiten, und „Praxis-Anleiterinnen“, die sagen, wo es langgeht. Das ist keinesfalls zielführend oder gar vorbildlich, im Gegenteil. In medizinischen Fakultäten gibt es diese Unterscheidung zwischen Theorie-Lehrenden und Praxisanleitenden nicht so strikt. Sondern die Professorin oder der Professor, die/der die Vorlesung hält, operiert und therapiert auch und wird von ihren/seinen Studierenden dabei beobachtet. Die Professorin/der Professor ist Praxisanleiter*in. Das ist eine bessere Voraussetzung für eine Reflexion der Praxis.

Reicht Akademisierung? Nicht ohne Änderung der Arbeitsorganisation

Nun kann auf die zweite Frage nach der nachhaltigen Anziehungskraft der Berufe zurückgekommen werden. Auch hier ist von Schweden, den Niederlanden, Großbritannien und Kanada viel zu lernen. Da ein Studium nicht spätere Frustrationen im Beruf im Voraus kompensieren kann, unternehmen die genannten Länder erhebliche Anstrengungen, um die in BSc und MSc gebildeten Pflege- und Therapiefachleute als Steuernde ihrer Prozesse einzusetzen, und zwar sowohl in multiprofessionellen Pflege- und therapeutischen NPLC-Teams der Primärversorgung (in der jedes Professionsmitglied verantwortlich ist für das, was es tut, vgl. für Deutschland Behrens Langer 2004, 2022) als auch in Magnetkrankenhäusern und pflegerischen Langzeiteinrichtungen mit klarem „Scope of Practice“. Technische Voraussetzungen liegen dafür auch in Deutschland vor (Ganten et al. 2021), sektorenübergreifende, arbeitsorganisatorische Nutzungen hängen allerdings systematisch nach (Behrens 2019, 2021). Obwohl viele der untersuchten Staaten ähnlich wie Deutschland durch hochkomplexe, historisch zerklüftete Gesundheitssysteme gekennzeichnet sind, entwickelten die genannten Länder relativ kohärente Strategien, die Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Arbeitspolitik vereinigen, wie es Deutschland bei den Familienhebammen mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen versucht (Lehmann & Behrens 2016).

Bildungsdurchlässigkeit und Bildungssackgassen

Dabei erweist sich Bildungsdurchlässigkeit als zentral, deren Mangel jahrzehntelang den Unterschied zwischen Deutschland und seinen angelsächsischen Nachbarn in der Entwicklung der Gesundheitsberufe zementierte. Während Deutschland noch am Ende der Grundschule folgenreich über Bildungszukunftsfte entschied,

erwarben in den angelsächsischen Ländern schon lange auch Endvierziger Masterabschlüsse. Es muss auch eine Person, die in ihrer Jugend den Hauptschulabschluss verweigerte, Professorin werden können – nur nicht in einem Schritt. Stipendien und Vergütung von Praktika lösen in allen diesen Ländern das Problem, dass Studierende auch in der Pflege- und Therapiewissenschaft wegen ihrer professionsbildenden Praktika keine Zeit haben zu jobben.

LITERATUR

Aiken, L. H.; Sloane, D. M.; Bruyneel, L. et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: *The Lancet*, Volume 383, Issue 9931, 1824–1830.

Behrens, J. (2019): *Theorie der Pflege und der Therapie*, Bern/Oxford.

Behrens, J. (2021): Unter welchen Bedingungen trägt ‚Digitalisierung‘ etwas bei zum UN-Nachhaltigkeitsziel 3 ‚Gesundheit und Wohlergehen‘, in: Schmiedchen, F., Kratzer, K. P.; Link, J. S. A.; Stapf-Finé, H. (Hrsg.): *Wie wir leben wollen. Kompendium zu Technikfolgen von Digitalisierung, Vernetzung und Künstlicher Intelligenz*. Berlin, S. 211–228, 309–310.

Behrens, J. & Langer, G. (2004 und 2022): *Evidence based Nursing and Caring. Vertrauensbildende Entzauberung der ‚Wissenschaft‘. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Band 1 (2004) und Band 5 (2022)*. Bern/Oxford.

Ganten, D.; Löhnig, M.; Rutert, B. & Siegmund, B. (2021): *Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg*. Berlin (= Denkanstöße aus der Akademie 8, Dez/2021).

Kompendium (2021): Schmiedchen, F., Kratzer, K. P.; Link, J. S. A.; Stapf-Finé, H. (Hrsg.) (2021): *Wie wir leben wollen. Kompendium zu Technikfolgen von Digitalisierung, Vernetzung und Künstlicher Intelligenz*. Berlin.

Lehmann, Y.; Beutner, K.; Karge K. et al. (2014): *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich*. Bonn/Berlin und Gütersloh.

Lehmann, Y. & Behrens, J. (2016): *Akademisierung der Ausbildung und weitere Strategien gegen Pflegepersonal-mangel in europäischen Ländern*, in: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S. et al. (Hrsg.), *Pflegereport 2016*. Stuttgart: Schattauer.

Memorandum Pflegeforschung (2020): Behrens J, Goerres S, Schaeffer D, Bartholomeyczik, S, Stemmler R mit 1700 PflegeexpertInnen. Halle.

Radbruch, A. & Reinhart, K. (Hrsg.) (2021): *Nachhaltige Medizin*. Berlin (= Denkanstöße aus der Akademie 5, Juli/2021).

MITEINANDER UND VONEINANDER LERNEN: GEMEINSAMER KOMPETENZERWERB DER GESUNDHEITSBERUFE ALS VORAUSSETZUNG ERFOLGREICHER TEAMARBEIT

Günter Ollenschläger und Sylvia Säger

Die aktuellen und künftigen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung lassen sich nur durch konsequente interprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe meistern (BMG 2021; Walkenhorst et al. 2015; SAW 2020). Allerdings ist der Mangel an Interprofessionalität auch heute noch ein grundsätzliches Problem in den Gesundheitssystemen des deutschsprachigen Raums (Altin et al. 2014; Ewers & Reichel 2017; Gurtner & Wettstein 2019). Die aktuelle Situation ist insbesondere durch hierarchische Strukturen und eine deutliche Trennung von Verantwortungsbereichen geprägt – Schlagwort „Silodenken“ (Frenk et al. 2010; SVR 2012; Schaeffer & Hämel 2018).

Vor allem der Übergang aus dem stationären in den ambulanten ärztlichen, pflegerischen oder rehabilitativen Bereich stellt seit jeher eine mit Versorgungsbrüchen einhergehende Schnittstelle dar (SVR 2018). Die konsequente Trennung der Verantwortungsbereiche führt zu einer unzureichenden interprofessionellen Kommunikation und auch zu fehlender gegenseitigen Anerkennung, zum Beispiel in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden, therapeutischen Berufen und Ärzteschaft.

Vor diesem Hintergrund forderte der Sachverständigenrat Gesundheit bereits 2007 eine verstärkte Kooperation der Gesundheitsberufe (SVR 2007), ohne dass dies bis heute zu generellen Verbesserungen führte. Die in diesem Zusammenhang genannten Defizite sind noch nicht einmal in Ansätzen behoben:

- Die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen.
- Hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und der Pflege, besteht ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit.
- Die interprofessionelle Leitlinienerstellung ist zu wenig ausgeprägt, wodurch Zusammenarbeit und Delegation erheblich erschwert werden.

- Es zeigt sich eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung und
- die Ausbildungen der Gesundheitsberufe bereiten nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vor (SVR 2018).
- Die interprofessionelle Kommunikation ist streng hierarchisch geprägt und nicht interprofessionell sach- oder problemorientiert.

Seit 2013 gibt es geförderte Modellprojekte des interprofessionellen Lernens und Lehrens (Nock, 2020) und auch im Pflegeberufereformgesetz von 2017 ist in § 5 Absatz 3 gefordert, dass die Ausbildung unter anderem dazu befähigen soll, „interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen“ (PflBRefG 2017, S. 2583). In der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe wurde hierfür eine wichtige Voraussetzung gesehen, denn ihr wichtigstes Ziel ist die Verbesserung des beruflichen Handelns. Zu einer damit verbundenen Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit hat dies jedoch bisher noch nicht geführt, da der Anteil der Personen mit Hochschulischer Qualifizierung im Berufsfeld noch zu gering ist (Wissenschaftsrat (Hrsg.) 2023).

Nach wie vor besteht also die Herausforderung darin, die Kooperation der verschiedenen Gesundheitsprofessionen und die hierfür notwendigen Kompetenzen zu verbessern (Behrend et al. 2020; Spiegel-Steinmann et al. 2021). Dies wird allerdings nicht gelingen, solange den nichtärztlichen Gesundheitsberufen eine ihrer Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung entsprechende Stimme im Gesundheitswesen, in der Gesundheitspolitik und in der akademischen Ausbildung verwehrt bleibt (Igl 2021; Bündnis Therapieberufe 2020).

LITERATUR

- Altin, S. V.; Tebest, R.; Kautz-Freimuth, S. et al. (2014): Barriers in the implementation of interprofessional continuing education programs – a qualitative study from Germany. *BMC Med Educ* 14, 227, <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-227>
- Behrend, R.; Maaz, A.; Sepke, M.; Peters, H. (2020): Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019*. Berlin, Heidelberg, https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_16
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2021): Kategorien der Gesundheitsberufe: Geregelte Berufe, Heilberufe. Berlin, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html>
- Bündnis Therapieberufe (2020): Stellungnahme zu den Eckpunkten „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe der Bund-Länder-Arbeitsgruppe“ (März 2020), https://buendnis-therapieberufe.de/wp-content/uploads/2020/11/Stellungnahme_Buendnis_Therapieberufe-Eckpunktepapier.pdf
- Ewers, M; Reichel, K. (Hrsg.) (2017): *Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen Berlin: Das Projekt interTUT*. Working Paper No. 17-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin, https://igpw.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/igpw/Publikationen/Working-Paper/WP_17-01.pdf
- Frenk, J.; Chen, L.; Bhutta, Z. A. et al. (2010): Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756):1923–1958, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Gurtner, S.; Wettstein, M. (2019): *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung*. Bern. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M5-anreize.html>
- Igl, G. (2021): Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung: Stärkung der Gesundheitsfachberufe in Ausbildung, Beruf und ihrer Stellung im Gesundheitswesen. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg): *Neustart! für das Gesundheitsrecht. Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung*. Stuttgart, S. 41–48, https://www.neustart-fuer-gesundheit.de/sites/default/files/documents/2021-06/2021_Neustart%21%20f%C3%BCr%20das%20Gesundheitsrecht.pdf

- Nock, L. (2020): Interprofessionelles Lehren und Lernen in Deutschland. Entwicklung und Perspektiven. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/interprofessionelles-lehren-und-lernen-deutschland-entwicklung-und-perspektiven>
- PfIBRefG [Pflegerberufereformgesetz] (2017): Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (§9 Absatz 3 des Gesetzes v. 17.07.2017,) Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49.
- Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Bonn, <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2007/>
- Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Nr. 779. Berlin. <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2020): Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Bern, <https://doi.org/10.5281/zenodo.3865147>
- Schaeffer, D.; Hämel, K. (2017): Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung; zitiert in DBfK Bundesverband e.V. (Hrsg): Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Berlin 2018, S. 36. <https://www.dbfk.de/media/docs/CHN/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>
- Spiegel-Steinmann, B.; Feusi, E.; Wieber, F.; Huber, M. (2021): WIPAKO® Winterthurer Interprofessionelles Ausbildungskonzept Kommunikation und Kooperation in Gesundheitsberufen: Konzept, Entwicklungsprozess und Implementierung. GMS J Med Educ 2021;38(3):Doc64. doi: 10.3205/zma001460
- Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Berlin. <https://dserver.bundestag.de/btd/17/103/1710323.pdf>
- Walkenhorst, U.; Mahler, C.; Aistleithner, R. et al. (2015): Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“. GMS Z Med Ausbild 2015;32(2): Doc22 <https://dx.doi.org/10.3205/zma000964>
- Wissenschaftsrat (Hrsg.) (2023): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe: Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. (Drs. 1548-23), Oktober 2023, <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23.html>

TEILGEBIETE DER PFLEGE VON BESONDERER RELEVANZ

KINDERKRANKENPFLEGE IN DEUTSCHLAND – PLÄDOYER FÜR EINEN ZEITNAHEN INNOVATIONSSCHUB

Annette Grüters-Kieslich

Der demografische Wandel in Deutschland mit der Zunahme älterer Menschen und Hochbetagter in der Gesellschaft bei gleichzeitigem Rückgang der Geburtenraten erzeugt einen immensen Handlungsdruck zu umfassenden Reformen des Gesundheitssystems insbesondere in der Pflege. Dies zudem vor dem Hintergrund, dass der Pflegeberuf von Berufsanfängerinnen und -anfängern zunehmend als wenig attraktiv angesehen wird und ausgebildete Pflegekräfte den Beruf aufgrund der großen Belastungen verlassen. Die Gründe für diese Situation beruhen nicht nur auf der schlechten Bezahlung von Pflegekräften, sondern sind vielschichtig, da die Gründe auch vom Gesundheitssystem, dem Management der Kliniken und der Politik lange ignoriert wurden. Schon vor der Pandemie war die Situation so kritisch, dass signifikante Kapazitäten in Kinderkliniken nicht genutzt werden konnten, da kein ausreichendes Pflegepersonal vorhanden war und offene Stellen nicht besetzt werden konnten. In der Intensivpflege waren dies in den Wintermonaten teilweise bis zu 20 % der Betten, so dass es immer wieder Engpässe für die Aufnahme schwerstkranker Kinder gab. Diese Situation führte zu einer öffentlich geführten Debatte über die Notwendigkeit einer sofortigen Verbesserung der Situation der Pflege in der Kinder- und Jugendmedizin. Die Forderung nach einer Verbesserung umfasst auch die Forderung nach einer eigenständigen Ausbildung, da durch den Fortschritt in der Medizin in einer zunehmend spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin neue Anforderungen an die Pflege gestellt werden. Dies steht jedoch im Konflikt mit dem Mangel an Pflegefachkräften insgesamt, der durch die Pandemie in dramatischer Weise offengelegt wurde und der eine Ausbildung mit flexiblen Einsatzorten der zu wenig vorhandenen Pflegekräfte notwendig erscheinen lässt.

Rückblick auf die Entwicklung der Kinderkrankenpflege in Deutschland

Die Kinderkrankenpflege hat sich seit Beginn des 20. Jahrhunderts bis heute zu einer selbständigen Disziplin entwickelt. Auf Grund der hohen Säuglingssterblichkeit und zunehmender Werkstätigkeit von Müttern war es notwendig, dass speziell ausgebildete Pflegekräfte nicht nur die Pflege erkrankter Kinder übernahmen, sondern es ging auch darum, die Mütter in der Pflege nicht erkrankter

Kinder anzuleiten und Erkrankungen vorzubeugen, die die Grundlage der hohen Säuglingssterblichkeit waren. Hierbei nahmen vor allem die Vermeidung von Infektionen sowie das Stillen und die gesunde Ernährung von Kindern eine zentrale Rolle ein. Mit anschaulichen Informationsmaterialien wie der *Säuglingspflegefibel* (Zerwer 1926), und dem *Atlas der Hygiene des Säuglings- und Kleinkindes* (Langstein/Rott 1922) und auch mit aufsuchender Hilfe in den Haushalten, die durch Kinder ein hohes Armutsrisiko hatten, setzten die „Säuglingspflegerinnen“ einen, wie man es heute formulieren würde, umfassenden *Public-Health*-Ansatz um. Innovative Einrichtungen waren die Säuglingsfürsorgeeinrichtungen, wie das in Berlin 1907 unter der Schirmherrschaft von Kaiserin Auguste Viktoria errichtete *Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus* (KAVH), der späteren Universitätskinderklinik der Freien Universität. Für die Ausbildung in der Säuglings- und Kinderpflege entstanden seit Beginn des 20. Jahrhunderts dann zunehmend Kinderabteilungen und Kinderkrankenhäuser, die auf die Behandlung von Säuglingen und Kindern spezialisiert waren. In Preußen erfolgte 1917 die erste staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen, und 1927 wurde der Reichsverband der Säuglings- und Kleinkinderschwestern gegründet, der aber bereits 1934 durch das NS-Regime wieder aufgelöst wurde. Nach dem 2. Weltkrieg wurde mit dem ersten Krankenpflegegesetz der BRD die dreijährige Ausbildung zur „Kinderkrankenschwester“ geregelt, und auch in der DDR gab es bis 1990 eine staatlich geregelte eigenständige Ausbildung in der Kinderkrankenpflege. Die Kinderkrankenpflege in Deutschland greift damit auf eine lange Tradition zurück, die im Gegensatz zu anderen Pflegeberufen von Beginn an auch die Prävention und Gesundheitsförderung im Fokus hatte und einen familienzentrierten Ansatz verfolgte. Diese Inhalte sind auch heute noch von größter Bedeutung und ihre Berücksichtigung in der Ausübung der Pflegeberufe hat nicht an Bedeutung verloren. Sie kann im Gegenteil eine zukunftsweisende Entwicklung für das Gesundheitssystem darstellen.

Berufsbild der Kinderkrankenpflege heute

Die Krankheitsmechanismen im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich grundlegend von denen im späteren Leben. Sie sind durch eine höhere Rate genetisch bedingter und seltener Erkrankungen, die Unreife physiologischer Prozesse, insbesondere des Immunsystems, und den noch im Wachstum befindlichen Organen und ihrer Adaptation bzw. noch andauernden Differenzierung charakterisiert. Bei im Vergleich zur Erwachsenenmedizin deutlich geringeren Fallzahlen der einzelnen Krankheitsentitäten ist eine wirtschaftlich auskömmliche und gleichzeitig qualitätsgesicherte Krankenversorgung in den Kinderkliniken unter

den derzeit gegebenen Bedingungen kaum noch möglich, unter anderem da für die Versorgung erkrankter Kinder deutlich höhere Personalressourcen im Pflegedienst erforderlich sind, die jedoch im DRG-System nicht adäquat berücksichtigt sind. Die berufliche Tätigkeit von Pflegenden in der Kinder- und Jugendmedizin umfasst dabei ein breites Spektrum der internistischen (z.B. Onkologie) und chirurgischen (z.B. Fehlbildungschirurgie) Subdisziplinen der Pädiatrie, von der Neonatologie einschließlich der Frühgeborenenpflege bis zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, von der Akut- und Intensivmedizin bis zur Sozialpädiatrie und Palliativmedizin, von der ambulanten Praxis bis zur aufsuchenden Hilfe und dem Öffentlichen Jugendgesundheitsdienst. Der Beratung, Anleitung und Begleitung von Eltern kommt ein hoher Stellenwert zu, ebenso wie der empathischen Zuwendung zu Kindern und Jugendlichen – insbesondere wenn eine Erkrankung erhebliche körperliche, mentale oder psychische Einschränkungen mit sich bringt. Zudem muss den rasanten Fortschritten in der Forschung, der Therapie und der Technologie kontinuierlich Rechnung getragen werden. Daraus resultieren in der Ausbildung und beruflichen Weiterbildung in der Kinderkrankenpflege besondere Anforderungen, die ebenfalls berücksichtigt werden müssen.

Zur aktuellen Situation in der Ausbildung und im Beruf

Seit 2007 wurde eine grundlegende Ausbildungsreform der Pflegeräte diskutiert. Diese hatte auch eine Grundausbildung aller Auszubildenden an Hochschulen mit der Möglichkeit einer anschließenden Spezialisierung zum Inhalt und sollte damit der geltenden EU-Richtlinie entsprechen. Das Pflegeberufegesetz (PfbG) wurde erst nach längerer Debatte 2017 verabschiedet und trat am 1. Januar 2020 in Kraft (Cramer/Wingenfeld 2014). Es beinhaltet im Kern den Fortbestand der beruflichen Pflegeausbildung und eben keine akademische Grundausbildung mit fünf gleichwertigen Vertiefungseinsätzen in der praktischen Ausbildung, etwa für die Kinderkrankenpflege. Die akademische Erstausbildung wird jedoch als paralleler Ausbildungsansatz ermöglicht. Auszubildende mit einem entsprechenden pädiatrischen Vertiefungseinsatz in der praktischen Ausbildung können dann im letzten Ausbildungsdrittel weiterhin durch Schwerpunktsetzung die speziellen Berufsabschlüsse zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum Kinderkrankenpfleger erwerben. Gegen diese Regelung gab es im Vorfeld der Gesetzesreform und auch weiterhin erhebliche Kritik aus der Kinder- und Jugendmedizin und aus den Vertretungen der Kinderkrankenpflege. Laut der Kritik sei zwar der Forderung nach einer eigenständigen Berufsbezeichnung stattgegeben worden, aber die inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung in der Ausbildung greife für die

Anforderungen zu kurz. Pflegekräfte mit einem pädiatrischen Vertiefungsansatz und geringen praktischen Erfahrungen würden in der Berufsausübung den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern gleichgestellt. Somit wird ein hoher Qualitätsverlust in der Kinderkrankenpflege erwartet. Die garantierte praktische Vertiefungsmöglichkeit in der Pädiatrie bedeutet für die Träger der praktischen Ausbildung und die gering vorhandenen Kapazitäten in den Kinderkliniken schwierige logistische Herausforderungen, insbesondere für die dort tätigen bereits immens belasteten Pflegekräfte, ohne dass durch die zeitliche Limitierung der Einsätze ein qualitätsgesichertes Ziel der Ausbildung erreicht werden könnte.

Darüber hinaus können aufgrund der nur wenig vorhandenen Zeit in der theoretischen Ausbildung nicht alle für eine Versorgung auf hohem Niveau erforderlichen Kenntnisse vermittelt werden. Sowohl die Diversität der Aufgaben in der pädiatrischen Pflege als auch die qualifizierte Anwendung neuer Methoden und Technologien bei sich noch in Entwicklung befindlichen und nicht einwilligungsfähigen Individuen erfordern eine besonders verantwortliche Sicht auf den Beruf und seine Ausbildung. Es erscheint fraglich, ob die derzeitige Ausbildung diesem Anspruch gerecht werden kann.

So könnte das von der Gesetzgebung angestrebte Ziel, durch eine sogenannte „generalistische“ Ausbildung ein wichtiges Instrument in der Bewältigung des Pflegefachkraftmangels zu schaffen (indem mehr Karrierechancen für Auszubildende eröffnet werden, da sie die Fachbereiche innerhalb der Pflege wechseln können), geradezu konterkariert werden, und die aktuelle Situation in der Pflege der Kinder- und Jugendmedizin kann sich dadurch sogar noch weiter verschlechtern. Denn junge Menschen, die gezielt eine sinnerfüllende berufliche Tätigkeit mit Kindern anstreben, können von einer Ausbildung abgehalten werden, wenn sie in den ersten beiden Ausbildungsjahren überwiegend andere Inhalte erlernen und auch überwiegend praktische Einsätze in der Erwachsenen- und Altenpflege haben. Erste Umfragen unter Auszubildenden haben ergeben, dass dies kein unwahrscheinliches Szenario ist. Die für 2025 geplante Evaluierung der Auswirkungen des Pflegeberufereformgesetzes, die möglicherweise pandemiebedingt erst später erfolgen kann, sollte daher nicht abgewartet werden. Vielmehr sollten bereits jetzt alternative Aus- und Weiterbildungskonzepte für die Kinderkrankenpflege entwickelt werden. Vertiefungen sollten bereits während der Ausbildung verpflichtend angeboten werden, da man sich aufgrund der allgemeinen Pflege-mangelsituation nicht allein auf berufsbegleitende Weiterbildungen nach der allgemeinen Ausbildung in spezialisierter pädiatrischer Funktionspflege verlassen

kann. In der Kinderkrankenpflege wird das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Pflegekräften, das insgesamt in der Pflege 80 % zu 20 % beträgt, mit 86 % Frauen noch deutlich übertroffen. Nach einer dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachkraft und nach einer anschließenden ersten Berufserfahrung in Vollzeit-tätigkeit fällt dann der Beginn einer berufsbegleitenden Weiterbildung in einen Zeitraum, in dem bereits Entscheidungen zur Gründung einer Familie fallen. Selbst wenn diese Weiterbildungen erfolgreich nach zwei bis drei Jahren abgeschlossen werden, kann die Gründung einer eigenen Familie dazu führen, dass die erlangte Kompetenz nicht voll genutzt werden kann. Daher müssen die erforderlichen Inhalte stärker in der Erstausbildung vermittelt werden. Entscheidend für die Verbesserung der Situation in der Kinderkrankenpflege ist wie in der Pflege insgesamt eine höhere Wertschätzung des Berufes und ein Agieren auf Augenhöhe in Teams mit Ärztinnen und Ärzten, das in anderen Ländern längst stattfindet. Tätigkeiten, die in Deutschland noch ärztliche Aufgaben sind, sollten sinnvollerweise an gut ausgebildete Pflegekräfte wie den spezialisierten *pediatric nurse practitioners* delegiert werden. Die hierzu notwendige Begleitforschung könnte auch im neu etablierten Deutschen Zentrum für Gesundheitsforschung im Kindes und Jugendalter (DZKJ) angesiedelt werden.

Akademisierung

Im Vergleich zu anderen Ländern steckt die Akademisierung der Krankenpflege in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Über einen unverständlich langen Zeitraum ist die Notwendigkeit einer akademischen Ausbildung für Pflegefachpersonen in Frage gestellt worden. In Skandinavien wurden bereits in den 1980er Jahren erste Studiengänge für die Pflege eingeführt, und in Schweden und Großbritannien haben alle Pflegekräfte akademische Grade, in den Niederlanden sind es 45 Prozent, in Schweden und Großbritannien 100 Prozent. In der Kinderkrankenpflege sind in diesen Ländern wie auch in den USA bestimmte Aufgabengebiete z.B. in der Neonatologie und Intensivmedizin auf Pflegende beschränkt, die einen Masterabschluss haben. In Anbetracht des Fortschritts und der Erfolge in der Kinder- und Jugendmedizin erscheint es daher notwendig, eine akademische Ausbildung in der Kinderkrankenpflege auch in Studiengängen an Universitäten und Hochschulen umzusetzen. Für die nicht akademisierte Ausbildung nach dem Pflegeberufereformgesetz (BfIBG) sollten der Stundenanteil für die Theorie überdacht werden, da in anderen Ländern wie in der Schweiz mit ähnlichen Ausbildungsgängen inzwischen ein höheres Verhältnis der theoretischen Ausbildung vorgesehen ist.

Innovative Inhalte der Aus- und Weiterbildung

Wahlmodule in der Erstausbildung mit einem pädiatrischen Fokus und in der beruflichen Weiterbildung müssen stärker auf die Medizin der Zukunft ausgerichtet werden. Dazu gehören zum Beispiel Wahlmodule zu den genetischen Grundlagen und Möglichkeiten von innovativen Therapien, die prädiktive Diagnostik einschließlich der KI, die pflegerischen und ethischen Implikationen der seltenen angeborenen Erkrankungen, die Pflege und Therapie in der Kinderonkologie, die Prävention von Infektionskrankheiten und Fehlernährung. Module zur Kommunikation und Interaktion mit Familien auch diverser Hintergründe und kultureller Rahmenbedingungen sowie zum Teamwork mit anderen Berufsgruppen sollten hinzukommen. Ausbildungen zur Funktionspflege müssen neben den technischen Bedürfnissen auch die wichtigen Beratungs- und Begleitungsfunktionen mehr in den Blick nehmen. Neben der Frühgeborenen- und Palliativmedizin sind auch Themen der vorausschauenden Gesundheitsvorsorge und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen von hoher Relevanz.

Erweiterung des beruflichen Spektrums

Die Konsequenz der stärkeren Einbeziehung dieser Themen in die Ausbildung ist jedoch für eine zukunftssichere Kinder- und Jugendmedizin nicht ausreichend. Durch die Etablierung neuer Aufgaben in den Beruf der Kinderkrankenpflegenden müssen auch neue qualifizierte Positionen in der Versorgung geschaffen werden, die eine Delegation von bislang Ärztinnen und Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten umfassen. Diese können subdisziplinspezifisch ausgerichtet sein, z. B. in der Neonatologie- und Intensivmedizin und der Onkologie, spezifische Funktionen vorhalten, z. B. die intravenösen Anwendungen sowie Schulungen bei chronischen Erkrankungen oder primäre Beratungs- und Vorsorgemaßnahmen zum Inhalt haben.

Auch aufsuchende Tätigkeiten sollten als eigenständige Berufsbilder der Pflege aufgrund der Abnahme von klinischen Kapazitäten und nicht ausreichenden Facharztpraxen im ländlichen Raum entstehen, die in die Beratung und Anwendung komplexer Therapien auf genetischer Grundlage einbezogen werden können.

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, dass es einen erheblichen wachsenden Bedarf an Pflegekräften in der Kinder- und Jugendmedizin gibt, die eine akademische Ausbildung brauchen. Daher sollte die Kinderkrankenpflege, wie auch

die Pflege insgesamt, von Tätigkeiten befreit werden, für die eine solche Ausbildung nicht notwendig ist, und die wiederum an andere, z.B. Administrations- und Servicekräfte delegiert werden können.

Nicht zuletzt müssen diese Tätigkeiten anders vergütet werden, aber eine flexiblere Gestaltung der Arbeitszeiten ist ebenso von Bedeutung. Denn die derzeitigen Arbeitsbedingungen mit fehlender Verlässlichkeit von freien Tagen und Urlauben sowie die schlechte Vereinbarkeit einer Volltagstätigkeit in der Kinderkrankenpflege mit den Bedürfnissen der eigenen Familie sind ein weiterer Hauptgrund dafür, dass der Beruf nicht als attraktiv angesehen wird.

Nachdem der Pflegeberuf in der Kinder- und Jugendmedizin über viele Jahrzehnte attraktiv war und weitaus mehr Bewerberinnen und Bewerber als Ausbildungsplätze vorhanden waren, brauchen wir jetzt eine positive Informationskampagne für die Kinderkrankenpflege, um junge Menschen für diesen Beruf von hoher gesellschaftlicher Relevanz zu gewinnen. Ärztinnen und Ärzte müssen durch Verzicht auf Besitzstandwahrung und Ermöglichung von Delegationen den Weg in eine teambasierte Arbeitsweise des Gesundheitssystems der Zukunft freimachen, und nicht zuletzt müssen durch Investitionen in die Vorhaltung von Stellen, die für die Aufgaben notwendig sind und in eine bessere Vergütung der Kinderkrankenpflegekräfte die adäquaten Rahmenbedingungen geschaffen werden.

LITERATUR

BeKD e.V. (2016): Stellungnahme zum Eckpunktepapier der Bundesregierung für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 02.03.2016, <https://bekd.de/archiv/>

Cramer, H.; Wingenfeld, K. (2014): Die Einschätzung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs kranker Kinder und ihrer Eltern. Bielefeld, <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/downloads/ipw-151.pdf>

Langstein I; Rott, F. (1922): Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes: für Unterrichts- und Belehrungszwecke. Berlin.

Zerwer, A. (1926): Säuglingspflegefibel. 8. Aufl., Berlin/Heidelberg.

ZUR BEDEUTUNG DER PFLEGE BEI DER VERSORGUNG VON PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN AUCH IN DER PANDEMIE

Assina Seitz, Guido Meyer und Andreas Heinz

Für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind Pflegende von entscheidender Bedeutung. Dies beinhaltet zum einen ihre zentrale Rolle bei der Milieugestaltung, spezifischen pflegerischen Aufgaben und beim Kontakt mit Angehörigen und Freunden im Rahmen der akuten Versorgung psychischer Erkrankungen. Dies beinhaltet aber auch die Tätigkeit im Bereich der Rehabilitation, der Stärkung der Resilienz und der Förderung einer recovery-orientierten Unterstützung nach Bewältigung der akuten Erkrankungen (Amering & Schmolke, 2012). Gerade das Fach Psychiatrie hat als medizinische Disziplin kaum unabhängige Rehabilitationsstrukturen, da zur Akutbehandlung immer auch die Bewältigung der alltäglichen Verrichtungen und die Hilfe bei der sozialen Teilhabe zählt. Denn für die individuelle Beeinträchtigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist es oft viel entscheidender, ob sie unter Symptomen wie beispielsweise akustischen Halluzinationen (Stimmen) leiden und ob sie sich trotz dieser Symptome konzentrieren oder an sozialen Veranstaltungen teilhaben können, während Ausmaß und Inhalt der akustischen Halluzinationen gegebenenfalls unverändert fortbestehen. Es ändern sich also bei erfolgreicher Behandlung oft vornehmlich der Umgang mit diesen Phänomenen und die Bewältigung der damit verbundenen Einschränkungen, nicht das Symptom selbst. Pflege ist damit immer auch auf die Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Erlebens ausgerichtet, wie sie im ICF (International Classifications of Functions; WHO, 2001) aufgelistet werden.

Neben den vielfältigen Interaktionen der Pflege mit Patient:innen auf Station und in tagesklinischen und ambulanten Settings (wie beispielsweise den intensiv betreuenden psychiatrischen Institutsambulanzen) haben Pflegende aber auch den ganz entscheidenden Einfluss auf die Gestaltung des Milieus auf Station. Patient:innen, denen es im Verlauf des Tages, der Abend- oder Nachtstunden nicht gut geht, treffen hier auf Pflegende, die unterstützende Gespräche anbieten. Diese sind im Sinne einer unterstützenden Gesprächsführung und der damit verbundenen mitmenschlichen Begegnung von entscheidender Bedeutung für die Förderung der Ressourcen der Patient:innen. Die Pflegenden orientieren sich dabei am Bezugspflegesystem für Psychiatrie (Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, 2021). Das bedeutet, dass die Bezugspflegeperson den personenorientierten Beziehungs- und Pflegeprozess gestaltet und verantwortet. Sie stellt

die Kontinuität der personen-orientierten Pflege sicher und fördert die Personenorientierung in Behandlung und Hilfeplanung. Dabei erfordert die Bezugspflege eine gute Kommunikation zwischen allen relevanten Personen im Teilhabe- und Behandlungsprozess.

Auch deeskalierende Maßnahmen wie die Öffnung von Stationstüren zur Reduktion von Zwang und Gewalt auf Station (Cibis et al., 2016; Mahler et al., 2013; Lang, 2012) sind auf aktive Unterstützung und Umsetzung durch das Pflegepersonal ganz entscheidend angewiesen. Eine sehr spannende und wichtige Neuerung ergibt sich zudem durch die Expert:innen aus Erfahrung, die im Rahmen der sogenannten Ex-In (Experienced Involvement)-Ausbildung und Tätigkeit die Sichtweise der Betroffenen auf Station einbringen und hier sehr häufig direkt mit dem Pflegepersonal als entscheidendem Bestandteil des stationären Teams interagieren.

In Zeiten der Corona-Pandemie ergab sich leider eine deutlich erhöhte Belastung für die Pflege. So führten die vielfach notwendigen Zugangskontrollen, um Infektionsverbreitung einzuschränken, die Einschränkungen der Besuchszeiten, der Einsatz von Pflegenden auf Intensivstationen, die Umwandlung von Stationen für psychisch Kranke in Akutstationen für COVID-19-infizierte Personen und weitere akute Maßnahmen zu einer deutlichen Mehrbelastung des Pflegepersonals. Auch die Kommunikation mittels emotionaler Zuwendung war durch das vorgeschriebene Tragen von Masken häufig beeinträchtigt, sodass Missverständnisse entstehen konnten und zusätzliche Erklärungen und noch intensivere persönliche Zuwendung nötig waren. All dies geschah ohne zusätzliche Personalausstattung, zudem oft mit der Einschränkung akut erkrankter Kolleg:innen, sodass die Belastung für die einzelnen Personen deutlich zugenommen hatte.

Auf dieser Grundlage sind Auseinandersetzungen um eine angemessene Vergütung der Pflege von großer Bedeutung, nicht nur im Sinne der direkten finanziellen Interessen, sondern auch der symbolischen Anerkennung dieser entscheidend wichtigen Berufsgruppe. Akut psychiatrische Versorgung ist in der derzeitigen Versorgungslandschaft nur ein kurzfristiger, meist auf zwei bis drei Wochen Interventionszeit beschränkter Baustein einer Versorgungskette, beziehungsweise eines Versorgungsnetzes. Dies umfasst niedergelassene Praxen, Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen, Unterstützungsmöglichkeiten im Wohnbezirk, ein vielfältiges lokales Angebot von Beratungsstellen ebenso wie Tageskliniken, Institutsambulanzen und stationersetzende Behandlungen durch Krankenhäuser oder andere Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hinzu kommen die vielfälti-

gen Vernetzungen mit den Gesundheitsämtern und ihren sozialpsychiatrischen Diensten, die Bemühungen um eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens (Penka et al., 2015) und um einen sensiblen und wertschätzenden Umgang mit Personen, die sozialer Ausgrenzung, Diskriminierung und häufig auch direkter Armut ausgesetzt sind (Grübner et al., 2017). Psychische Erkrankungen treten deutlich öfter bei Personen auf, die in Wohnbezirken leben, in denen soziale Ausschließung und Armut in der Nachbarschaft häufig sind (Rapp et al., 2015). Pflege bildet hier eine wichtige Unterstützung für die Suche nach einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt oder einer sinnvollen ehrenamtlichen Betätigung. All diese Funktionen der Pflege müssen gerade in Zeiten während und nach der Pandemie und den damit verbundenen wirtschaftlichen Sorgen (Liu et al., 2021) besonders beachtet und unterstützt werden.

LITERATUR

- Amering, M. & Schmolke, M. (2012). *Recovery*. Weinheim.
- Cibis, M. L.; Wackerhagen, C.; Müller, S. et al. (2016). Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatrische Praxis*, 44(03), 141–147.
- Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege (2021). *Primary Nursing/Bezugspflege. Positionspapier der DFPP*, https://dfpp.de/wp-content/uploads/2021/06/2021-06-07-DFPP_Position_PrimaryNursingBezugspflege.pdf
- Grübner, O.; Rapp, M. A.; Adli, M. et al. (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Ärzteblatt international* 114: 121–127, <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/186433/Cities-and-mental-health>
- Lang, U. (2012). *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen*. Berlin/Heidelberg.
- Mahler, L.; Jarchov-Jádi, I.; Montag, C. & Gallinat, J. (2013). *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext (Fachwissen)* (1. Aufl.). Köln.
- Penka, S.; Faißt, H.; Vardar, A. et al. (2015). Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung. Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 65(09/10), 353–362.

- Rapp, M. A.; Kluge, U.; Penka, S. et al. (2015). When local poverty is more important than your income: Mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry*, 14(2), 249–250.
- Liu, S.; Haucke, M. N.; Heinzl, S. & Heinz, A. (2021). Long-Term Impact of Economic Downturn and Loneliness on Psychological Distress: Triple Crises of COVID-19 Pandemic. *Journal of Clinical Medicine*, 10(19), 4596.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Genf.

PFLEGE VON MENSCHEN MIT DEMENZ

Margareta Halek und Claudia Dinand

Im Jahr 2018 belief sich die Anzahl von Menschen mit Demenz in Deutschland insgesamt auf 1.5 Mio (älter als 65 Jahre), mit einer Inzidenz von 2 % mit steigender Tendenz (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 2020). Alle Betroffenen werden im Verlauf der Krankheit auf Pflege und Hilfe angewiesen sein. Mehr als die Hälfte der Bewohnerschaft in stationären Einrichtungen der Altenhilfe weisen eine Demenz bzw. kognitive Einschränkungen auf (Hoffmann et al. 2014; Schäufele et al. 2013), im Krankenhaus sind es bis zu 40 % der über 65jährigen (Bickel et al. 2018). Die überwiegende Anzahl der Menschen mit Demenz wird zu Hause von Familien betreut (WHO and Alzheimer's Disease International 2012).

Pflege von Menschen mit Demenz ist eines der vielseitigsten Handlungsfelder in der professionellen Pflege, denn Krankheitsbeginn, Ausprägung und Verlauf sind vielfältig, heterogen und sehr individuell. Die Veränderung und das Unerwartete bilden die wesentlichen Kennzeichen der Lebens- und Pflegesituation dieser Menschen, bedingt durch eine fortschreitende Neurodegeneration und begleitende Komorbiditäten. Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und auch das lokale Umfeld benötigen zu jeder Zeit und über die Sektoren hinweg eine adaptierte, auf die Lebenssituation abgestimmte und sich mitentwickelnde Pflege, Betreuung und Beratung, damit ein Leben mit Demenz gelingen kann.

Das erfordert eine breite Spannweite an Wissen und kommunikativen Fähigkeiten, setzt hohe Anforderungen an die zwischenmenschlichen Kompetenzen der Pflegenden und schließt vorausschauende Antizipation der Krankheitsprogression und ihrer Wirkung auf den gelebten Alltag sowie das beständige Reflektieren und Adjustieren des direkten Pflegehandelns ein. Gleichzeitig muss dies kompetent nach Außen kommuniziert und im interdisziplinären Kontext, auch mit Behörden weitergetragen und durchgesetzt werden.

Die wichtigste Aufgabe der Pflege von Menschen mit Demenz ist es jedoch, vorhandene Kompetenzen zu erhalten und die Verbundenheit der demenzerkrankten Menschen mit sich selbst, ihrem Leben, ihrer direkten und indirekten Umgebung zu fördern (O'Rourke et al. 2015). Kitwood (2000) prägte das Konzept der Person-zentrierten Pflege, das wegweisend für viele Versorgungskonzepte ist (Brooker 2003; Brooker & Latham 2016; Chenoweth et al. 2009) und natio-

nale und internationale Anerkennung erfährt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2018; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] & Social Care Institute for Excellence [SCIE] 2018). Übersichtsarbeiten berichten über positive Effekte auf die Menschen mit Demenz: Positiv beeinflusst werden Verhaltensveränderungen, wie Agitation und Depression und die Lebensqualität der Menschen mit Demenz, die Einnahme von Psychopharmaka und das Stresserleben und Arbeitsunzufriedenheit der Pflegenden können reduziert werden (Barbosa et al. 2015; Fazio et al. 2018; Kim & Park 2017; Lee et al. 2016). Trotz dieser Erfolge wird die Qualität der Studien bemängelt und die Evidenzbasis zur Wirksamkeit als deutlich ausbaufähig bezeichnet, was durch eine gezielte und differenzierte Forschungsförderung in diesem Bereich unterstützt werden könnte. Eine wirksame Umsetzung in den Pflegealltag ist durch Hürden und Misserfolge gekennzeichnet. Hier sind z. B. hohe Anforderungen an interprofessionelle Teamarbeit, begrenzte kommunikative Fähigkeiten oder kaum Reduktion in der Verschreibung von Psychotropika, trotz umfassender Konzepte, zu nennen (Ebrahim et al., 2021; Richter et al., 2019).

Die Umsetzung einer Pflege, die durch eine Wertschätzung der Person mit Demenz, ihrer Autonomie, den Respekt vor ihrer Lebensgeschichte, durch die Einbindung in die Entscheidungsfindung sowie durch die Individualisierung der Pflegehandlungen definiert ist, scheitert an den prekären Rahmenbedingungen der heutigen Pflege, besonders im Krankenhaus (Gwernan-Jones et al. 2020a) und in der häuslichen Versorgung (Hoel et al. 2021). Die stationäre Langzeitpflege verfügt zumindest über strukturelle Elemente, die die Person-Zentrierung begünstigen (Kim & Park 2017); durch Verknappung der Ressourcen drohen auch diese defizitär zu werden. Die Hauptgründe für die insuffiziente Umsetzung Person-zentrierter Pflege in allen Settings sind bekannt: fehlende Zeit, unzureichende Kompetenz und negative Haltung der Handelnden gegenüber der Person-zentrierten Pflege, funktional ausgerichtete Organisation der Pflege und Versorgung sowie traditionelle Führung (Boumans et al. 2021; Ree 2020; Richter et al. 2019). Die Mehrbelastungen durch die Pandemie haben dies in Teilen bestärkt (Elsbernd & Heidecker 2021) und wirken sich negativ auf Menschen mit Demenz aus, z. B. auf Veränderungen im Verhalten, und verursachen eine Kaskade an weiteren negativen Folgen für alle Beteiligten.

Die Ermöglichung einer Person-zentrierten Pflege ist im Hinblick auf die Sicherstellung des Wohlbefindens und der Gesundheitserhaltung der Menschen mit Demenz nur mit einer Neuaufstellung der pflegerischen Versorgung möglich. Eine einschneidende Veränderung der Pflege- und Organisationskultur in Settings,

in denen Menschen mit Demenz gepflegt werden, kann eine Chance sein, dem Anspruch einer würdevollen, auf das Individuum fokussierten Pflege gerecht zu werden. Die heutige Organisations- und Pflegekultur ist durch finanzielle und rechtliche Zwänge geprägt. Diese lassen bestenfalls zu, einzelne Elemente einer Person-zentrierten Pflege umzusetzen. Ein Flickenteppich aus Biographiearbeit, individuelle Mahlzeitenregimes, die Mitnahme persönlicher Gegenstände sowie bunte Zimmerwände sind noch keine Person-zentrierte Pflege. Gefährlich wird es, wenn bei den Beteiligten der Eindruck entsteht, jene tatsächlich umgesetzt zu haben.

Allen voran muss eine Führungskultur entwickelt werden, die Person-Zentrierung prioritär unterstützt. Erst ein qualifiziertes und sprachkompetentes Pflege- und Betreuungspersonal, das kontinuierlich durch Expert*innen (*facilitators, champions*) beraten und supervisiert wird, ist in der Lage, die abstrakten Werte der Person-zentrierten Prinzipien individuell und situativ umzusetzen. Eine positive Haltung zur Person-zentrierung muss bei allen Pflegenden entwickelt sein. Lediglich die Erhöhung des Hilfskräftepersonals (SOCIUM et al. 2020) ist kein nachhaltiger Beitrag. Familien müssen als Teammitglieder in die Pflege eingebunden und so kontinuierlich fortgebildet werden (Chenoweth et al. 2019; Chenoweth et al. 2015; Groot Kormelinck et al. 2021). Ein Ausbau der Digitalisierung ist hier unterstützend einzusetzen.

Eine veränderte Pflegekultur im Kontext der Demenz bedeutet vor allem, dass:

- 1) die Pflegebeziehung bidirektional gestaltet wird und auf einer Ethik beruht, die jeden/jede in der Pflegebeziehung als gleichwertige/n Partner/in versteht;
- 2) sichergestellt ist, dass es eine aktive, direkte und bedeutsame Inklusion in die Planung und Entscheidungsfindung aller Beteiligten gibt;
- 3) die Organisation humanistische Ansätze lebt, indem die Erfahrungen und Bedürfnisse aller Beteiligten ernsthaft wahrgenommen werden;
- 4) ein großer Wert auf Kompetenz und Wissen, ständige Weiterbildung des gesamten Personals gelegt wird, um alle Beteiligten für ihre Aufgaben zu rüsten und neue Erkenntnisse aus der Forschung aufzunehmen (vgl. Dupuis et al. 2016; Gwernan-Jones et al. 2020b).

Erfahrungen mit der Umsetzung des Expertenstandards *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz* zeigen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2019), dass die Empfehlungen leichter umgesetzt werden, wenn bereits Person-zentrierungsfreundliche Bedingungen existieren als in von medizinischen Versorgungsmodellen geprägten Settings.

Die Transformationsprozesse betreffen demnach die Sprache, Werte, Annahmen, Haltung, Praktiken, Konzepte und Richtlinien sowie Regelungen; es geht um Wahlfreiheit und Selbstbestimmung, Würde und Respekt, bedeutsame Beziehung, Ganzheitlichkeit von Körper, Seele und Geist und förderliches Umfeld für alle (Abbott et al. 2021; De Witt & Fortune 2019; Dupuis et al. 2016; Hoel et al. 2021b). Gelingt die Kulturveränderung, werden Themen wie „Widerstand gegen Körperpflege“, „Essensverweigerung“, Motivationslosigkeit, Apathie oder „Weglaufen“ und Aggression keine vorherrschenden Pflgethemen sein. Diese sind das Ergebnis unerfüllter Bedürfnisse der Menschen mit Demenz und ihrer Reaktion auf die inadäquate Pflege (Halek 2019; Kales et al. 2015). Vielmehr werden positive Endpunkte für die Pflege leitend sein wie Identität stärken, Hoffnung erhalten oder Selbstwirksamkeit der Menschen mit Demenz ermöglichen (Stoner et al. 2017; Wolverson et al. 2016).

LITERATUR

- Abbott, R. A., Cheeseman, D., Hemsley, A. & Thompson Coon, J. (2021). Can person-centred care for people living with dementia be delivered in the acute care setting? *Age and Ageing*, 50(4), 1077 – 1080, <https://doi.org/10.1093/ageing/afab065>
- Barbosa, A., Sousa, L., Nolan, M. & Figueiredo, D. (2015). Effects of Person-Centered Care Approaches to Dementia Care on Staff: A Systematic Review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 30(8), 713–722, <https://doi.org/10.1177/1533317513520213>
- Bickel, H., Hendlmeier, I., Heßler, J.B. et al. (2018). Prävalenz von Demenz und kognitiver Beeinträchtigung in Krankenhäusern. *Dtsch Arztebl International*, 115(44), 733 – 740, <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0733>
- Boumans, J., Van Boekel, L., Kools, N. et al. (2021). How staff characteristics influence residential care facility staff's attitude toward person-centered care and informal care. *BMC Nursing*, 20(1), <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00743-8>
- Brooker, D. (2003). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215 – 222, <https://doi.org/10.1017/S095925980400108X>
- Brooker, D., & Latham, I. (2016). Person-centred dementia care. Making services better with the VIPS Framework. Jessica Kingsley, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27726617/>

- Chenoweth, L., Jeon, Y.-H., Stein-Parbury, J. et al. (2015). PerCEN trial participant perspectives on the implementation and outcomes of person-centered dementia care and environments. *International Psychogeriatrics*, 27(12), 2045–2057, <https://doi.org/10.1017/s1041610215001350>
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y. H. et al. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*, 8(4), 317–325, [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70045-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70045-6)
- Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S. et al. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS ONE*, 14(2), e0212686, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212686>
- De Witt, L., & Fortune, D. (2019). Relationship-Centered Dementia Care: Insights from a Community-Based Culture Change Coalition. *Dementia*, 18(3), 1146–1165., <https://doi.org/10.1177/1471301217708814>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2020). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt 1, https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2018). Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). (2019). Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. DNQP.
- Dupuis, S., McAiney, C. A., Fortune, D. et al. (2016). Theoretical foundations guiding culture change: The work of the Partnerships in Dementia Care Alliance. *Dementia*, 15(1), 85–105, <https://doi.org/10.1177/1471301213518935>
- Ebrahimi, Z., Patel, H., Wijk, H. et al. (2021). A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. *Geriatric Nursing*, 42(1), 213–224. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.08.004>
- Elsbernd, A. & Heidecker, L. (2021). Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg (LACOVID-BA-WÜ2020). https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Gesundheitsschutz/Lacovid_Abschlussbericht_Elsbernd_29-07-2021.pdf
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J. & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals with Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S10–S19, <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>

- Groot Kormelinck, C. M., Janus, S. I. M., Smalbrugge et al. (2021). Systematic review on barriers and facilitators of complex interventions for residents with dementia in long-term care. *International Psychogeriatrics*, 33(9), 873–889, <https://doi.org/10.1017/s1041610220000034>
- Gwernan-Jones, R., Abbott, R., Lourida, I. et al. (2020a). The experiences of hospital staff who provide care for people living with dementia: A systematic review and synthesis of qualitative studies. *Int J Older People Nurs*, 15(4), e12325, <https://doi.org/10.1111/opn.12325>
- Gwernan-Jones, R., Lourida, I., Abbott, R. et al. (2020b). Understanding and improving experiences of care in hospital for people living with dementia, their carers and staff: three systematic reviews. *Health Services and Delivery Research*, 8(43), 1–248. <https://doi.org/10.3310/hsdr08430>
- Halek, M. (2019). Das Verhalten von Mensche mit Demenz verstehen – Ansätze für Interventionen. In H. Walach & M. Loef (Hrsg.), *Demenz – Prävention und Therapie. Ein Handbuch der komplementärmedizinischen und nichtmedikamentösen Verfahren*. Essen, S. 417–438).
- Hoel, K.-A., Rokstad, A. M. M., Feiring, I. H. et al. (2021a). Person-centered dementia care in home care services – highly recommended but still challenging to obtain: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 21(1), <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06722-8>
- Hoel, K. A., Rokstad, A. M. M. et al. (2021b). Staff's perspectives on the organization of homecare services to people with dementia – A qualitative study. *Nursing Open*, 8(4), 1797–1804, <https://doi.org/10.1002/nop2.822>
- Hoffmann, F., Kaduszkiewicz, H., Glaeske, G. et al. (2014). Prevalence of dementia in nursing home and community-dwelling older adults in Germany. *Aging Clinical and Experimental Research*, 26(5), 555–559. <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0210-6>
- Kales, H. C., Gitlin, L. N. & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350, h369, <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- Kim, S. K. & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, vol. 12, 381–397. <https://doi.org/10.2147/cia.s117637>
- Kitwood, T. (2000). *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern.
- Lee, H.-F., Kuo, C.-C., Chien, T.-W., & Wang, Y.-R. (2016). A Meta-Analysis of the Effects of Coping Strategies on Reducing Nurse Burnout. *Applied Nursing Research*, 31, 100–110, <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.001>

- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], & Social Care Institute for Excellence [SCIE]. (2018). Dementia. The NICE-SCIE Guideline on Supporting people with dementia and their carers in health and social care (Vol. Update 2018). The British Psychological Society and Gaskell, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513207/>
- O'Rourke, H. M., Duggleby, W., Fraser, K. D. & Jerke, L. (2015). Factors that affect quality of life from the perspective of people with dementia: a metasynthesis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), 24–38, <https://doi.org/10.1111/jgs.13178>
- Ree, E. (2020). What is the role of transformational leadership, work environment and patient safety culture for person-centred care? A cross-sectional study in Norwegian nursing homes and home care services. *Nursing Open*, 7(6), 1988–1996. <https://doi.org/10.1002/nop2.592>
- Richter, C., Berg, A., Langner, H. et al. (2019). Effect of person-centred care on anti-psychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): a cluster-randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 48(3), 419–425. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz016>
- Schäufele, M., Köhler, L., Hendlmeier, I. et al. (2013). Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie [Prevalence of Dementia and Medical Care in German Nursing Homes: a Nationally Representative Survey]. *Psychiatrische Praxis*, 40(04), 200–206.
- SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik et al. (2020). Abschlussbericht: Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf
- Stoner, C. R., Stansfeld, J., Orrell, M. & Spector, A. (2017). The development of positive psychology outcome measures and their uses in dementia research: A systematic review. *Dementia (London)*, <https://doi.org/10.1177/1471301217740288>
- Wolverson, E. L., Clarke, C. & Moniz-Cook, E. D. (2016). Living positively with dementia: a systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Aging and Mental Health*, 20(7), 676–699. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1052777>
- World Health Organization and Alzheimer's Disease International. (2012). Dementia: a public health priority, <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>

CURA IN DER MEDIZIN – DIE PERSPEKTIVE DER PALLIATIVMEDIZIN

Lukas Radbruch

Was ist Palliativmedizin?

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliativversorgung als einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien angesichts der Probleme, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: Hierzu zählen das Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitiges Erkennen, fehlerlose Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.¹

Die International Association for Hospice and Palliative Care hat vor kurzem die folgende neue und konsensbasierte Definition vorgestellt: Palliativversorgung ist die aktive und umfassende Versorgung von Menschen jeden Alters mit schwerem gesundheitsbezogenem Leiden infolge schwerer Erkrankung und insbesondere von Menschen nahe am Lebensende. Sie zielt auf eine Verbesserung der Lebensqualität von Patient:innen, deren Familien und pflegenden Zugehörigen.²

In diesem Konsensprozess wurden unterschiedliche Auffassungen und Interpretationen von Palliativversorgung sichtbar. Die größte Herausforderung bestand darin, einen Kompromiss zu finden zwischen den Teilnehmern, die Palliativversorgung als Mittel zur Linderung allen krankheitsbezogenen Leids sahen, und denen, die Palliativversorgung bezogen auf Menschen mit einer sehr begrenzten verbleibenden Lebenszeit beschrieben.

Die neue Definition basiert auf dem Konzept des schweren gesundheitsbedingten Leidens (SHS); sie wechselt damit von einer auf die zeitliche Prognose fokussierte Definition auf eine bedürfnisorientierte Sichtweise. Mit der Betonung des Leidens als zentralem Merkmal der Definition ist außerdem ein Wechsel von einer krankheitsorientierten hin zu einer personenzentrierten Perspektive verbunden, bei

- 1 Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. (2002): Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Management*, 24(2): 91–96.
- 2 Radbruch L, De Lima L, Knäul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. (2020): Redefining Palliative Care – A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Management* 60(4): 754–764.

der die Betroffenen selbst Ausmaß und Umfang ihrer Bedürfnisse und Prioritäten festlegen können, was als einer der wichtigen Qualitätsstandards in der Palliativversorgung gelten muss.

Im Gegensatz zu anderen Bereichen in der medizinischen Versorgung ist Palliativmedizin nicht auf bestimmte Erkrankungen oder ein Organsystem fokussiert, sondern auf ein breites Spektrum von schweren und fortschreitenden Erkrankungen und betroffenen Organen.

Palliativversorgung hat sich als Übersetzung für den englischen Begriff „Palliative Care“ etabliert. Palliativmedizin wird oft synonym mit Palliativversorgung verwandt, stellt aber eigentlich den ärztlichen Anteil an der Palliativversorgung dar. Da die Versorgung der schwerstkranken und sterbenden Patienten ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Vorgehen erfordert, wird im Folgenden der Begriff Palliativversorgung benutzt.

Symptomlinderung

Die Mehrzahl der Patienten mit fortgeschrittenen und lebensbedrohlichen Erkrankungen leidet unter Schmerzen, Luftnot oder anderen körperlichen Symptomen.³ Die anhaltende Belastung durch solche Beschwerden können Patienten körperlich und seelisch zermürben. Ständige Schmerzen können ebenso wie andere Symptome die körperliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen, zu Angst und Depression führen und insgesamt die Lebensqualität der Betroffenen entscheidend beeinträchtigen.

Trotz dieser Beeinträchtigung sind Patienten gegenüber dem Behandlungsteam manchmal zurückhaltend in der Schilderung der Beschwerden. Sie wollen den Arzt nicht von seinen Bemühungen zur Behandlung der Grunderkrankung ablenken, oder sie sind der Meinung, dass solche Beschwerden eben zu ihrer Krankheit dazu gehören.

Eine systematische Erfassung von Schmerzen und anderen Symptomen ist deshalb eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Symptomkontrolle. Dazu können kurze und einfache Fragebögen eingesetzt werden, in denen in der Palliativversorgung zum Beispiel nach der Intensität von Schmerzen (kein, leicht, mittel, stark)

3 Radbruch L. (2019): Palliativmedizin. Nova Acta Leopoldina NF, 424: 167–185.

und anderen häufigen Symptomen wie Luftnot, Übelkeit, Angst oder Müdigkeit gefragt wird.

Für die Symptomkontrolle sollte geprüft werden, ob eine behandelbare Ursache vorliegt. So kann zum Beispiel bei einem tumorbedingten Pleuraerguss die Entfernung der Flüssigkeit aus dem Pleuraspalt sinnvoller sein als eine symptomlindernde Medikation alleine. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten werden aber zusätzlich oder ausschließlich symptomlindernde Maßnahmen sinnvoll sein. Diese können aus einer entsprechenden Medikation, nicht medikamentösen Maßnahmen oder einer Kombination von beidem bestehen.

Behandlungsbedürftige Schmerzen können nicht nur bei Tumorpatienten, sondern auch bei vielen anderen Krankheiten in der Palliativversorgung (zum Beispiel HIV, Herzversagen, Lungenversagen) ein wesentliches Problem darstellen. Diese Schmerzen können aber mit wenigen einfachen Grundsätzen bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten ausreichend gelindert werden. Die Schmerzmedikation sollte nicht nur bei Bedarf, sondern als Dauertherapie mit festen Einnahmezeiten stattfinden. Die Anwendung sollte oral oder transdermal (über die Haut) erfolgen und nicht intravenös. Die Schmerzmittel sollten nach der Schmerzstärke ausgewählt werden: bei leichten Schmerzen reichen Nichtopioid-Analgetika wie zum Beispiel Metamizol oder nichtsteroidale Antiphlogistika wie Ibuprofen aus (Stufe 1). Bei mittleren bis starken Schmerzen sollten diese Medikamente mit einem Opioid der Stufe 2 kombiniert werden, zum Beispiel Tramadol. Bei starken bis stärksten Schmerzen sollten diese Medikamente der Stufe eins mit Opioiden der Stufe 3 kombiniert werden, zum Beispiel Morphin, Hydromorphon, Oxycodon oder Fentanyl. Auf allen drei Stufen können zusätzlich weitere Medikamente erforderlich werden, entweder gegen die Nebenwirkungen der Schmerzmittel oder zur Verstärkung der Effektivität bei bestimmten Schmerzsyndromen. So können, insbesondere in der Einstellungsphase der Opioidmedikation Müdigkeit, Übelkeit und Verstopfung auftreten. Während Antiemetika häufig nur in den ersten Tagen benötigt werden, sollten Laxantien jedoch für die Dauer der Therapie begleitend eingesetzt werden, da die opioidbedingte Verstopfung auch im weiteren Verlauf nicht nachlässt.

Wenn anfangs gut gelinderte Schmerzen im Verlauf wieder stärker werden, ist dies fast immer im Zusammenhang mit dem Fortschreiten der Grunderkrankung zu sehen. Dosisanpassungen oder Umstellungen auf eine höhere Stufe können im Verlauf immer wieder notwendig sein. Wenn Dosissteigerungen nur noch zu einer Zunahme der Nebenwirkungen, nicht aber zu einer besseren Schmerzlinderung

rung führen, kann eine Umstellung auf ein anderes Opioid sinnvoll sein (Opioidrotation).

Ebenso wie zur Schmerzbehandlung führen Opiode bei der Behandlung von Luftnot zu einer schnellen und effektiven Linderung. Neben den Medikamenten kommen bei der Behandlung der Luftnot den nichtmedikamentösen Maßnahmen besondere Bedeutung zu. Die Patienten sollten bei Episoden mit starker Luftnot nicht alleine gelassen werden. Oft wirkt die Zufuhr von Luft lindernd, auch wenn nur das Fenster geöffnet wird oder das Bett auf die Terrasse gebracht werden kann.

Bei anderen Symptomen wie zum Beispiel bei Gewichtsverlust und Appetitmangel stehen weniger die medikamentöse Linderung, sondern mehr die Beratung der betroffenen Menschen im Vordergrund. Ein anhaltender Gewichtsverlust tritt nicht nur bei Patienten mit Tumorerkrankungen, sondern auch bei Patienten mit Herzerkrankungen, Lungenerkrankung und vielen anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen auf. Die möglichen Ursachen des Gewichtsverlustes sind vielfältig. Der Tumor selbst wirkt wie eine chronische Entzündung, die zu einem hohen Energieverbrauch und damit zum Muskelabbau führt. Ebenso sind Störungen der Hormonproduktion im Magen-Darmtrakt und im Gehirn beschrieben. Tumor- und therapiebedingte gastrointestinale Symptome wie Appetitmangel, Übelkeit und Erbrechen erschweren zusätzlich die Nahrungsaufnahme.

Während in den frühen Stadien einer Tumorerkrankung eine Steigerung der Kalorienzufuhr durch Ernährungsberatung und Zusatznahrungsmittel den Gewichtsverlust zumindest verlangsamen kann, sind solche Maßnahmen in den fortgeschrittenen Stadien nicht mehr effektiv, und eine Erhöhung der Kalorienzufuhr führt nicht mehr zum Wiederaufbau von Muskelmasse. Für die Therapieplanung ist deshalb wichtig, das Stadium der Erkrankung und des Gewichtsverlustes richtig einschätzen zu können.

Die Zielsetzung in der Palliativversorgung bei fortgeschrittenen Krankheitsstadien wird deshalb nicht auf Erhalt oder Steigerung des Körpergewichts oder der Muskelmasse liegen. Für den Erhalt der Lebensqualität ist die Linderung der subjektiven Symptome wie Appetitmangel oder Übelkeit viel wichtiger. Das sinkende Körpergewicht spielt nur insoweit eine Rolle, als Patienten und Angehörige darin eine ständige Erinnerung an den Krankheitsverlauf sehen. Insbesondere die Angehörigen haben oft das Gefühl, dass nur mit ausreichender Nahrungszufuhr der Gewichtsverlust aufgehalten werden kann und so auch der Fortschritt der Erkrankung aufgehalten werden könnte. Nicht selten kommen Patienten selbst im Laufe

der Zeit zu dem Schluss, dass sie sich selber nicht mehr ständig zum Essen zwingen müssen, stehen damit aber im Konflikt mit ihren Angehörigen, die das als Aufgaben betrachten und den Patienten überzeugen wollen, dass er weiter gegen den Gewichtsverlust (und damit gegen die Krankheit) ankämpfen müsse.

Informationen des Behandlungsteams über die Mechanismen und die geringen Aussichten, den Gewichtsverlust verhindern zu können, können den Patienten spürbar entlasten. Wird die Unmöglichkeit der Verwertung der Nahrung akzeptiert, können Essen und Trinken nun eine andere Bewertung erfahren. Es geht nun mehr um Geschmack und sinnliches Erleben, und Lieblings Speisen oder Getränke können Genuss liefern und sind nicht nur ein Mittel zur Kalorienzufuhr. Eine Ernährungsberatung ist in vielen Fällen hilfreich, um mit dem Patienten auch in solchen Fällen Mittel und Wege zu finden, Essen und Trinken zu genießen, wenn die Nahrungsaufnahme erkrankungsbedingt erschwert ist, zum Beispiel bei Tumoren im Kopf- und Halsbereich oder bei neurologischen Erkrankungen mit Schluckstörungen.

Entscheidungsfindung

Der Umgang mit Appetitmangel und Gewichtsverlust ist ein gutes Beispiel dafür, dass die Vor- und Nachteile der vorhandenen Therapiemöglichkeiten mit den individuellen Prioritäten und Präferenzen des einzelnen Patienten abgeglichen werden müssen, bevor eine Behandlung zu diesen individuellen Therapiezielen geplant werden kann.⁴

Dieser Abgleich ist zu allen Aspekten der Behandlung notwendig. Insbesondere die Frage, wie weit kausale Therapieverfahren gegen die Grunderkrankung noch eingesetzt werden sollen, oder wann sie beendet werden sollen, ist für die meisten Patienten nicht einfach zu entscheiden und wird auch nicht unwesentlich durch die Voreinstellungen und Haltungen im Behandlungsteam beeinflusst.

Nicht unterschätzt werden darf dabei der Wert von Ambivalenz für den betroffenen Patienten. Aus der Sicht des Behandlungsteams ist es wünschenswert, dass Patienten sich möglichst bald für oder gegen die Chemotherapie (oder andere antineoplastische Interventionen) entscheiden, weil dann klare Absprachen getroffen werden können und viele andere Entscheidungen (zum Beispiel, ob eine

4 Radbruch L. (2019): Palliativmedizin. Nova Acta Leopoldina NF, 424: 167 – 185.

Entlassung nach Hause erfolgen soll oder ob zusätzliche Nahrungszufuhr sinnvoll ist), die damit im Zusammenhang stehen, dann leicht entschieden werden können. Dieser Druck zur Entscheidung lässt aber die Ambivalenz des Patienten außer Acht. Die Ambivalenz hält ihm alle Möglichkeiten offen und verhindert, dass er mit dem endgültigen Verzicht auf jede weitere Chemotherapie auch ein großes Stück Hoffnung aufgeben muss, und sich dem Lebensende plötzlich wieder ein deutliches Stück näher sieht.

Bei der Festlegung der Therapieziele hat der Patient auch immer das Recht, eine aus ärztlicher Sicht sinnvolle Therapie abzulehnen. Dies gilt auch, wenn er durch diesen Verzicht sein eigenes Leben gefährdet. Auch lebenserhaltende Maßnahmen, sogar die Beatmung bei einem Patienten mit einer neurologischen Erkrankung, der nicht selbst atmen kann, muss eingestellt werden, wenn der Patient sich dafür entscheidet. Dies „Sterben zulassen“, früher passive Sterbehilfe genannt, ist in Deutschland nicht nur erlaubt, sondern ein Recht des Patienten, das dieser einfordern kann.

Kommunikation

Die Notwendigkeit zur Abstimmung von Therapiezielen und in der Entscheidungsfindung zeigt den Stellenwert von Kommunikation in der Palliativversorgung auf. Die Verständigung mit dem Patienten, mit seinen Angehörigen, aber auch unter den Mitarbeitenden im Behandlungsteam ist nicht immer einfach angesichts der Lebenskrisen, in die die Palliativpatienten immer wieder gestürzt werden.

Grundsätzlich sollte die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen von einem tiefen Respekt gegenüber den Betroffenen geprägt sein und mit einem echten Interesse an ihren persönlichen Prioritäten und Präferenzen. Nur dann kann es gelingen, dass die Palliativversorgung bei Schwerstkranken und Sterbenden weniger von den Prioritäten der vorhandenen Strukturen geprägt wird, sondern wirklich patientenzentriert zu einer optimalen und individualisierten Versorgung führt.

Zu dieser Versorgung gehört auch der Wechsel von einer problemzentrierten Perspektive (die Symptome und die körperlichen und kognitiven, krankheitsbedingten Ausfälle) hin zu einer ressourcenorientierten Sichtweise: Was geht noch, welche Resilienzen können genutzt werden und was steht an Unterstützungsmöglichkeiten zum Beispiel aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung.

Gesellschaftliche Aufgabe

Der Perspektivwechsel beinhaltet nicht nur eine Änderung der Vorgehensweise und der Zielsetzung in der medizinischen Versorgung, sondern auch die Notwendigkeit eines gesellschaftlichen Wandels. Die Lancet-Kommission zum Wert des Todes beschreibt in ihrem Bericht,⁵ wie die Professionalisierung von Tod und Sterben oder das Auslagern des Sterbens in Krankenhäuser den Umgang mit dem Lebensende in der Gesellschaft verändert hat. Die Autoren beschreiben das Lebensende als relationalen und spirituellen Prozess und nicht nur als physiologisches Ereignis. Nur mit den entsprechenden gesellschaftlichen Veränderungen kann erreicht werden, dass Tod und Trauer wieder als wertvoller Teil des Lebens anerkannt werden. Dafür sind nicht nur Geschichten und Gespräche über Tod und Sterben in der Öffentlichkeit notwendig, sondern zum Beispiel auch soziale Netzwerke mit Angehörigen, Freunden oder Nachbarn, die bei schwerer Krankheit, Sterben, Tod und Trauer Unterstützung und Hilfe leisten.

5 Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH et al. (2022): Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet*, 399(10327): 837–884.

PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Brigitte Bührlen

Etwa vier von fünf Pflegebedürftigen jeden Alters werden laut Erhebungen des statistischen Bundesamtes zu Hause meist durch pflegende Angehörige bzw. synonym durch Laien- bzw. informelle Pflege versorgt. Entsprechend der Einstufung der Pflegebedürftigen in verschiedene Pflegegrade wird Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen nach § 37 Abs. 1 SGB XI gezahlt. Eine rechtlich eindeutige Definition des Begriffs „pflegende/r Angehörige/r“ einschließlich einer Tätigkeitsbeschreibung für diese Personengruppe existiert jedoch bisher nicht, da das deutsche Pflegesystem nach dem Prinzip der unentgeltlichen familien- und generationensolidarischen Sorge füreinander aufgebaut ist. Die rechtliche Grundlage dafür bilden u. a. die §§ 1618a und 1353 BGB. Das gilt für eheliche oder eingetragene rechtliche Partnerschaften ebenso wie für Eltern gegenüber nicht volljährigen Kindern und volljährigen Kinder gegenüber ihren Eltern.

Vor Einführung der Pflegeversicherung 1995 mussten professionelle Pflegeleistungen weitgehend privat finanziert werden. Familien entschieden selbstbestimmt, welche Pflege- und Sorgeleistungen selbst erbracht werden können und welche Leistungen von professionellen Pflegeanbietern gegen Entgelt geleistet werden müssen. Seit 1995 wird der Pflegebedarf eines Versicherten von Mitarbeitenden der zuständigen Pflegekassen anhand der von professionellen Pflegeexperten allgemeinverbindlich festgelegten Kriterien bestimmt. Infolge der pflegefachlichen Beurteilungen werden vorwiegend professionelle, pflegerische Dienstleistungen definiert und mit Zeitfaktoren bei entsprechenden finanziellen Leistungen aus dem Topf der Pflegeversicherung versehen. So entstehen immer mehr Pflegedienstleistungsunternehmen mit einer wachsenden Lobby für deren Interessen.

Die Pflege- und Sorgeleistungen von Angehörigen erfahren dabei keinen finanziellen Leistungsausgleich. Auf Grund der oben angeführten, im BGB verankerten rechtlich moralischen Sorgeverpflichtung werden durch Angehörige erbrachte, nicht professionelle Leistungen von Staat und Gesellschaft als unentgeltlich zu erbringender „Liebesdienste“ erwartet. Trotz der hohen Anzahl haben pflegende Angehörige bislang keine Lobby für ihre Interessen gebildet und verfügen über keine Vertretung in den politischen Gremien, in denen sie betreffende Entscheidungen gefällt werden.

Die Grundlage für diese Entwicklung liegt in den Rahmenbedingungen der Sozialgesetzgebung aus dem 19. Jahrhundert, als Familien in aller Regel aus ehelichen Gemeinschaften bestanden, in denen Frauen Kinder großzogen, Angehörige pflegten und nicht berufstätig waren, während Männer für den Lebensunterhalt sorgten. Typischerweise wurde in Familienverbänden entweder im gleichen Haus oder wohnortnah zusammengelebt. Obwohl die Rahmenbedingungen heute völlig verändert sind, blieben die Grundlagen der Angehörigenpflege bis heute weitestgehend unverändert. Mangels Lobby, rechtlich verbindlicher Statusdefinition sowie verbindlichen Tätigkeitsbeschreibungen ist die Angehörigenpflege zwar die tragende Säule der Pflege, aber weder durch Sitz noch Stimme in den politisch und wirtschaftlich entscheidenden Gremien vertreten.

LITERATUR

Destatis (2021), Gesundheit – Pflege. Statistisches Bundesamt https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html

AMBULANTE PFLEGE

Katarina Planer

Von den 4,1 Mio. Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2019 80 % zu Hause versorgt. Von diesen ca. 3,3 Mio. Pflegebedürftigen erhält ein Drittel (1,2 Mio.) Pflege- und/oder Betreuungsleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst (Destatis 2019). Bei den 14.700 bundesdeutschen Pflegediensten waren im selben Jahr 422.000 Personen auf 288.000 Vollzeitstellen beschäftigt. Während die Pflegebedürftigen, die Pflege durch ambulante Pflegedienste erhielten, von 2017 bis 2019 um 18,4 % angestiegen war, wurde das Personal im gleichen Zeitraum nur um 8 % aufgestockt. Die Bundesagentur für Arbeit gibt an, dass eine offene Pflegestelle ca. sechs Monate unbesetzt bleibt. In einer Studie von 2019 geben ambulante Pflegedienste an, dass Stellen im Schnitt mindestens drei Monate unbesetzt bleiben, und im selben Jahr waren dies insgesamt 16.000 Stellen. Die Pflegedienste lösen dieses Problem durch die Ablehnung von Anfragen Pflegebedürftiger und 13 % der Pflegedienste gar durch die Kündigung von bestehenden Pflegeverträgen (ZQP 2019). Dies führt dazu, dass fast die Hälfte der ambulanten Pflegedienste die Versorgung als gefährdet, instabil oder sogar als nicht sichergestellt beurteilt (Wolf-Ostermann et al. 2020, 277). Damit bringt der Pflege(fach)kräftemangel im ambulanten Pflegedienst zu allererst Pflegebedürftige und deren Angehörige als auch z. B. Mitarbeiter*innen in Kliniken in Not, die eine Anschlussversorgung nicht sicherstellen können. Da die Daten der Pflegestatistik auf dem Leistungsgeschehen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) basieren, täuschen sie darüber hinweg, dass ambulante Pflegedienste neben der Langzeitversorgung alter Menschen auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V als einen zentralen Beitrag im Bereich gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. In 2020 machte dies mit rund 7,4 Mrd. € einen Anteil von 2,8 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Scheitert eine Krankenhausentlassung an einer angemessenen und notwendigen Anschlussversorgung ambulanter oder stationärer Pflege- oder Rehabilitationsleistungen, haben die Krankenkassen entsprechend eines Urteils des Bundessozialgerichts vom 19. November 2019 die zumeist höheren Klinikkosten zu tragen (Brucklacher & Renz 2020, 500). Den Schaden teilen sich mit den Krankenkassen jedoch die Patienten, die aufgrund der Fehlbelegung länger auf notwendige stationäre Diagnostik und Therapie warten müssen.

Trotz der bereits seit langem absehbaren Entwicklung des Personalbedarfs in der Pflege (Afentakis & Maier 2010; Deutscher Bundestag 2012, 17) und der poli-

tischen Prämisse „Ambulant vor stationär“, ist in den letzten Jahren nicht viel Bahnbrechendes geschehen. 2016 räumt die Bundesregierung der „Stärkung der ambulanten Versorgung“ zwar ein eigenes Kapitel im sechsten Pflegebericht ein. Dieses beschränkt sich jedoch auf die Förderung von Wohnraum und altersgerechten Quartieren, die Förderung ambulanter gemeinschaftlicher Wohnformen (die im Wesentlichen in der Verantwortung der Länder liegen) und die Verbesserungen für ambulant versorgte Pflegebedürftige. Durch die Finanzierung zusätzlicher Betreuungs-, Tages- oder Nachtpflegeleistungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (2015) gab es in der Tat weitreichende finanzielle Verbesserungen für Pflegebedürftige, deren Realisierbarkeit jedoch aufgrund der personellen Situation der ambulanten Pflegedienste zunehmend weniger sichergestellt ist. Zusammenfassend lässt sich für die Neuerungen der Pflegestärkungsgesetze I bis III und einiger Gesetze zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege feststellen, dass diese dem Muster der (eher geringen) Leistungserweiterung auf der Seite der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und der noch geringeren Verbesserung der Vergütung oder generellen Arbeitssituation Pflegenden unter Bewahrung der bestehenden Strukturen folgen.

Prävention, Digitalisierung und Technik, sektorenübergreifende Versorgung, Ideen zur Vereinbarkeit von Beruf und familiären Sorgeaufgaben, die Entwicklung und Koordination sozialer Netzwerke, die Integration fremdsprachiger Pflegenden und die Entwicklung neuer Versorgungsformen wurden als Lösungsansätze in den vergangenen Jahren ausschließlich in einzelnen Projekten oder Studien bearbeitet (Bundesministerium für Gesundheit 2021, 203–267). Zu fundamentalen Veränderungen im System haben die aus den Projekten gewonnenen Erkenntnisse bislang nicht geführt. Auch die groß angelegte „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) der Bundesregierung von 2019 bis 2021, die zur Verbesserung des Arbeitsalltags und der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden sowie zur Stärkung der Ausbildung in der Pflege initiiert wurde, führte bislang zu keinen erkennbaren strukturellen Veränderungen des Gesundheitssystems. Die Bezahlung Pflegenden liegt immer noch weit hinter den Forderungen eines monatlichen Bruttoverdienstes von 4.000,00 € (Deutscher Pflegerat) zurück, der Abschluss eines Tarifvertrags ist gescheitert, die Anzahl der Auszubildenden in Pflegeberufen stagniert seit Jahren bei einer zeitgleichen jährlichen Zunahme Pflegebedürftiger um ca. 10 % (Statistisches Bundesamt 2017, 2019).

Trotz aller Ungewissheit im Moment steht langfristig zu befürchten, dass die Auswirkungen des Long-Covid-Syndroms das Gesundheitssystem zusätzlich belasten werden (Richter & Zürcher 2021, 284). Erschwerend kommt hinzu, dass sich die

Bereitschaft Pflegender, im Beruf zu bleiben, durch die Arbeitssituation während der Pandemie verschlechtert hat. Unterschiedliche Befragungen während der Pandemie zeigen, dass weitere 30 bis 50 % der Pflegenden sich mit dem Gedanken tragen, den Beruf zu verlassen. Wesentlich für einen Verbleib im Pflegeberuf werden bei den Arbeitsbedingungen genügend Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege und menschliche Zuwendung neben der Wertschätzung der Arbeit und einer höheren Bezahlung genannt (Auffenberg & Heß 2021).

Auch wenn regional unterschiedliche demografische Entwicklungen in Bezug auf Pflegebedürftigkeit und personelle Pflegeressourcen (Bertelsmann, Kreft & Doblhammer 2016, 13) eine entsprechend differenzierte Betrachtungsweise und Interventionsplanung auf der kommunalen und Landesebene erforderlich macht, lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Problematik erdrückend ist. Kommunale oder landesspezifische Strukturen sind grundlegend von den gesetzlichen Strukturen des Gesundheitssystems auf Bundesebene abhängig. Aufgrund ihrer halbherzigen Umsetzung gelang es mit den bisherigen Maßnahmen im allerbesten Falle die katastrophale Verschlechterung des Status quo etwas zu vermindern. Sollen Maßnahmen ihr Lösungspotential entfalten, dann kann dies nur in einem vielschichtigen Gesamtkonzept eines grundsätzlichen Umbaus des Gesundheitssystems gelingen.

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung wird sich im Bereich der Langzeitpflege zukünftig nur unter einer deutlichen Ausweitung ehrenamtlichen, wo möglich auch familiären Engagements sicherstellen lassen. Aber auch dieses gilt es zu koordinieren und informelle Pflegende fachlich anzuleiten, zu beraten, zu unterstützen und Entlastungsangebote zu konzipieren und zu koordinieren. Damit wird sich der wesentliche Aufgabenbereich Pflegender von der direkten Grund- und Behandlungspflege auf die Anleitung und Beratung pflegender Laien verlagern. Hierfür benötigen beide Personengruppen zusätzliche Kompetenzen, die es zu entwickeln gilt. Pflegende werden zunehmend – insbesondere für die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten – eine akademische Qualifikation benötigen, die neben der Fähigkeit aktuelle, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Pflege zu transferieren, auch Beratungs- und Managementkompetenz im Sinne des Case-Managements umfasst. Ebenfalls müssen Pflegende zukünftig über Kompetenzen im Bereich der Auswahl, Implementierung und Entwicklung digitaler und technischer Anwendungen (*Smart Home, Ambient Assisted Living*) verfügen. Die Absicht der seit 2021 regierenden Ampelkoalition, das Berufsbild der *Community Health Nurse* (CHN) zu schaffen, geht in die richtige Richtung. CHN sind hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die in der primären Gesund-

heitsversorgung steuern, koordinieren, beraten, überwachen und leiten. Sie sind z. B. erste Ansprechpartnerinnen für Menschen mit chronischen oder Mehrfacherkrankungen, Behinderung oder Pflegebedarf (vgl. FAMOUS 2021, CoSta 2020). Die informelle Pflege durch Laien kann u. a. auch von CHN oder durch School-Nurses bereits durch das Angebot eines Schulfachs „Gesundheitliche Aufklärung/ Gesundheitserziehung“ in den allgemeinbildenden Schulen gefördert und unterstützt werden. Hier würde bereits Kindern und Jugendlichen zentrale Themen wie Ernährung und Bewegung, Hygiene, (Sucht-)Prävention und Gesundheitsförderung vermittelt, dass Pflege- und Gesundheit neben der individuellen auch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung darstellt.

LITERATUR

- Afentakis, A. & Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik*, 11, 990–1002.
- Auffenberg, J. & Heß, M. (2021): Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM. Bremen, https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bericht_zur_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf
- BAGSO (2021): Zukunft der Hilfe und Pflege zu Hause. Positionspapier, <https://www.bagso.de/publikationen/positionspapier/zukunft-der-hilfe-und-pflege-zu-hause/>
- Brucklacher U.; Renz, C. (2020): Probleme bei sektorenübergreifender Entlassung: Regressmöglichkeiten für Kliniken?, *Das Krankenhaus* (6), 496–500.
- Bundesagentur für Arbeit (2024): <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Naviga-tion/Statistiken/Interaktive-Angebote/Berufe-auf-einen-Blick/Berufe-auf-einen-Blick-Anwendung-Nav.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2021): Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1–5. Berlin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2021): Siebter Pflegebericht. Berlin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Sechster Pflegebericht. Berlin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/6.Pflegebericht.pdf
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2021): Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben. Bonn, <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17717>
- CoSta (2020): Community Health Nursing in der Stadt: Schließung einer Versorgungslücke in der Primärversorgung. Projekt der HAW Hamburg, <https://www.haw-hamburg.de/forschung/forschungsprojekte-detail/project/project/show/costa/>
- Deutscher Bundestag (2012): Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Franz Müntefering, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Heinz-Joachim Barchmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD – Drucksache 17/6377 – Der demografische Wandel in Deutschland – Handlungskonzepte für Sicherheit und Fortschritt im Wandel, <https://dserver.bundestag.de/btd/17/083/1708372.pdf>
- FAMOUS (2021): Fallbezogene Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APNs). Projekt an der KH Mainz, <https://www.kh-mz.de/forschung/projekte/famous>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c
- Kreft, D. & Doblhammer, G. (2016): Expansion or compression of long-term care in Germany between 2001 and 2009? A small-area decomposition study based on administrative health data. *Population health metrics*, 14(1), 1–15, <https://doi.org/10.1186/s12963-016-0093-1>
- Pütz, R., Kontos, M., Larsen, C., Rand, S. & Ruokonen-Engler, M. K. (2019): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte (No. 416). Studie der Hans-Böckler-Stiftung, https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf
- Richter, D. & Zürcher, S. (2021). Long-COVID/Post-COVID–Epidemiologie, mögliche Ursachen und Rehabilitationsbedarf psychischer Probleme. *Psychiatrische Praxis*, 48(06), 283–285.

Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00096711.

Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf;jsessionid=F39434668F26AA-5A60D939CF4466A330.live721?__blob=publicationFile

Wolf-Ostermann, K., Schmidt, A., Preuß, B. et al. (2020). Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen. *Pflege*, 33 (5) 277–288.

Zentrum für Qualität in der Pflege (2019): Fachpersonenmangel in der ambulanten Pflege. Kurzbericht. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Kurzbericht-Personalmangel-Ambulant.pdf>

YOUNG CARERS – KINDER UND JUGENDLICHE ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Sabine Metzging

Kinder und Jugendliche (< 18 Jahre), die regelmäßig für ein oder mehrere chronisch körperlich oder psychisch erkrankte oder behinderte Angehörige sorgen, ihnen helfen oder sie pflegen, werden als Young Carers (YC) bezeichnet (Becker 2000). Je nach Notwendigkeit helfen sie bei der Mobilisation, Nahrungsaufnahme, Körper- und Intimpflege sowie bei der Ausscheidung. Sie übernehmen medizinische Aufgaben, leisten emotionale Unterstützung und sorgen für Sicherheit. Sie erledigen Haushaltstätigkeiten und Besorgungen und kümmern sich um jüngere Geschwister. Der Umfang reicht von Mithelfen bis zur allein verantwortlichen Betreuung rund-um-die-Uhr (Metzging 2007).

Zuverlässige Aussagen zur Anzahl von Young Carers sind zwar schwierig zu treffen, dennoch liegen Daten aus verschiedenen Ländern vor. Sie beruhen auf Zensusdaten (Office of National Statistics 2013; Stamatopoulos 2015), Haushaltsumfragen (Lux & Eggert 2017; National Alliance for Caregiving 2005) oder direkten Umfragen unter Schülerinnen und Schülern (Nagl-Cupal et al. 2014; Leu et al. 2018; Metzging et al. 2019). Internationale Prävalenzen schwanken zwischen 2 und 8 % (Joseph et al. 2019), für Deutschland variieren sie zwischen 5 % (Lux u. Eggert 2017) und 6,1 % (Metzging et al. 2019).

In der internationalen Literatur werden seit über 25 Jahren sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf YC beschrieben (Metzging & Schnepf 2007) und in aktuellen Reviews bestätigt (Chikhradze et al. 2017; Joseph et al. 2019). Positiv werden beispielsweise frühe Reife, ein gesteigertes Selbstwertgefühl, enge familiäre Beziehungen und ‚sich gut auf das Leben vorbereitet zu fühlen‘ benannt (Metzging & Schnepf 2007). Zu den negativen Auswirkungen zählen körperliche (Müdigkeit, Schlafstörungen, Rückenschmerzen), psychische (Sorgen, Ängste, Scham, Depressionen), schulische (Fehlzeiten, schlechte Noten, Abbrüche) und soziale Folgen (Isolation), die Einfluss auf die gesamte Entwicklung und Zukunft der Kinder und Jugendlichen nehmen (können) (vgl. Metzging & Schnepf 2007; Chikhradze et al. 2017; Joseph et al. 2019). Langfristig zieht dies auch ökonomische Folgen für jedes Gesundheits- und Sozialsystem nach sich. Aufgrund fehlender prospektiver Studien erlauben bestehende Korrelationen jedoch nicht, eindeutige kausale Zusammenhänge zwischen beschriebenen Problemen und

der Pflegerolle herzustellen; hier besteht weiterer Forschungsbedarf (siehe auch Joseph et al. 2019).

Leu und Becker (2016; 2017) haben das Ausmaß des öffentlichen Bewusstseins und der politischen Reaktionen international analysiert und ein siebenstufiges Modell vorgestellt, wobei Stufe 1 („umgesetzt/nachhaltig“) von keinem Land erreicht wird. Während es in Großbritannien, das als einziges Land Stufe 2 („fortgeschritten“) erreicht, ein breites gesellschaftliches Bewusstsein, spezifische Gesetze und zahlreiche Unterstützungsangebote für YC sowie systematische Ansätze zu deren Identifikation und Gefährdungsbeurteilung gibt, trifft dies auf Deutschland nur begrenzt bis gar nicht zu. Deutschland rangiert neben Neuseeland und Österreich auf Stufe 4 („begrenzt“). Kennzeichen sind ein geringes Bewusstsein für und Anerkennung von YC in der Öffentlichkeit, bei Entscheidungsträgern und Fachkräften, eine wachsende aber limitierte Forschungsgrundlage, fehlende spezifische Rechtsansprüche für YC sowie keine bis wenige spezifische Unterstützungsangebote auf nationaler oder regionaler Ebene (Leu & Becker 2017: 33).

LITERATUR

- Becker, S. (2000): Young carers. In: M. Davies (Hrsg.), *The Blackwell encyclopaedia of social work*. Oxford, S. 378.
- Chikhradze, N.; Knecht, C.; Metzger, S. (2017): Young carers: growing up with chronic illness in the family – a systematic review 2007–2017. *Journal of Compassionate Health Care*, 4:12. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0041-3>
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2014): Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine praxisgerechte Unterstützung von Eltern mit Beeinträchtigungen und deren Kinder. <https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2014/dv-32-13-elternassistentz.pdf>
- Joseph, S.; Sempik, J.; Leu, A. & Becker S. (2019): Young Carers Research, Practice and Policy: An Overview and Critical Perspective on Possible Future Directions. *Adolescent Res Rev* 5, 77–89. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00119-9>
- Leu, A., & Becker, S. (2016): A cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to young carers'. *Journal of Youth Studies*, 20(6): 750–762. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13676261.2016.1260698>

- Leu, A. & Becker, S. (2017): Länderspezifisches Bewusstsein zur Situation von Young Carers. Eine globale Betrachtung. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), ZQP-Report Junge Pflegende (1. Aufl.), Berlin, S. 31–35.
- Leu, A.; Frech, M.; Wepf, H.; Sempik, J.; Joseph, S.; Helbling, L.; Moser, U.; Becker, S. & Jung, C. (2018): Counting Young Carers in Switzerland – A study of prevalence. *Children & Society*. <https://doi.org/10.1111/chso.12296>
- Lux, K. & Eggert, S. (2017): ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), ZQP-Report Junge Pflegende (1. Aufl.), Berlin, 14–25.
- Metzing, S. & Schnepf, W. (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wie sich pflegerische Hilfen auf ihr Leben auswirken können. Eine internationale Literaturstudie (1990–2006). *Pflege*, 20(6):331–336, <https://doi.org/10.1024/1012-5302.20.6.331>
- Metzing, S. (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Erleben und Gestalten familialer Pflege. (1. Aufl.). Bern.
- Metzing, S.; Ostermann, T.; Robens, S. & Galatsch, M. (2019): The prevalence of young carers – a standardised survey amongst school students (KiFam-study). *Scand J Caring Sci*, 34(2): 501–513. <https://doi.org/10.1111/scs.12754>
- National Alliance for Caregiving. (2005): Young Caregivers in the U.S.: Report of Findings September 2005, https://media.uhfnyc.org/filer_public/77/f5/77f5a439-c839-44b3-86f7-c4d46b5f6d41/young_caregivers_study_083105.pdf
- Nagl-Cupal, M.; Daniel, M.; Koller, M. M. & Mayer, H. (2014): Prevalence and effects of caregiving on children. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10): 2314–2325, <https://doi.org/10.1111/jan.12388>
- Office of National Statistics (2013): Providing unpaid care may have an adverse affect on young carers' general health. Part of 2011 Census. <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20160107224205/http://www.ons.gov.uk/ons/rel/census/2011-census-analysis/provision-of-unpaid-care-in-england-and-wales--2011/sty-unpaid-care.html>
- Stamatopoulos, V. (2015): One million and counting: the hidden army of young carers in Canada, *Journal of Youth Studies*, 18(6): 809–822, <https://doi.org/10.1080/13676261.2014.992329>

SPEZIALISIERUNG IN DEN PFEGEBERUFEN

SCHLAGANFALL-LOTSEN – NEUE CHANCEN FÜR DIE PFLEGE

Georg Galle

Die Gestaltung der Zukunft der gesundheitlichen Versorgung ist eine der wichtigsten gesellschaftlichen Herausforderungen unseres Jahrzehnts. In den kommenden Jahren wird die Kohorte der Baby-Boomer-Generation – in Deutschland sind das die im Zeitraum von 1955 bis 1969 Geborenen – in das Rentenalter eintreten und damit einen demographischen Wandel einleiten, wie wir ihn historisch nur aus Zeiten der großen Kriege und Epidemien kennen. Die Anforderungen an die Versorgung werden exponentiell steigen.

Als eines der wichtigen Elemente der Versorgung steht die Pflege seit Jahren im Fokus der Politik. Allein in der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags (2013–2017) wurden drei Pflegestärkungsgesetze verabschiedet. Die Pflegeunterstützung wurde ebenso neu geregelt wie der Pflegebedürftigkeitsbegriff (Einführung der fünf Pflegegrade) und das Begutachtungsverfahren. 2019 folgte das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, das eine bessere Personalausstattung sowie bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege zum Ziel hatte. Mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen wurden Betreiber von Krankenhäusern und Altenpflege-Einrichtungen allerdings unter einen hohen Wettbewerbsdruck um qualifizierte Pflegekräfte gesetzt. Eine Folge war die gegenseitige Abwerbung von Pflegekräften mittels Prämien und die Abwanderung von Pflegekräften aus Altenheimen in besser bezahlte Jobs in den Kliniken. Dem Fachkräftemangel konnte damit nicht wirksam begegnet werden. Grundsätzliche, strukturelle Reformen, wie die deutliche Ausweitung der Kompetenzen von Pflegerinnen und Pflegern und damit zugleich die Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe, stehen weiterhin aus.

Die gesundheitspolitische Fokussierung auf die Pflege hatte in den letzten Jahren aber auch zur Folge, dass der übergeordnete Blick auf die Versorgung insgesamt und hier insbesondere auf die wachsende Zahl von Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen verstellt wurde. Insbesondere in der Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit so schwerwiegenden Erkrankungen wie dem Schlaganfall, Herzinfarkt, onkologischen Erkrankungen, Sepsis u. v. m. bestehen seit Jahrzehnten massive Defizite, die weit über den zweifelsohne wichtigen Bereich der Pflege hinausgehen. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kam bereits 2001 zu dem Schluss, dass trotz zahlreicher Bemühun-

gen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, z. B. im Bereich des Schlaganfalls, massive Defizite speziell in der strukturierten Nachsorge bestehen. Diese Defizite sind auch 20 Jahre nach Erstellung des Gutachtens nicht beseitigt. Die andauernde Segmentierung der Versorgungslandschaft mit ihren starren Sektorengrenzen ist ursächlich für Versorgungsbrüche sowie erhebliche Informationsdefizite bei Patientinnen und Patienten. Dies führt dazu, dass insbesondere in komplexen Fällen, eine adäquate Versorgung nicht oder nur partiell oder aber mit Verzögerung erfolgt. Leistungen, die das Gesundheitssystem bereits heute bietet, sind häufig nicht bekannt und können von den in der akuten Situation überforderten Betroffenen nicht ohne Hilfe erschlossen werden.

Das vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss geförderte Schlaganfall-Lotsen-Projekt STROKE OWL der „Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe“ setzt hier an. Die Verbesserung der Versorgung erfolgt dabei im Wesentlichen durch die Leitprinzipien des Care- und Case-Managements. Schlaganfall-Lotsen begleiten die Patienten fallbezogen koordinierend für ein Jahr nach dem Schlaganfall-Ereignis. Die Lotsen erbringen eine sektorübergreifende Unterstützungs- und Vernetzungsleistung auf der Fallebene wie auch auf der regionalen Ebene. Sie verantworten die Koordination und Kontinuität der Versorgung von der Akutbehandlung über die Rehabilitation, bis hin zur Nachsorge. Dabei übernimmt der Case-Manager die Aufgaben in der Regel nicht selbst, sondern ist für eine effiziente Organisation und Koordination der Behandlungen, Leistungen sowie der beteiligten Akteure in seinem Netzwerk zuständig. Mit dieser Arbeitsweise können Schlaganfall-Lotsen in erheblichem Maß zu einer Steigerung der Effizienz des Gesamtsystems beitragen, indem Versorgungsangebote sektorenübergreifend koordiniert und somit zeitnah in Anspruch genommen werden können und Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Patientenlotsen-Projekte wie das STROKE OWL-Projekt gibt es heute schon deutschlandweit für die verschiedensten Fachrichtungen und Indikationen. Neben den Schlaganfall-Lotsen kommen Lotsen bereits im Bereich der Geriatrie, Onkologie, bei psychischen Erkrankungen sowie zahlreichen weiteren Indikationen, wie z.B. Kardiologie, Osteoporose, Demenz, Parkinson, Adipositas oder Suchterkrankungen erfolgreich zum Einsatz.

Im Hinblick auf die künftige gesetzliche Verankerung der Lotsenleistung gibt die sektorenübergreifende Arbeitsweise der Patientenlotsen wichtige Weichenstellungen vor. Lotsen arbeiten stets sozialgesetzbuchübergreifend, d. h. beispielweise im Fall der Schlaganfall-Lotsen so, dass ihre Tätigkeit nach dem SGB V (Gesetzliche

Krankenversicherung) auch nach weiteren Gesetzbüchern wie das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe), SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) erfolgt. Um dieser sozialgesetzbuchübergreifenden Dimension der Versorgung Rechnung zu tragen, sollten Patientenlotsen gesetzgeberisch konstitutiv bereits im ersten Sozialgesetzbuch verankert werden. Hier müsste der folgende allgemeine und zugleich umfassende Anspruch festgeschrieben werden: „Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf haben Anspruch auf ein Care und Case Management.“ Eine Positivliste mit bestimmten Indikationen, für die grundsätzlich ein Rechtsanspruch auf eine Patientenlotsenleistung besteht, sollte im SGB V aufgenommen werden. Hier werden auch indikationsspezifische Lotsengrade, analog zu den Pflegegraden, definiert.

Der Rechtsanspruch der von einer komplexen Versorgungssituation betroffenen Patientinnen und Patienten sollte sich dabei nicht an ihre jeweilige Krankenkasse richten, sondern an eine regional verankerte Institution, die von den verschiedenen Kostenträgern nach bestimmten Schlüsseln pauschaliert, finanziell ausgestattet wird. Damit würde eine auf einzelne Versicherte bezogene Finanzierung der Lotsentätigkeit ausschließlich durch deren Krankenkasse, wie sie im heutigen System zwingend notwendig wäre, vermieden. Kostenträger aus anderen Sozialgesetzbüchern könnten an der Lotsen-Finanzierung beteiligt werden. Ein wichtiger Schritt in Richtung der künftigen Implementierung der Lotsen in das Gesundheitssystem war die Aufnahme der Patientenlotsen in den Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung im November 2021. Dort heißt es: „Für erfolgreiche geförderte Projekte, wie die der Patientenlotsen werden wir einen Pfad vorgeben, wie diese in die Regelversorgung überführt werden können.“

Das neue Berufsbild des Patientenlotsen wird nicht zuletzt für Pflegekräfte, Therapeuten und andere nicht-ärztliche Gesundheitsberufe interessante Chancen und Möglichkeiten der Weiterentwicklung bieten. In den verschiedenen Patientenlotsen-Projekten hatten die Lotsen am häufigsten eine Erstausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegende. Dabei ist die Befürchtung, das Berufsbild des Lotsen könnte den Fachkräftemangel bei den Pflegeberufen verstärken, tatsächlich unbegründet. Die Erfahrungen im STROKE OWL-Projekt zeigen, dass Lotsen mit einer pflegerischen Ausbildung oft gar nicht mehr in ihrem ursprünglichen Beruf arbeiteten. Die körperliche Belastung, denen Pflegekräfte ausgesetzt sind, ist für viele im höheren Berufsalter nicht länger tragbar. Schätzungen zufolge arbeiten mehr als 300.000 Pflegerinnen und Pfleger heute nicht mehr in ihrem erlernten Beruf. Bei vielen besteht allerdings der Wunsch, ihre langjährigen Berufserfahrungen weiter sinnvoll einsetzen zu können. Die neue Fachrichtung des

Lotsen ist hier offensichtlich eine attraktive Option und bietet neue Chancen für die Angehörigen der Pflegeberufe.

LITERATUR

Brinkmeier, M. (2021): Von der Praxis bis zur Politik: Zur Governance von Lotsenprojekten. Case Management (Heft 4). Heidelberg, S. 176–180.

Bundesverband Managed Care e.V. (2020): Kurzauswertung der BMC-Umfrage zu Patientenlotsen. Online: <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2020-07-09-Kurzauswertung-Lotsenumfrage.pdf>

Galle, G.; Brinkmeier, M. (2021): Mut zu echter Innovation: Die Einführung von Gesundheitslotsen in Deutschland. In: Engehausen, R.; Scholz, S. (Hrsg.): Innovationsfonds – Transfer in die Regelversorgung. Zwischenbilanz, Best Practice-Beispiele & Handlungsempfehlungen. Heidelberg, S. 148–165.

Galle, G. (2021): Patientenlotsen: Die Innovation in der Versorgung der 2020er-Jahre. Case Management (Heft 3). Heidelberg, S. 117–122.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [SVR]: Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III, S. 101 ff.

PFLEGEBERUFE FÜR DIE PRIMÄRVERSORGUNG: COMMUNITY HEALTH NURSING

Kerstin Berr, Irina Cichon und Amelie Montigel

Unser Gesundheitssystem sieht sich vor großen Herausforderungen. Dazu gehören die Digitalisierung, die Globalisierung, die Klimakrise und zunehmende Antibiotikaresistenzen. Gerade die Corona-Pandemie hat einige Baustellen schonungslos offengelegt, wie zum Beispiel unsere Schwäche im Bereich Öffentliche Gesundheit und die starre Fixierung auf die Behandlung Kranker, den Pflegenotstand und das Festhalten an den Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ein Mangel herrscht auch bei strategischen Konzepten, die das System in einer alternden Gesellschaft mit immer mehr multimorbiden, chronisch kranken Menschen strukturell zukunftsfähig machen. Dabei ist die wahrscheinlich größte Herausforderung, die wir derzeit in Deutschland zu spüren bekommen, der demografische Wandel. Wir wissen, dass infolge des demografischen Wandels von einem deutlichen Anstieg des Versorgungsbedarfs in der Bevölkerung auszugehen ist. So erwarten wir bis ins Jahr 2055 rund 6,8 Mio. Pflegebedürftige. Zum Vergleich: Im Jahr 2021 waren rund 5 Mio. Menschen pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt 2023). Zugleich verändert sich auch die Art des Bedarfs. Denn sowohl die Gesundheitsprobleme im Alter als auch die bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit haben in der Regel einen komplexen Charakter.

Gleichzeitig befinden wir uns in einer Zeit, in welcher die Abwanderung der Pflegekräfte aus dem Beruf die Kreation eines neuen Kofferwortes hervorgerufen hat. Der Pflerexit wurde 2021 auf den dritten Platz in der Rangfolge des „Worts des Jahres“ gesetzt (Gesellschaft für deutsche Sprache 2021). Bereits im Jahr 2019 blieben 40.000 Stellen in der Pflege unbesetzt (Robert Bosch Stiftung 2019). Die Tendenz steigt, denn immer mehr Pflegekräfte verlassen die Pflege. Dies ist ein beinahe hausgemachtes Problem. Der Trend war absehbar, und dennoch wurde das Gesundheitssystem zunehmend nach Profit ausgerichtet und es wurde drastisch an Pflegepersonalkosten eingespart. Das führte zu schlechteren Bezahlungen, einem Personalrückgang und schließlich zu fast unerträglichen Arbeitsbedingungen. Somit befindet sich der Dauerpflegenotstand nun in einem Teufelskreis. Neben denen, die den Beruf verlassen und neue berufliche Biografien aufbauen, sind auch die Gesundheitsberufe selbst vom demografischen Wandel betroffen, weil die Pflegekräfte der geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand gehen.

Auch Hausärzt:innen sind von diesem Trend betroffen. In den Jahren 2019/2020 gab es bereits 3.570 unbesetzte Stellen und jede:r siebte praktizierende Hausärzt:in war über 65 Jahre alt (Robert Bosch Stiftung 2021b). Nach einer von der Robert Bosch Stiftung beauftragten und durch das IGES Institut durchgeführten Studie werden im Jahr 2035 ca. 11.000 Hausärzt:innen fehlen und fast ein Fünftel der amtlichen Landkreise und kreisfreien Städte werden hausärztlich unterversorgt und ein weiteres Fünftel davon nahe der hausärztlichen Unterversorgung sein (Robert Bosch Stiftung 2021b). Das deutsche Versorgungssystem muss sich rasch und bedarfsgerecht umbauen, sodass die qualitativ hochwertige (Primär-)versorgung weiterhin gewährleistet werden kann. Die starre Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen ist eines der Hauptprobleme des deutschen Gesundheitssystems – insbesondere an der Schnittstelle von stationärer und weiterführender Versorgung. In Deutschland ist die Gesundheitsversorgung weiterhin stark auf den Beruf der Ärztin bzw. des Arztes ausgerichtet.

Der Blick ins Ausland zeigt, dass Primärversorgung dort nicht alleine durch Hausärzt:innen getragen wird. Die Pflege leistet einen wichtigen Beitrag bei der wohnortnahen Versorgung. Daher ist die Robert Bosch Stiftung seit 2017 gemeinsam mit der Agnes-Karll-Gesellschaft und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) mit dem Ziel angetreten, das Berufsbild der Community Health Nurse (CHN) in Deutschland zu etablieren.

Community Health Nurses qualifizieren sich durch einen Masterstudiengang und werden eigenverantwortlich in der Primärversorgung tätig, beispielsweise im Bereich der öffentlichen Gesundheit oder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Eine Schlüsselrolle kommt der Community Health Nurse insbesondere als Teil eines multiprofessionellen Teams in Primärversorgungszentren (ambulanten Gesundheitszentren) zu.

Community Health Nurses sind erste Ansprechpartner:innen, wenn es um Fragen der Gesundheit geht. Sie nehmen eine Ersteinschätzung vor und beraten fachgerecht zu Gesundheit und Krankheit. Dafür führen sie körperliche Untersuchungen und Anamnesen durch. Sie unterstützen die Patient:innen bei der Gesundheitserhaltung und -förderung und befähigen die Patient:innen zum Selbstmanagement, zum Beispiel dahingehend, alltägliche Probleme selbst zu bewältigen, regelmäßige Medikamenteneinnahme und Rücksprachen mit dem Gesundheitsversorger einzuhalten. Community Health Nurses erkennen aber auch den Versorgungsbedarf, koordinieren diesen und leiten die Patient:innen an die entsprechenden Stellen weiter.

Gleichzeitig wirkt das Konzept der Community Health Nurse auch dem akuten Fachkräftemangel in der Pflege entgegen, denn durch attraktive Karriere­möglichkeiten und bessere Arbeitsbedingungen können neues Personal gewonnen und bereits qualifizierte Fachkräfte in den Beruf zurückgebracht werden. Letztlich kann so auch dem Hausarzt:innenmangel begegnet werden.

Um die Primärversorgung und den Pflegeberuf nachhaltig zu stärken, braucht es auch in Deutschland eine Etablierung des Community Health Nursings. Das Vorhaben der Bundesregierung, die Community Health Nurse als neues Berufsprofil in Deutschland zu etablieren, ist begrüßenswert. Allerdings können innerhalb des gegenwärtigen Rechtsrahmens nur einzelne Elemente des CHN-Konzepts verwirklicht werden (vgl. Burgi & Igl 2021). Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den im internationalen Vergleich am weitesten entwickelten und wird oft als eines der besten der Welt bezeichnet. Es steht international für Spitzenmedizin. Es ist höchste Zeit, dass Deutschland seiner Bevölkerung in allen Sektoren Spitzenpflege ermöglicht und in diesem Bereich zu den internationalen Standards aufschließt.

LITERATUR

- Burgi, M. & Igl, G. (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Schriften zum Sozialrecht. Baden-Baden, <https://doi.org/10.5771/9783748924319>
- Gesellschaft für deutsche Sprache e.V. (2021): Wort des Jahres 2021, <https://gfd.de/wort-des-jahres-2021/>
- Robert Bosch Stiftung (2021a): Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland. Stuttgart, <https://www.bosch-health-campus.de/de/publikation/community-health-nursing-chn>
- Robert Bosch Stiftung (2021b): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Stuttgart, https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf
- Statistisches Bundesamt (2024): Pflegevorausberechnung in Deutschland und Bundesländer 2022 bis 2070, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/aktuell-vorausberechnung-pflegebeduerftige.html>

NATURHEILKUNDLICHE VERFAHREN IN DER PROFESSIONELLEN PFLEGE

Cornelia Mahler und Regina Stolz

Naturheilkundliche Verfahren werden seit jeher von Pflegenden in der Praxis angewandt und gehören zu den nicht-medikamentösen, pflegerischen Interventionen (Heine 2017; Mahler & Stolz 2021). Es sind pflegerische Interventionen, die im Rahmen von Hydrotherapie, Diätetik, Phytotherapie, Bewegungstherapie und Ordnungstherapie eingesetzt werden. Einen Schwerpunkt bilden die äußeren Anwendungen wie Einreibungen, Bäder, Wickel und Auflagen und die Aromapflege (Stolz et al. 2021). Die Grenze zu den durch Laien angewandten sogenannten Hausmitteln ist fließend. Diese Interventionen gelten/galten häufig als erste therapeutische Intervention mit antibakterieller, antiviraler oder symptomlindernder Wirkung, bevor eine medikamentöse Intervention bei anhaltenden Beschwerden durch einen Arzt begonnen wird/wurde. Nach pflegerischer Beratung und Anleitung können viele naturheilkundliche Pflegeinterventionen durch die Betroffenen selbst angewendet werden, was die Auseinandersetzung mit dem Symptom und dem Krankheitserleben fördert. Sie erwerben Gesundheitskompetenz und entwickeln Bewältigungsstrategien im Umgang mit Krankheitssymptomen.

Mit der biomedizinischen Ausrichtung der Medizin seit Anfang des 20. Jahrhunderts und der zunehmenden Medikalisierung in der Gesundheitsversorgung sind naturheilkundliche Verfahren zunehmend in Vergessenheit geraten und wurden nicht oder werden immer weniger eingesetzt. Auch in den Curricula der pflegerischen und medizinischen Grundqualifikationen wurde ihnen keinen Stellenwert mehr eingeräumt (van der Heijden et al. 2022). Die fehlende, externe Evidenz durch wissenschaftliche Studien und Forschungsförderung in diesem Bereich führte zudem dazu, dass diese Verfahren nicht eingesetzt und gelehrt werden. Inzwischen liegt jedoch für komplementärmedizinische und naturheilkundliche Interventionen wie Akupunktur / Akupressur, Phytotherapie oder Mind-Body-Verfahren zunehmend Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien oder Meta-Analysen vor, sodass es Empfehlungen in Leitlinien wie z. B. der S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen Patient*innen dazu gibt (Deutsche Krebsgesellschaft 2021).

Eine weitere positive Entwicklung stellt das im Rahmen eines Europäischen Projekts entstandene Integrative Nursing Education Series (INES), welches diese wich-

tigen und kostengünstigen Interventionen wieder für Lehrende in der Ausbildung von Pflegefachpersonen zugänglich gemacht hat (Lunde et al. 2023).

Die Hinwendung zu einem holistischen Menschenbild und zu einem bio-psycho-sozialem Ansatz erhält wieder zunehmend Bedeutung in der Gesundheitsversorgung, um einer qualitativ hochwertigen Versorgung und Fürsorge der Pflegebedürftigen gerecht zu werden. Dieser umfassende, menschenzugewandte Ansatz ist schon immer ein elementarer Bestandteil pflegerischer Versorgung gewesen.

Naturheilkundliche Pflegemaßnahmen, darunter auch die sogenannten Hausmittel, haben in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz. In einer bundesweiten Studie gaben 80 % der Patient*innen in Hausarztpraxen an, Hausmittel anzuwenden (Sackett et al. 2014). Informationen hierzu, deren Qualität nicht gesichert ist, erhalten die Patient*innen meist aus dem Internet, von Freunden oder Bekannten oder aus Zeitschriften. Beratung und Informationen auf Grundlage von Studien und den Erfahrungen langjährig erfahrener Pflegefachpersonen fließen nur zufällig und personenabhängig in die Versorgung ein. Dabei gilt die Anwendung von traditionellen Hausmitteln und naturheilkundlichen Pflegeinterventionen auch für die WHO als eine wichtige und oft unterschätzte Gesundheitsressource, insbesondere in der Prävention und im Management von chronischen Krankheiten (WHO 2019).

In Deutschland leiden ca. zwei Drittel der über 65-Jährigen an mindestens drei chronischen Erkrankungen (Güthlin 2020). Über die Hälfte nehmen fünf oder mehr Medikamente ein, was die Gefahr von unerwünschten Arzneimittelwirkungen mit sich bringt (Midão et al. 2018). Bei chronischen Erkrankungen, beispielsweise in der Schmerzbehandlung, können naturheilkundliche Pflegemaßnahmen effektiv eingesetzt werden (Stolz et al. 2023), um Medikamente einzusparen (Lauche et al. 2016). Die Einschätzung des Pflegebedarfs, die Auswahl der geeigneten Maßnahme und die Durchführung der Pflegemaßnahme oder die Anleitung der Pflegebedürftigen zur Selbstpflege sind Aufgaben der professionellen Pflege. Eine pflegewissenschaftliche Studie konnte zeigen, dass die Anleitung und Beratung von onkologischen Patientinnen zu naturheilkundlichen Pflegemaßnahmen zur Linderung von Symptomen (z. B. Schmerz, Übelkeit, Schlafstörung) die Selbstwirksamkeit der Patient*innen erhöht und damit einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz leistet (Mahler et al. 2019).

Einfache Pflegemaßnahmen stellen eine wichtige Ressource der Selbstfürsorge dar. Das Vertrauen der Patienten in ihre Fähigkeit zur Selbstfürsorge wiederum gilt als

starker Prädiktor für physische und emotionale Lebensqualität. Neben den chronischen Krankheiten und der Symptomlinderung in der Onkologie ist die Behandlung von akuten, unkomplizierten Atemwegsinfektionen ein weiteres Feld für den Einsatz naturheilkundlicher Pflegeinterventionen, bei denen eine rein symptomatische Therapie indiziert ist. Diese stellen einer der häufigsten Beratungsanlässe in der Allgemeinmedizin dar (Parisius et al. 2014). Der Einsatz naturheilkundlicher Pflegeinterventionen könnte dazu beitragen, den Antibiotikaverbrauch im ambulanten Bereich, in dem 85 % des gesamten Antibiotikaverbrauchs verordnet werden, zu senken (Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit & Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. 2016, korrig. Version 2017). Vor dem Hintergrund der Zunahme von Antibiotikaresistenzen kann damit einer zentralen, gesundheitspolitischen Herausforderung begegnet werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen (akademisch qualifizierten) Pflegefachpersonen und Hausärztinnen und -ärzten ist hierbei eine Voraussetzung (Joos 2021).

Die Bedingungen für die Erbringung von qualitativ hochwertiger Pflege haben sich in den letzten Jahren dramatisch verschlechtert. Pflegenden haben im Berufsalltag häufig keine Chance, ihrem Auftrag der guten Versorgung und Fürsorge für die Pflegebedürftigen gerecht zu werden, aktuelle Erkenntnisse der Pflegeforschung im Versorgungsalltag umzusetzen und damit ihren bestmöglichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung zu leisten. Diese von Pflegenden als unerträglich und würdelos empfundene Realität ist eine der Ursachen für den Berufsausstieg von Pflegefachpersonen. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, mit steigender Zahl an chronisch Kranken und steigenden Kosten im Gesundheitssektor, ist es von gesellschaftlich hoher Relevanz, Pflegefachpersonen im Beruf zu halten und ihnen zu ermöglichen, ihr Potenzial voll zu entfalten. Der Wandel zu mehr Qualität in der Pflege sowie zur Steigerung der Berufszufriedenheit kann durch die Stärkung naturheilkundlicher Pflege wesentlich unterstützt werden

Langjährige Erfahrung in der Anwendung und der Beobachtung der Effektivität naturheilkundlicher Therapien und Verfahren hat zu einem hohen Wissen und Expertise der Pflegenden im Bereich naturheilkundlicher Anwendungen geführt. Auch wenn es nach wie vor an Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Studien zu einem Großteil der Verfahren mangelt, die in der Pflege angewendet werden, kann man auf individuelle sowie konsentrierte Expertenmeinungen in vielen Bereichen aufbauen (Stolz et al. 2021). Die Pflegewissenschaft als junge Disziplin hat hier die Aufgabe diese nicht-medikamentösen Interventionen im Rahmen der Evaluation von komplexen Interventionsstudien zu untersuchen und die Evidenz in diesem Gebiet zu fördern.

LITERATUR

- Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit/Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (2016, korrig. Version 2017): *GERMAP 2015 – Bericht über den Antibiotikaverbrauch und die Verbreitung von Antibiotikaresistenzen in der Human- und Veterinärmedizin in Deutschland*. Rheinbach.
- Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF. (2021): S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen, Langversion 1.1., https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Komplement%C3%A4r/Version_1/LL_Komplement%C3%A4r_Langversion_1.0.pdf
- Güthlin, C.; Köhler, S; Dieckelmann, M. (2020): *Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen*. Frankfurt am Main, urn:nbn:de:hebis:30:3-550450 [unveröffentlichtes. Manuskript].
- Heine, R. (2017): „Wirkprinzipien äußerer Anwendungen“. In: R. Heine (Hrsg.): *Anthroposophische Pflegepraxis – Grundlagen und Anregungen für alltägliches Handeln*. Berlin, S. 387 – 417.
- Joos, S. (2021): „Herausforderungen bei der Integration komplementärmedizinischer Verfahren in die Allgemeinmedizin“. In: Brinkhaus, T. & Esch, B. (Hrsg.): *Integrative Medizin und Gesundheit*, S. 469 – 481.
- Lauche, R.; Gräf, N.; Cramer, H. et al. (2016): „Efficacy of Cabbage Leaf Wraps in the Treatment of Symptomatic Osteoarthritis of the Knee“. In: *The Clinical Journal of Pain* 32(11), S. 961 – 971.
- Lunde, A.; Busch, M.; Gunnarsdottir, T. J. et al. (2023): *Integrative Nursing: Handbook for Teachers in Nursing*, https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/94dbd130-496c-428b-9435-696cd086a10f/3.1_INES_Handbook_for_Teachers_in_Nursing.pdf
- Mahler, C.; Klafke, N.; Bentner, M. et al. (2019): „Naturheilkundliche Pflegemaßnahmen in der Onkologie“. In: *Pflegezeitschrift* 72, S. 56 – 60.
- Mahler, C. & Stolz, R. (2021): „Pflege in der Integrativen Medizin“. In: Brinkhaus, T. & Esch, B. (Hrsg.): *Integrative Medizin und Gesundheit*. Berlin, S. 265 – 278.
- Midão, L.; Giardini, A.; Menditto, E. et al. (2018): „Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe“. In: *Archives of Gerontology and Geriatrics* 78, S. 213 – 220.
- Parisius, L. M.; Stock-Schröer, B.; Berger, S. et al. (2014): „Use of home remedies: a cross-sectional survey of patients in Germany“. In: *BMC Family Practice* 15(1), S. 116.

- Sackett, K.; Carter, M.; Stanton, M. (2014): „Elders’ Use of Folk Medicine and Complementary and Alternative Therapies“. In: *Professional Case Management* 19(3), S. 113 – 123.
- Stolz, R.; Klafke, N.; Kröger, B. et al. (2021): „Generierung von Evidenz zu naturheilkundlichen Pflegeinterventionen in der Onkologie – ein systematisches Verfahren“. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 166, S. 1 – 7.
- Stolz, R.; Kaschdailewitsch, E.; Kröger, B. et al (2023): Evidenzbasierte naturheilkundliche Pflegeinterventionen in der Schmerztherapie. In: *Schmerz* 37, S. 336–343, <https://doi.org/10.1007/s00482-023-00705-w>
- van der Heijden, M.; Busch, M.; Gunnarsdottir, T. J. et al. (2022): Educational courses on non-pharmacologic complementary interventions for nurses across Europe: The INES mapping pilot study (2022). In: *Nurse Education Today* 116, 105419, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105419>
- WHO (2019): *WHO global report on traditional and complementary medicine*. Genf.

RAPID RESPONSE SYSTEME

Roman Marek, Sebastian Hottenrott, Patrick Meybohm und Konrad Reinhart

Für ihren öffentlichen Jahresbericht *Innerklinische Reanimation 2019* wertete das Deutsche Reanimationsregister 3.741 Fälle innerklinischer Reanimation aus 118 Kliniken aus. Aus den Daten geht hervor, dass 34,7 % nicht beobachtet wurden, und 7,4 % der beobachteten Herz-Kreislauf-Stillstände von medizinischen Laien bzw. den Besucherinnen und Besuchern gemeldet wurden (Seewald et al. 2020). Kommt es dann zur Reanimation, beträgt die Überlebensrate nach innerklinischer Reanimation nur knapp 20 % (Andersen et al. 2019). Im europäischen Ranking der vermeidbaren Todesfälle nimmt Deutschland mit über 220.000 vermeidbaren Todesfällen derzeit nur einen Mittelplatz ein, obwohl kaum ein anderes Land so viele finanzielle Ressourcen in sein Gesundheitssystem lenkt wie die Bundesrepublik. Auch im Hinblick auf die Krankenhaussterblichkeit in Folge eines innerklinischen Herzinfarkts und einer Sepsis steht Deutschland nicht gut da (Fleischmann-Struzek et al. 2018). Hier sind die deutschen Sterblichkeitsraten verglichen mit einer Reihe anderer europäischer Länder und Australien etwa doppelt so hoch (Anxo 2015). Zusätzlich fällt in Deutschland eine hohe Todesrate bei den Behandlungsergebnissen von einfachen und komplexen operativen Eingriffen – etwa Blindarm- und Gallenblasenoperationen bzw. Bauchspeicheldrüsen- und Speiseröhrenoperationen – auf (Baum et al. 2019). Diese Zahlen scheinen auf den ersten Blick darauf hinzudeuten, dass in Deutschland die Pflegekräfte und das fachärztliche Personal unaufmerksam sind, während die hinzugerufenen Reanimationsteams scheinbar nicht besonders effektiv sind. Doch diese Interpretation ist falsch, denn sie verkennt den systemischen Charakter eines Problems, das ursprünglich auch in anderen Ländern vorhanden war.

Im Jahr 2014 zeigte sich bei einer landesweiten Analyse von Krankenhäusern im Vereinigten Königreich, dass die häufigste Ursache vermeidbarer Todesfälle die zu spät erfolgte Wahrnehmung der Verschlechterung von Vitalfunktionen von Patientinnen und Patienten auf der Normalstationen war (Donaldson et al. 2014). Aus diesem Grund wurde dort nur ein Jahr später für das gesamte medizinische Krankenhauspersonal eine verbindliche Schulung in der Früherkennung kritischer Veränderungen der Vitalfunktionen eingeführt (Royal College of Physicians 2017). In den USA wurde diese Lücke für die Patientensicherheit sogar bereits in den 1990er Jahren erkannt, dort wurde das vermeidbare Versterben durch im Krankenhaus auftretende Komplikationen als *Failure to Rescue* (FTR) konzeptio-

nell fassbar gemacht (Silber et al. 1992). Als Reaktion auf diese Erkenntnis hat 2004 das *Institute for Health Care Improvement* (IHI) die *Protecting 5 Million Lives from Harm*-Kampagne initiiert, an der sich über 2.000 Krankenhäuser beteiligten. In diesem Kontext wurden Schnellreaktionssysteme (*Rapid Response Systems* – RRS) zu einem Kernelement der Patientensicherheit erklärt (Beyea 2007). Die für die Akkreditierung der US-amerikanischen Krankenhäuser zuständige *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) hat Sicherheitssystem-Audits eingeführt und dabei RRS zu einem verbindlichen nationalen Sicherheitsziel erklärt (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 2008). In Australien ist seit 2008 das Vorhalten eines RRS eine verbindliche Voraussetzung für die Akkreditierung von Krankenhäusern (DeVita et al. 2018). Ziel einer dort seit 2004 bestehenden internationalen Qualitätsinitiative ist eine Häufigkeit von weniger als 0,6 Herzkreislaufstillständen pro 1.000 Krankenhausaufnahmen. Erreicht wurde in Australien bisher, dass alle beteiligten Häuser unter der Rate von einem Herz-Kreislauf-Stillstand pro 1.000 Krankenhausaufnahmen blieben (DeVita et al. 2018). Im Gegensatz dazu legen die eingangs genannten Daten aus dem Deutschen Reanimationsregister für 2019 bundesweit eine Inzidenz von ca. 1,8 nahe. Dies bedeutet, dass in Deutschland jährlich mehr als 30.000 Patienten im Krankenhaus einen Herz-Kreislauf-Stillstand erleiden. Eine Reduktion von 1,8 auf den australischen Wert von 1,0 würde für Deutschland eine Reduktion um 10.000 Todesfälle bedeuten.

In zwei von drei Meta-Analysen zeigt sich eine signifikante Reduktion der Gesamtkrankenhaussterblichkeit durch Einführung von RRS (Maharaj et al. 2015; Solomon et al. 2016). Die Implementierung eines standardisierten, multimodalen RRS in 232 öffentlichen Krankenhäusern in Australien führte im Zeitraum von 2007 bis 2014 zu einer 46%igen Reduktion der Häufigkeit von Herzkreislaufstillständen, einem Rückgang der Sterblichkeit bei Herzkreislaufstillständen um 54 %, der Gesamtkrankenhaussterblichkeit um 19 % und eine Verringerung erfolgloser Wiederbelebungsversuche um 35 % (Chen et al. 2016). Hinsichtlich des Einflusses der Einführung von RRS auf die Rate von Herzkreislaufstillständen außerhalb der Intensivstation zeigt sich in verschiedenen Meta-Analysen ein signifikanter Rückgang um ein Drittel (Chan et al. 2010; Maharaj et al. 2015). Wie aber helfen RRS dabei, vermeidbare Todesfälle und Langzeitfolgen nach Herzkreislaufstillständen derart zu reduzieren? Ihr Wirkmechanismus beruht vor allem auf zwei noch nicht ausreichend bekannten Fakten (Hillman et al. 2002): Erstens weisen viele Patientinnen und Patienten bereits Stunden vor dem Eintritt eines Herzkreislauf-Stillstands deutlich sichtbare Zeichen für die Entwicklung einer lebensbedrohlichen Situation auf, und diese Zeichen sind sehr konstant über sämtliche

Krankheitsbilder wegen derer die Personen ursprünglich ins Krankenhaus eingewiesen wurden (Bleyer et al. 2011). Zweitens kann durch zeitnahes Erkennen und Behandeln der medizinischen Ursachen eine weitere Zustandsverschlechterung gestoppt werden, die dann unter Umständen zum Beispiel zu einem Herz-Kreislauf-Stillstand führen könnte, bei dem die Wiederbelebungschancen wesentlich geringer sind, als wenn man rechtzeitig eingegriffen hätte. Die kontinuierliche Überwachung der Vitalzeichen der im Krankenhaus behandelten Personen ist also ebenso wichtig wie die entsprechende Schulung des medizinischen und pflegerischen Personals: Die Verbesserung der Früherkennung von akut lebensbedrohlichen Situationen auf den Normalstationen wird im Rahmen der Einführung von RRS durch die systematische Schulung des medizinischen Personals auf Basis eines *Early Warning Scores* erreicht, in dem die Symptome, die auf eine akute Zustandsverschlechterung des Kranken hinweisen, zusammengefasst und gewichtet werden („Afferentes Element“).

Eine weitere wichtige Komponente des RRS stellen speziell ausgebildete *Medizinisches Einsatz Teams* (MET) dar, die sich durch eine besondere Expertise in der Notfallbehandlung auszeichnen und auch auf Basis zunehmender Erfahrung und mit der richtigen Ausrüstung die notfallmäßige Behandlung durchführen. Die METs, auch Rapid Response Teams (RRT) genannt, können über einen klar definierten Alarmierungsalgorithmus in alle Krankenhausbereiche gerufen werden (DeVita et al. 2006). Neben festen Parametern etwa zu Atemfrequenz, Blutdruck, Temperatur etc. spielen auch logistische Parameter („Stationsarzt steht nicht innerhalb von 10 Minuten zur Verfügung“) und der subjektive Eindruck der Pflegekräfte eine wichtige Rolle („Gefühl, dem Patienten geht es schlecht“) (Russo et al. 2007). Hierin spiegelt sich auch eine Aufwertung der Einschätzung der Situation durch die Pflegekräfte, die die Patientinnen und Patienten am intensivsten betreuen. So betont etwa das Universitätsklinikum Bonn, dass das MET grundsätzlich von jedem Mitarbeitenden angefordert werden kann (Universitätsklinikum Bonn 2022), also theoretisch auch von einer Reinigungskraft. Andere Krankenhäuser ermutigen auch Besucherinnen und Besucher, bei plötzlichen Verschlechterungen des Zustands das MET zu rufen. Die METs bieten in gewisser Weise eine präventive Intensivmedizin an, die Mitglieder werden hierfür speziell ausgebildet. Die Zusammensetzung der Teams ist nicht einheitlich festgelegt, meist handelt es sich um eine Anästhesistin/einen Anästhesisten und eine Intensivpflegekraft, die in der Routine auf der chirurgischen Intensivstation gemeinsam Dienst versehen. Das fachärztliche Personal hat meist den Einsatz im Notarztdienst absolviert und verfügt über den Fachkundenachweis Rettungsdienst bzw. die Weiterbildung Notfallmedizin. Die Pflegekräfte besitzen langjährige intensivmedizinische Erfahrung und/oder

Zusatzqualifikationen im notfallmedizinischen Bereich (Rettungsassistent/-sanitäter, Fachkrankenpflege). Mit seiner Ausrüstung ist das MET in der Lage, an jeder Stelle des Klinikgeländes einen akuten Herz-Kreislauf-Stillstand sowie alle anderen notfallmedizinisch relevanten Krankheitsbilder primär zu versorgen, analog zum präklinischen Rettungsdienst.

Die Verbesserung gegenüber der Ist-Situation in Deutschland lässt sich daran er-messen, dass derzeit das medizinische Krankenhauspersonal lediglich für Wiederbelebungsmaßnahmen, nicht aber in der Früherkennung lebensbedrohlicher Situationen geschult wird. Die hier bestehenden Probleme sollten ehrlich angesprochen werden: „Hand aufs Herz: Wer hat nicht schon einmal eine Reanimation im eigenen Hause erlebt, bei welcher in der späteren Aufarbeitung nicht der Gedanke kam, ob man die klinische Entwicklung dieses Patienten hätte nicht schon früher erkennen können oder müssen. Wäre die Reanimation nicht potenziell vermeidbar gewesen? Sind die Überbrückungsmaßnahmen, wie z. B. der Basic Life Support, bis zum Eintreffen des Reanimationsteams wirklich effektiv gewesen? Warum kannten sich die ärztlichen Kollegen und die Pflegekräfte der Station so schlecht mit der Notfallausstattung (Defibrillator, Medikamente, Absaugung, etc.) auf Station aus?“ (Arntz & Somasundaram 2010) In den meisten Kliniken in Deutschland werden spezialisierte Einsatzteams erst bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand gerufen, lediglich in 11 % der Krankenhäuser gehören Frühzeichen einer Verschlechterung des Patienten zu den Alarmierungskriterien. In ca. 50 % der Häuser, die schon über ein MET im Rahmen eines RRS verfügen, wird dieses nur selten alarmiert, wenn ein Patient noch nicht reanimationspflichtig ist. Zusätzlich verfügen 10 % der Häuser nicht über eine zentrale Notrufnummer (Heller & Koch 2020). Im eben erwähnten Universitätsklinikum Bonn, dass pro Jahr etwa 350.000 ambulante und 50.000 stationäre Patientinnen und Patienten sowie 40.000 Notfälle behandelt, rückte das innerklinische Notfallteam ca. 450 mal pro Jahr zu Einsätzen aus (Universitätsklinikum Bonn 2022).

Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung von RRS sind Kenntnisse und Fertigkeiten zur Anwendung eines Frühwarn-Scores zu Ursachen, Erkennung und Therapie von akuten Störungen der Vitalfunktionen. Die Erstellung und Konsentierung des Frühwarn-Scores und des Fortbildungscurriculums sollte unter Mitwirkung des externen Fachbeirats erfolgen. In vielen Gesundheitssystemen sind eine gering ausgeprägte Sicherheits- und Qualitätsmanagementkultur und hierarchische Strukturen in den Krankenhäusern eine starke Barriere für die Einführung von RRS. Diese müssen durch einheitliche Vorgaben überwunden werden. Es muss sich auf eine einheitliche Terminologie sowie Definitionen von Aktivierungs-

mechanismen und Outcome-Parametern geeinigt werden. Nach Konsentierung eines einheitlichen Mindestdatensatzes zur Dokumentation der innerklinischer MET-Einsätze können die Erfolge sichtbar gemacht werden. Der Implementierungs- und Qualifizierungsprozess der Krankenhäuser sollte durch ein projektspezifisches Change-Team koordiniert werden. Die Qualifizierungsstrategie beginnt mit der Entwicklung eines integrierten, kompetenz-basierten und modularen Curriculums (Khan & Law 2015; Thomas et al. 2015).

LITERATUR

- Andersen, L. W.; Holmberg, M. J.; Berg, K. M. et al. (2019): „In-Hospital Cardiac Arrest“. In: *JAMA* 321(12), S. 1200.
- Anxo, D. (2015): *The State of Health in the EU: Companion Report 2019*. Luxemburg.
- Arntz, H.-R.; Somasundaram, R. (2010): „Innerklinische Notfälle“. In: *Notfall + Rettungsmedizin* 13(8), S. 753.
- Baum, P.; Diers, J.; Lichthardt, S. et al. (2019): „Sterblichkeit und Komplikationen nach viszeralchirurgischen Operationen (Mortality and Complications Following Visceral Surgery)“. In: *Deutsches Arzteblatt International* 116(44), S. 739–746.
- Beya, S. C. (2007): „The Protecting 5 Million Lives from Harm Campaign“. In: *AORN Journal* 85(5), S. 961–964.
- Bleyer, A. J.; Vidya, S.; Russell, G. B. et al. (2011): „Longitudinal analysis of one million vital signs in patients in an academic medical center“. In: *Resuscitation* 82(11), S. 1387–1392.
- Chan, P. S.; Jain, R.; Nallmothu, B. K. et al. (2010): „Rapid Response Teams: A Systematic Review and Meta-analysis“. In: *Archives of internal medicine* 170(1), S. 18–26.
- Chen, J.; Ou, L.; Flabouris, A. et al. (2016): „Impact of a standardized rapid response system on outcomes in a large healthcare jurisdiction“. In: *Resuscitation* 107, S. 47–56.
- DeVita, M. A.; Bellomo, R.; Hillman, K. et al. (2006): „Findings of the First Consensus Conference on Medical Emergency Teams“. In: *Critical care medicine* 34(9), S. 2463–2478.
- DeVita, M. A./Hillman, K.; Bellomo, R. et al. (2018): *Textbook of Rapid Response Systems* (Bd. 126). Basel.

- Donaldson, L. J.; Panesar, S. S.; Darzi, A. (2014): „Patient-Safety-Related Hospital Deaths in England: Thematic Analysis of Incidents Reported to a National Database, 2010–2012“. In: *PLoS medicine* 11(6), S. e1001667.
- Farin, E.; Möhler, R.; Meyer, G. (2017): „Doppelte Komplexität: komplexe Interventionen in komplexen Kontexten“. In: H. Pfaff; E. A. M. Neugebauer; G. Glaske; M. Schrappe (Hrsg.): *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Stuttgart, 2. Aufl., S. 84–88.
- Fleischmann-Struzek, C.; Mikolajetz, A.; Schwarzkopf, D. et al. (2018): „Challenges in assessing the burden of sepsis and understanding the inequalities of sepsis outcomes between National Health Systems: secular trends in sepsis and infection incidence and mortality in Germany“. In: *Intensive care medicine* 44(11), S. 1826–1835.
- Heller, A. R.; Koch, T. (2020): „Innerklinisches Notfallmanagement“. In: *Der Anaesthesist* 69(10), S. 702–711.
- Hillman, K.; Bristow, P.; Chey, T. et al. (2002): „Duration of life-threatening antecedents prior to intensive care admission“. In: *Intensive care medicine* 28(11), S. 1629–1634.
- Khan, M. A.; Law, L. S. (2015): „An Integrative Approach to Curriculum Development in Higher Education in the USA: A Theoretical Framework“. In: *International Education Studies* 8(3), 66–76.
- Maharaj, Ritesh/Raffaele, Ivan/Wendon, Julia (2015): „Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis“. In: *Critical Care* 19(1), S. 254–254.
- Royal College of Physicians (2017): *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS* (Bd. 17).
- Russo, S. G.; Eich, C.; Roessler, M. et al. (2007): „Medizinische Notfallteams“. In: *Der Anaesthesist* 57(1), S. 70–80.
- Seewald, S.; Brenner, S.; Fischer, M. et al. (2020): *Öffentlicher Jahresbericht 2019 des Deutschen Reanimationsregisters: Innerklinische Reanimation 2019*.
- Silber, J. H.; Williams, S. V.; Krakauer, H. et al. (1992): „Hospital and Patient Characteristics Associated With Death After Surgery“. In: *Medical care* 30(7), S. 615–629.
- Solomon, R. S.; Corwin, G. S.; Barclay, D. C. et al. (2016): „Effectiveness of rapid response teams on rates of in-hospital cardiopulmonary arrest and mortality: A systematic review and meta-analysis“. In: *Journal of Hospital Medicine* 11(6), S. 438–445.

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2008): „2008 National Patient Safety Goals. Hospital“. S. 135 – 135.

Thomas, P. A.; Kern, D. E.; Hughes, M. T. et al. (2015): *Curriculum development for medical education: A six-step approach*.

Universitätsklinikum Bonn (2022): „MET – Medical Emergency Team: Zielsetzung“. Universitätsklinikum Bonn: Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, <https://www.ukbonn.de/anaesthesiologie/intensivmedizin/met-medical-emergency-team/notfallteam/>

PFLEGE ALS ÜBERGREIFENDES GESELLSCHAFTLICHES KONZEPT – AKTUELLE UND HISTORISCHE ASPEKTE

KLINISCHE ETHIK-KOMITEES UND KEIN RAUM FÜR CARE-ETHIK?

Helen Kohlen

Einleitung

Klinische Ethikkomitees haben sich in den letzten 25 Jahren zur häufigsten Organisationsform klinischer Ethikberatung in deutschen Krankenhäusern etabliert. Sie repräsentieren in der Regel die Arbeit in der Klinischen Ethik und organisieren ihre Aktivitäten. Zu ihren Aufgaben gehören die Organisation und Durchführung von ethischen Fallbesprechungen, Fortbildungen sowie die Entwicklung von Handlungsempfehlungen (Leitlinien) für die klinische Alltagspraxis. Studien haben gezeigt, dass das Prinzipienmodell mit einer Orientierung an Autonomie, Benefizien, Non-Malefizien und Gerechtigkeit, die Arbeit Klinischer Ethik-(Komitees) dominiert, während care-ethische Ansätze, die eine Reflexion von Beziehungen, situativen Kontexten und Fragen von Machtverhältnissen einräumen, kaum Anwendung finden. Die Folge ist, dass Konflikte, die durch eine care-ethische Sprache erfasst werden könnten, im Rahmen einer Prinzipienorientierung an den Rand gedrängt, gar ignoriert werden und ungelöst bleiben. Im Beitrag liegt der Schwerpunkt auf einem praxisorientierten care-ethischen Ansatz, der Fragen nach Achtsamkeit, Verantwortung, Kompetenz und Resonanz in den Vordergrund stellt.

Klinische Ethikkomitees

Im deutschsprachigen Raum wurde die Einrichtung Klinischer Ethikkomitees (KEK) vor allem von konfessionellen Krankenhausträgern favorisiert.¹ Im Zuge der Akkreditierung von Krankenhäusern kann inzwischen von einer flächendeckenden Etablierung Klinischer Ethikkomitees gesprochen werden. Multiprofessionalität ist eines ihrer charakteristischen Merkmale. Entsprechend kommen die Komiteemitglieder vor allem aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie aus der Verwaltung, der Seelsorge und dem Sozialdienst. Zu ihren zentralen Aufgaben gehört die Organisation und Durchführung ethischer Fallberatungen, von Fort-

1 Kohlen, H. (2009): *Conflicts of Care. Hospital Ethics Committees in the USA and in Germany.* Frankfurt a. M./New York.

bildungen und die Entwicklung von Handlungsempfehlungen, wie zum Beispiel zur Handhabung von Patientenverfügungen. Eine Fallberatung durch die Mitglieder des KEKs kann entweder *ad hoc* oder retrospektiv stattfinden. Ad-hoc-Beratungen finden in der Regel am Ort des Bedarfes, zum Beispiel auf einer Intensivstation statt. Retrospektive Beratungen finden meistens im Rahmen einer Komitee-Sitzung statt. Fortbildungen können sowohl für die Komiteemitglieder organisiert werden als auch für das gesamte Klinikpersonal.

Der Erfolg eines Komitees wird vorrangig nach der Anzahl und Wirkweise von ethischen Fallberatungen beurteilt. Entsprechend sind Komiteemitglieder gefordert, dass es gelingt, die professionellen Akteure der klinischen Praxis, insbesondere das medizinische und pflegerische Personal, in Bezug auf ethische Fragen zu sensibilisieren und sich nicht zu scheuen, Fallberatungen anzufordern. Dieser Prozess kann gelingen, wenn die Fallberatungen Entscheidungsfindungsprozesse klären, verschiedene Perspektiven (u. a. auch der Angehörigen) erhellen und die ethischen Begründungen – vor dem Hintergrund juristischer Setzungen – Handlungssicherheit geben können.

Einerseits lässt sich die leichte Handhabbarkeit und Effizienz des Modells, die wesentlichen ethischen Fragen auf den Punkt zu bringen, nicht leugnen. Andererseits kann – insbesondere in der Realität eines Klinikalltags unter Zeitdruck – eine Orientierung an den vier Prinzipien zu einer Reduktion führen, die einen Ausschluss oder Ignoranz gegenüber anderen ethischen Fragen mit sich bringt, zum Beispiel gegenüber Fragen nach Achtsamkeit und Verantwortung.

Care-Ethik

Im hippokratischen Eid finden sich nach Beauchamp und Childress (2019)² zwei der vier Prinzipien, nämlich Wohltun (*beneficence*) und Nicht-Schaden (*non-maleficence*). Autonomie hingegen kommt nicht vor. Von seinen Wurzeln her ist das ärztliche und pflegerische Ethos ein Ethos der Fürsorge. Das heilkundliche Ethos findet seinen Grund in der *conditio humana*, mit der Perspektive, dass das ‚menschliche Leben in Beziehung‘ dem eigenständigen Leben vorausgeht. Insbesondere Kinder, hilfsbedürftige, kranke und alte Menschen sind auf Zuwendung angewiesen. Der anthropologische Ausgangspunkt care-ethischer Ansätze ist die Angewiesenheit von Menschen. Autonomie ist nicht ihr Ausgangspunkt, sondern ihr Ziel.

2 Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2019): Principles of Biomedical Ethics (8. Aufl.). Oxford.

Wer den Begriff *Ethics of Care* prägte, ist nicht bekannt, wohl aber, wo dieser zuerst genannt wurde, und zwar in den frühen sozialwissenschaftlichen Studien von Carol Gilligans Studien zu Beginn der 1980er Jahre.³ Die amerikanische Entwicklungspsychologin betrachtet Care als eine umfassende Perspektive der Verbundenheit und bezeichnet sie als ein Moralverständnis, das einen Orientierungsrahmen für moralische Entscheidungen gibt. Ihre Studien (Interviewserien) sind nicht nur ein empirisches Fundament für eine theoretische Auseinandersetzung einer *Ethics of Care*, sondern haben auch eine lebhaftige Diskussion über das Verhältnis der postulierten Fürsorge- zu einer Gerechtigkeitsperspektive angestoßen. Gilligan weist die Möglichkeit eines unparteiischen moralischen Standpunkts zurück und zeigt die Abhängigkeit moralischer Urteile von den jeweiligen situativen und relationalen Kontexten. Für ihre Studien hat sie insbesondere Erfahrungen von Frauen in den Blick genommen und sich für ihre von sorgenden Aktivitäten gekennzeichnete Praxis interessiert.

Eine Konzeptionalisierung von Care als Praxis unterscheidet sich von einer Konzeptionalisierung als Prinzip oder Emotion. Care als Praxis zu fassen, impliziert, dass Überlegungen und Handlungen eine Rolle spielen: Gedanken, Emotionen und Handlungen stehen miteinander in Verbindung und sind auf ein bestimmtes Ziel gerichtet.⁴ Wenn sorgende Arbeit geleistet wird, müssen Beziehungen zu abhängigen Menschen wie Kindern, älteren Menschen oder kranken und sterbenden Patientinnen und Patienten aufgebaut und gestärkt werden, und zwar unabhängig davon, ob diese Beziehungen freiwillig eingegangen werden oder gesellschaftlich oder beruflich vorgeschrieben sind. Im sorgenden Handeln spielen daher normative und interaktiv anerkannte Bedürfnisse eine entscheidende Rolle.

Unabhängig von der Geschichte der Bioethik und dem favorisierten Modell der Prinzipienethik wurden in den 1990er Jahren theoretische Ansätze einer Care-Ethik erarbeitet. Ein praxisorientiertes Modell der engagierten Sorge hat die Politikwissenschaftlerin Joan Tronto entwickelt.⁵

3 Gilligan, C. (1982): *In a different voice. Psychological Theory and Women's Development.* Massachusetts.

4 Conradi, E. (2001): *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit.* Frankfurt, New York.

5 Tronto, J. (1993): *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care.* London.

Auch wenn die folgenden Phasen und ethischen Dimensionen in der Praxis miteinander verwoben sind, so ist die Differenzierung theoretisch hilfreich, um Care als einen gehaltvollen und umfassenden Prozess zu verstehen.

In der Praxis bedeutet dies für eine Ärztin oder eine Pflegende als Care-Giver, dass sie die Perspektive einer Patientin oder eines Patienten einzunehmen und für die identifizierten Bedürfnisse Verantwortung übernehmen und wissen, wie Unterstützung für die konkrete Person aussehen kann (Phase 1). Für die nächste Phase (Phase 2) ist die Wahrnehmung der eigenen Handlungsmächtigkeit erforderlich (*caring for*). Im Anschluss vollzieht sich das eigentliche Versorgen, das heißt die Umsetzung von (fachlichen) Aktivitäten (*care giving*) (Phase 3). Dies beinhaltet körperliche Handlungen und das In-Kontakt-Treten mit dem bedürftigen und zu pflegenden Menschen. Schließlich folgt eine Reaktion der Patient:innen darauf (*care receiving*) (Phase 4). Patient:innen zeigen, ob und wenn ja, inwiefern, die Handlungen ihnen beispielsweise durch die Verminderung von Schmerzen geholfen haben.

Achtsamkeit verweist auf die Voraussetzung zu erkennen, dass ein Bedürfnis vorliegt, das eine Reaktion verlangt und Ignoranz als moralisches Übel nicht zulässt. Verantwortlichkeit als zweite ethische Dimension unterscheidet sich bei Tronto von einer Erfüllung von Pflichten. Es gilt, die Hintergründe und die Entstehung von Konflikten (und Verletzungen) bei einer Verantwortungsübernahme zu klären. Zu den Verantwortlichkeiten gehört auch eine Kritik an hierarchischen Vorstellungen von Klasse, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit. Auch Fragen der Kompetenz erhalten im Rahmen dieses care-ethischen Ansatzes eine ethische Dimension. Stehen zur Versorgung fachliche Ressourcen nicht zur Verfügung oder besteht eine eigene Unzulänglichkeit, so sei dafür zu sorgen, dass eine andere fachkundige Person die Versorgung bzw. Pflege übernimmt. Resonanz hat für Tronto eine ethische Dimension, weil Care eine Praxis ist, die sich nur dann gut entfalten kann, wenn Resonanz auf eine sorgende Aktivität ermöglicht wird, d. h. wenn z. B. die Sorgeempfängerin zeigen kann, welche Wirkungen eine therapeutische Maßnahme auf sie hat.

Die Philosophin und Politikwissenschaftlerin Elisabeth Conradi (2001) knüpft an die Arbeiten von Carol Gilligan und Joan Tronto an, die Care als eine umfassende Perspektive der Verbundenheit und Bezugsrahmen für moralische Entscheidungen verstehen. In Anlehnung an Tronto versteht Conradi Care-(Ethik) als eine Praxis und entfaltet sie anhand von neun Thesen:

1. Care ist eine interaktive menschliche Praxis.
2. Im Verlauf von Care-Interaktionen entsteht zwischen den daran beteiligten Menschen eine Beziehung.
3. Care umfasst den Aspekt der Bezogenheit ebenso wie sorgende (praktische) Aktivitäten.
4. Care umfasst sowohl das Zuwenden als auch das Annehmen von Zuwendung.
5. Die Asymmetrie von Care-Interaktionen hat insofern eine besondere Bedeutung, als mit ihr eine Dynamik der Macht verbunden ist. Pflegende sind stets neu herausgefordert, Machtdifferenzen wahrzunehmen und zu begrenzen.
6. An Care-Interaktionen beteiligte Menschen sind unterschiedlich autonom, denn sie unterscheiden sich voneinander in ihren Fähigkeiten, Kompetenzen und in ihrer Autonomie. Elisabeth Conradi ist der Auffassung, dass Achtung in Care-Interaktionen nicht an eine Unterstellung von Autonomie gebunden ist. Gerade in Care-Interaktionen geht es darum, Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit im Sinne eines Verständnisses von Autonomie zu achten und nicht Autonomie vorauszusetzen. Nicht Autonomie und Konsens stehen im Fokus einer Care-Ethik, sondern Bezogenheit und Differenz.
7. Achtsamkeit ist ein Geschenk, dass nicht an eine Gegengabe gebunden ist. Achtsamkeit entstand nach Conradi aus der Notwendigkeit, Achtung zu entwickeln.
8. Care-Interaktionen können im Sinne Conradis auch nonverbal sein, d. h., auch körperliche Berührungen sind eingeschlossen.
9. Bei Care-Interaktionen sind Fühlen, Denken und Handeln miteinander verwoben. Gefühl und Verstand miteinander in Beziehung zu setzen, hält Conradi für einen zentralen Aspekt der Praxis Care. Es geht um ein reflektiertes Handeln, das affektiv-emotionale mit kognitiven Anteilen verbindet.⁶

Raum für Care-Ethik in der Klinischen Ethik

Care-ethische Ansätze haben in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit gewonnen. Als klinischer Ethiker berichtet Rouven Porz über seine Erfahrungen, Care-Ethik an Studierende der Medizin zu vermitteln. Er zeigt, wie sich ihr Blick verändert und erweitert, wenn sie die Grenzen der Prinzipienethik erkennen und eine care-ethische Perspektive einnehmen. Er betont: „Care-Ethik ist ein Denkparadigma, es muss beim Denken helfen, sonst verfehlt es seinen Zweck: ‘The proof of the pudding is in the eating’. Das heißt, man kann die Qualität und die Möglichkeiten

6 Conradi, E. (2001): s. o.

der Care-Ethik erst beurteilen, wenn man sie ausprobiert hat. Die praktische Anwendbarkeit zeigt, ob die Theorie etwas nützt.“⁷ Dieser Hinweis lädt dazu ein, einen Ansatz der Care-Ethik auszuprobieren und die Tauglichkeit für die klinische Alltagspraxis zu prüfen.

Auch wenn sich eine Ethikberatung, wie die im folgenden Beispiel, beobachtet in einer KEK-Sitzung, kaum noch ereignen mag, so kann sie illustrieren, wie die Reduktion auf ein ethisches Prinzip zu Auslassungen in einer ethischen Analyse führen kann und welche Möglichkeiten die Fragen aus einer care-ethischen Perspektive bieten.

Das Beispiel: Ein Stationsarzt der geriatrischen Abteilung berichtet im Komitee von einer hochbetagten alten Dame mit Diabetes und der Diagnose Demenz, die stetig den Wunsch äußerte, nach Hause zu wollen. Er fügt hinzu, dass man ihren Wunsch aufgrund ihres Zustandes allerdings nicht ernst nehmen könne. Heute Morgen habe ihm das Pflorgeteam mitgeteilt, dass die Dame zum Kiosk wollte und seitdem nicht mehr aufzufinden sei. Er sei ratlos und deshalb trage er die Geschichte im Komitee vor.

Die Diskussion: Auf die Frage einer Komitee-Teilnehmerin, ob die Dame denn keine Angehörigen habe, meint der Arzt, dass die Dame keine eindeutigen Angaben machen könne, sie auch keine Telefonnummer habe. Schließlich sei die Arbeitsbelastung so hoch, dass man sich nicht mehr mit solchen Dingen beschäftigen könne. Eine weitere Frage aus der Runde der Komiteemitglieder bezieht sich auf die Pflegenden und ihre Kompetenz im Umgang mit dementen Menschen. Der Arzt wehrt mit der Aussage ab, dass manche „so grottendement“ seien, dass man nichts machen könne. Es schließt eine Diskussion über Möglichkeiten der Entmündigung und Betreuungsverfügungen an. Der Moderator wird ungeduldig und beendet die Ethikberatung mit der Aussage: „Die Frage, was die Autonomie der Patientin betrifft, und was sie wirklich will, ist ungeklärt und damit unbefriedigend“. Dann widmen sich die Komiteemitglieder einem anderen Thema.

Interpretation: Es ist erstaunlich, dass es ein Arzt ist, der die Flucht der alten Dame als Problemfall vorträgt, denn es gehört in den Kompetenz- und Verantwortungsbereich der Pflege, sich auf die Welt der Verirrungen der alten Dame einzulassen und den klassischen Bewegungsdrang zu erkennen und damit umzugehen,

7 Porz, R. (2018): Care-Ethik ist nicht gleich Pflegeethik. In: Riedel, A. & Linde, A. C. (Hrsg.): Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene. Berlin, S. 13–19.

FÜRSORGE FÜR ZUKÜNFTIGE PATIENT:INNEN-GENERATIONEN?

Claudia Bozzaro

Fürsorge für zukünftige Patient:innen-Generationen?

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, einige philosophisch inspirierten Überlegungen zur Sorge mit den aktuellen Diskussionen über Nachhaltigkeit zu verbinden.

Dafür werden drei Schritte durchgeführt. Nach einer philosophisch inspirierten Konturierung des Sorgebegriffs wird auf das Konzept der Nachhaltigkeit eingegangen und Verbindungslinien zur Sorge bzw. Fürsorge gezogen. Drittens werde ich exemplarisch auf ein spezifisches Nachhaltigkeitsproblem in der Medizin eingehen, und zwar die Antibiotika-Krise und auf die dadurch aufgeworfene Frage, was es bedeutet, Fürsorge für zukünftige Patient:innen-Generationen zu übernehmen. Abschließend wird skizziert, was ein nachhaltiges Gesundheitswesen ausmacht, das vom Gedanken der Sorge für die jetzigen und die zukünftigen Patient:innen getragen ist.

Was ist Sorge bzw. wer ist CURA?

Als einst die ‚Sorge‘ über einen Fluß ging, sah sie tonhaltiges Erdreich; sinnend nahm sie davon ein Stück und begann es zu formen. Während sie bei sich darüber nachdenkt, was sie geschaffen, tritt Jupiter hinzu. Ihn bittet die ‚Sorge‘, daß er dem geformten Stück Ton Geist verleihe. Das gewährte ihr Jupiter gern. Als sie aber ihrem Gebilde nun ihren Namen beilegen wollte, verbot das Jupiter und verlangte, daß ihm sein Name gegeben werden müsse. Während über den Namen die Sorge und Jupiter miteinander stritten, erhob sich auch die Erde (Tellus) und begehrte, daß dem Gebilde ihr Name beigelegt werde, da sie ja doch ihm ein Stück ihres Leibes dargeboten habe. Die Streitende nahmen Saturn zum Richter. Und ihnen erteilte Saturn folgende anscheinend gerechte Entscheidung: Du, Jupiter, weil du den Geist gegeben hast, sollst bei seinem Tode den Geist, Du, Erde, weil du den Körper geschenkt hast, sollst den Körper empfangen. Weil aber die Sorge dieses Wesen zuerst gebildet, so möge, so lange es lebt, die Sorge es

besitzen. Weil über den Namen Streit besteht, so möge es ‚homo‘ heißen, da es aus humus (Erde) gemacht ist.“¹

Die vom römischen Schriftsteller Hyginus verfasste Geschichte von Cura ist ein klassischer Schöpfungsmythos. Er lehrt uns, dass die Sorge etwas dem Menschen Immanentes ist. Es gehört zur *conditio humana* Sorgen zu haben, sich sorgen zu müssen. Wie kaum ein anderes Lebewesen sind Menschen, vor allem am Lebensanfang, auf die Fürsorge anderer angewiesen. Je autonomer der einzelne Mensch mit der Zeit wird, je mehr er für sich selbst oder dann auch für andere Sorge tragen kann, desto eher vergisst er häufig seine eigene Vulnerabilität, Angewiesenheit und Bedürftigkeit. Erfahrungen der Krankheit, des Leidens, des Verlustes aber auch das Altern reißen ihn aus der Illusion von Sorglosigkeit.

Doch die Sorge verweist nicht nur auf die durch die Leiblichkeit bedingte Vulnerabilität. Vielmehr ist die Sorge eine, wie Martin Heidegger hervorgehoben hat, „Seinsweise“ des Menschen.² Die Sorge ist der menschlichen Existenz, genauer gesagt, dem Selbstverhältnis des Menschen zu sich und seiner Existenz inhärent. Sorge und Angst sind bei Heidegger unmittelbar mit dem Bewusstsein oder der Ahnung der eigenen Endlichkeit verbunden. Menschliches Leben ist einerseits durch die Offenheit und Unverfügbarkeit seines Anfanges, der Natalität (Hannah Arendt) ausgezeichnet, andererseits durch sein ständiges „Vorlaufen in den Tod“ (Heidegger). In diesem Sinne behält die Sorge tatsächlich, wie in der Fabel des Hyginus, den Menschen zeit seines Lebens in ihrer Macht. Erst der Tod befreit ihn endgültig von der Sorge. So wie die Sorge eine Grundstruktur des Daseins ist, so ist die Fürsorge der Modus, in dem man sich zu dem Anderen verhält. Wer sich der eigenen Bedürftigkeit und Abhängigkeit bewusst ist, müsste sich entsprechend – gewissermaßen per Analogie – zur Fürsorge für den Anderen verantwortlich fühlen. Aus dem Wunsch, selbst Fürsorge zu erleben, erwächst die wechselseitige moralische Verpflichtung der gegenseitigen Fürsorge. Im Zentrum klassischer Sorgebeziehungen stehen in der Regel konkrete Personen, die in einer konkreten Beziehung zueinanderstehen. Idealtypische Sorgebeziehungen, wie die zwischen Eltern und Kindern oder zwischen Arzt und Patient haben daher einen Gegenwartsbezug. Dieser Gegenwartsbezug steht in einer gewissen Spannung zu den aktuell quasi omnipräsenten Forderungen nach mehr Nachhaltigkeit, nach einer

1 Fabel von Hyginus zitiert nach Burdach, K. (1923): Faust und die Sorge. Deutsche Vierteljahresschrift für Literaturwissenschaft und Geistesgeschichte I, S. 1–60, hier 41 f.

2 Heidegger, M. (2006): Sein und Zeit, 19. Auflage, Tübingen: Niemeyer.

stärkeren Verantwortungsübernahme der heute Lebenden gegenüber zukünftiger Generationen.³

Nachhaltigkeit als Sorge für die Zukunft

Dem Begriff der Nachhaltigkeit wurde zum ersten Mal in einer Schrift aus dem Jahr 1713 nachgegangen, in der es um die Frage nach dem richtigen Umgang mit einer begrenzten aber lebensnotwendigen Ressource ging: dem Wald.⁴ Von seinem Ursprung her ist der Begriff der Nachhaltigkeit ein ökonomischer Begriff; er beschreibt eine Weise des Haushaltens, des Umgangs mit einer begrenzten aber lebensnotwendigen ökologischen Ressource. Man könnte es auch so ausdrücken: Bei der Nachhaltigkeit geht es um eine Form der Vor-Sorge mit dem Ziel des Selbsterhalts, der Selbst-Sorge. Nachhaltiges Handeln setzt die Fähigkeit voraus, die Zukunft zu antizipieren und aktuelle mit zukünftigen Bedürfnissen abzuwägen.

Seit dem 18. Jahrhundert haben sich menschliche Handlungs- und Lebensweisen massiv verändert. Die räumliche und zeitliche Reichweite menschlicher Handlungen hat sich enorm erweitert, und mit ihr leider auch ihr Zerstörungspotential. Steigt man z. B. heute in Hamburg in ein Flugzeug, um zu einer Tagung nach Rom zu fahren, so trägt man (wenn in der Regel auch ungewollt) zu hochkomplexen Prozessen bei, die im kommenden Jahr auf der anderen Seite der Welt zu massiven Überschwemmungen mit verheerenden Todesfällen führen können. Diese hier nur angedeuteten Veränderungen der Reichweite menschlichen Handelns hat, wie Hans Jonas zu Beginn der 1980er Jahre richtig gesehen hat, auch einen Einfluss darauf, wie die Folgen und somit die Verantwortung für das eigene Handeln wahrgenommen werden⁵. Da Handlungsprozesse hoch komplex geworden sind und die Folgen einzelner Handlungen oft nicht mehr unmittelbar sichtbar sind, ist es schwieriger geworden, Verantwortungszusammenhänge eindeutig festzustellen.

- 3 Für eine ausführlichere Betrachtung dieser Sorge-Überlegungen vgl. Bozzaro, C. (2020): Sich im Leiden des Anderen wiedererkennen. Die Gabe der Fürsorge als Grundlage einer authentischen Arzt-Patient-Beziehung. In: Maio, G. (Hrsg.): Ethik der Gabe. Humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen. Freiburg: Herder, S. 214–231.
- 4 Vgl. Von Carlowitz, H. C. (1713): *Sylvicultura Oeconomica*, oder hauswirthliche Nachricht und naturmässige Anweisung zur wilden Baumzucht. Leipzig: Braun.
- 5 Jonas, H. (2003) *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

In Anbetracht dieser hier nur angedeuteten Veränderungen hat Jonas die Forderung aufgestellt, dass die Weiterexistenz der Menschheit und somit die Verantwortungsübernahme für die Zukunft zum zentralen ethischen Grundimperativ werden müsse. Diese Forderung bildet auch den Grundsatz des Nachhaltigkeitsbegriffes der Vereinten Nationen. Diese definieren eine Entwicklung als nachhaltig, wenn sie „(...) die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass zukünftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können.“⁶ Man könnte diese Definition auch folgendermaßen umformulieren: Eine Entwicklung ist dann nachhaltig, wenn sie Sorge trägt für die Bedürfnisse der Gegenwart, ohne zu riskieren, dass zukünftige Generationen nicht mehr für sich sorgen können. Dieses Nachhaltigkeitskonzept setzt eine bestimmte Anthropologie voraus, welche den einzelnen Menschen als Teil eines größeren Ganzen versteht, als Teil einer Generationenabfolge innerhalb derer Fürsorgekonstellationen und gegenseitige Verantwortungsübernahmen bestehen bzw. bestehen sollten. Diese anthropologischen Prämissen und das Prinzip der Generativität sind der Dreh- und Angelpunkt für alle Überlegungen zum Thema Nachhaltigkeit, als Sorge für die Zukunft. Werden diese nicht mitgetragen, so erübrigt sich jedes Nachdenken über Nachhaltigkeit.

Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen:⁷ Sorge tragen für zukünftige Patient:innen?

Nachhaltigkeit ist in aller Munde, auch mit Bezug auf das Gesundheitssystem: Ärzte werben mit der Nachhaltigkeit ihrer Therapien, Krankenkassen und Pharmaunternehmen haben heute selbstverständlich eine Nachhaltigkeitsstrategie und Bürgerinnen und Bürger werden darauf hingewiesen, dass Fahrradfahren sowohl für die Umwelt als auch für die eigene Gesundheit etwas Gutes ist. Tatsächlich wird der inflationäre Gebrauch des Nachhaltigkeitsbegriffes von einigen auch als Beweis dafür angeführt, dass der Begriff nur ein leeres Modewort sei. Wenn Nachhaltigkeit nicht nur ein leeres Modewort sein soll, dann muss die Radikalität von Nachhaltigkeitsforderungen deutlich gemacht werden. Dies kann man in Bezug auf das Gesundheitssystem sehr eindeutig machen, denn auch in der Medizin stellen sich spezifische Nachhaltigkeitsprobleme, wie man eindeutig

6 Hauff, V. & Brundtland, G. H. (1987): Unsere gemeinsame Zukunft: [der Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung], hier S. XV.

7 Vgl. dazu auch: Radbruch, A. & Reinhart, K. (Hrsg.) (2021): Nachhaltigkeit in der Medizin. Berlin: BBAW (= Denkanstöße aus der Akademie 5, Juli/2021).

am Beispiel der Antibiotikaresistenzen zeigen kann. Antibiotika sind potentiell lebensrettende Medikamente und eine ganz wichtige und zugleich gefährdete Ressource für die moderne Medizin und damit für die Gesundheit und dem Wohlergehen der Menschen. Durch den teils massiven Gebrauch von Antibiotika in der Humanmedizin und in der Tier- und Viehzucht entwickeln Bakterien Resistenzen, so dass Antibiotika zunehmend an Wirksamkeit einbüßen. Man kann dieses Beispiel als ein Nachhaltigkeitsbeispiel *par excellence* verstehen: Eine gesamtgesellschaftliche, lebensnotwendige Ressource wird durch den ständigen Gebrauch aufgebraucht, so dass sie in der Zukunft für andere Patient:innen nicht mehr zur Verfügung stehen wird.

Welche Lösungsansätze gibt es bislang? Im Grunde genommen werden zwei Strategien verfolgt, die man auch aus der Umwelt- und Klimadiskussion kennt. Die erste Strategie setzt auf das Prinzip Hoffnung, sprich darauf, dass der technische Fortschritt eine Lösung herbeiführen wird. Die zweite Strategie setzt auf das Prinzip Verzicht, also auf den sparsamen Gebrauch der begrenzten Ressource. Allein auf das Prinzip Hoffnung zu setzen, scheint in Anbetracht der bereits heute sehr hohen Zahl an Todesfällen, die durch resistente Bakterien verursacht werden, und der Tatsache, dass die ökonomischen Anreize für Forschung im Bereich der Antibiotika doch sehr gering sind, nicht überzeugend. Ein Verzicht im Umgang mit einer Ressource, die für die eigene Gesundheit relevant ist, stellt aber auch eine Herausforderung der besonderen Art dar. Vermutlich liegt, wie so oft, der sinnvollere Weg in der Mitte. Natürlich brauchen wir, um ein nachhaltiges Gesundheitswesen zu gestalten, mehr Forschung und Innovation. Gleichzeitig müssen wir unsere aktuelle Lebensweise, unsere Ansprüche, auch in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, kritisch hinterfragen. Was kann das konkret bedeuten? Es bedeutet, dass, wer Gesundheit für alle Menschen heute und morgen fordert, wer also eine Fürsorge-Übernahme auch jenseits aktueller Beziehungen fordert, wie es in meinen Augen auch zurecht die Vereinten Nationen in ihrem dritten Nachhaltigkeitsziel tun, der muss:

- den Mut haben, in eine transparente Diskussion über Priorisierung einzusteigen. Das bedeutet im Klartext, Bedürfnisse gegeneinander zu stellen, ungeachtet individueller Präferenzen, die im Einzelnen enttäuscht werden müssen;
- Wissen über die Interaktion Mensch-Tier-Umwelt fördern, aber auch über sozioökonomische Einflüsse auf die Gesundheit;

- Prävention fördern, ohne Stigmatisierungen und Diskriminierungen Vorschub zu leisten;
- Digitalisierung fördern, speziell Dateninfrastruktur für Forschung und Versorgung;
- einen effektiveren Umgang mit finanziellen (Abschaffung von Fehlanreizen im DRG-System), materiellen aber vor allem mit den noch vorhandenen personellen Ressourcen fördern. Letzteres bedeutet einen wertschätzenden, sorgenden Umgang mit Jenen zu garantieren, die Sorge für andere übernehmen.
- Nicht zuletzt muss es in einem nachhaltigen Gesundheitswesen darum gehen, eine Haltung und eine Kultur der Sorge zu etablieren und zu pflegen, die sich in einem respektvollen Umgang untereinander ausdrückt und in der Anerkennung unser aller Vulnerabilität und Angewiesenheit.

CURA ALS KONZEPT AM BEISPIEL CHINAS

Angelika C. Messner

Cura als Konzept am Beispiel Chinas

Die *Cura*/Sorge als fürsorgliches Tun ist in den meisten Regionen der Welt eine gesellschaftliche Ressource *par excellence*, etwa in Form des ungeschriebenen Generationenvertrags, der christlich inspirierten Caritas, im Diktum der „allumfassenden Sorge tragen für das Leben“ (*jian'ai* 兼愛), in der konfuzianischen Tugend „unbedingte Hingabe und liebende Fürsorge für Eltern“ (*xiao* 孝). Der sich verändernde Umgang mit dieser Ressource in mitteleuropäischen Gesellschaften und im späteren 20. Jahrhundert auch in anderen Regionen der Welt¹ führte nicht zu einem Rückgang der Bedürfnisse. Im Gegenteil, die demographische Alterung brachte steigende Anforderungen im Gesundheits- und Pflegesektor mit sich.

So setzte im chinesischen Kontext der 1990er Jahre, nach dem Rückgang der Geburtenrate in den späten 1970er Jahren, das demographische Altern ein. Dies ging, in Verbindung mit veränderten Arbeits- und Lebensbedingungen, mit einem Spannungsverhältnis zwischen Wollen und Realität einher. Mit anderen Worten: Die Lebensrealitäten widersprechen zunehmend tradierten Verhaltensregeln der bedingungslosen Fürsorge für die alternden Eltern. Wenn ein Kind im Extremfall für Vater und Mutter und für insgesamt vier Großeltern zu sorgen hat, so ist dies schlichtweg nicht zu leisten. Diesem Dilemma sollten in China gesetzliche Bestimmungen zum Schutz der Alternden abhelfen. Alle Kinder und Kindeskiner sind seit 2013 gesetzlich dazu verpflichtet, Eltern und Großeltern in regelmäßigen Abständen zu besuchen.² Diese Gesetze sind freilich nur ein schwaches Gegengewicht zu den Kunden-Dienstleistungsstrukturen, in die die Fürsorge für die Alternden zunehmend eingebunden wird. Wir stellen fest, dass der sukzessive Verlust der gesellschaftlichen Ressource konventionellen Sorge-Tuns seit dem späten

- 1 Siehe hierzu zum chinesischen Kontext A. C. Messner (2016): „Radikale Endlichkeit in Chinesischen Perspektiven.“ In: A. Bührer & T. Stein (Hrsg.): *Endlichkeit. Zur Vergänglichkeit und Begrenztheit von Mensch, Natur und Gesellschaft*. Bielefeld, 113–134, hier S. 118–122; zu Indien M. Merten & G. Ganju (2022): „Altenpflege in Indien: Der Generationenvertrag ist tot“. <https://www.spiegel.de/ausland/altenpflege-in-indien-der-generationenvertrag-ist-tot-a-a0277846-7d89-4dfb-87a7-9636b077de63>
- 2 Vgl. „Das Gesetz der Volksrepublik China zum Schutz der Rechte und Interessen der Ältere“ 中华人民共和国老年人权益保障法 vom 1. Juli 2013, http://www.gov.cn/flfg/2012-12/28/content_2305570.htm

20. Jahrhundert spürbar Risse in den Morallandschaften ebenso in den leiblichen Befindlichkeiten der Alternden hinterlassen hat. Diesem Verlust mit der Forderung nach mehr Technologie, Digitalisierung und Geld zu begegnen, ist zu kurz gedacht, so mein Argument hier. Es sind die als Kunden-Dienstleistungsbeziehung organisierten Fürsorgestrukturen, deren schmerzhaft asymmetrischen und der Pflegenotstand gerade während der Pandemie weltweit drastisch angestiegene Zahlen an psychischen Notlagen wie Depression und Angststörungen mit sich gebracht haben und die damit den eklatanten Mangel an allumfassender Fürsorge markieren.³ Außerdem zeigen einschlägige Analysen von Sorge-Tun in medizinischen Pflegeeinrichtungen, dass detaillierte Verordnungen und Richtlinien, kurz, die prozessoptimierte Pflege, den Bedürfnissen mit Blick auf Rhythmen, Strukturen und insbesondere den leiblichen und seelischen Eigenheiten aller Beteiligten, nicht gerecht werden.⁴

Dringend gefragt ist eine Neu-Evaluierung der Sorge. Wie lassen sich Sorge-Ressourcen als „Grundzug (s) der Lebenspraxis“⁵, ja als „ungeregelte, nicht in einen normativen Rahmen von Anrechten und Pflichten verfasste Verbindlichkeit“⁶ in die gesellschaftliche Praxis einführen? Wie kann sich Sorge und entsprechendes fürsorgliches Tun in der pränormativen Sphäre⁷ ansiedeln, um möglichst allen Bedürfnissen gerecht werden zu können? Dieser Beitrag erkundet hierfür antike östliche Denkhorizonte und setzt diese in ein Verhältnis zu einem gelungenen Sorge-Tun in medizinischen Räumen im chinesischen Kontext des frühen 21. Jahrhunderts.

- 3 Siehe <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128037/SARS-CoV-2-Weltweite-Zunahme-von-Depressionen-und-Angsterkrankungen> 11. Oktober 2021. Der International Science Council betont in seinem Bericht zur Corona-Pandemie ("The Report – Unprecedented & Unfinished: COVID-Cur-19 and Implications for National and Global Policy" (2021) <https://council.science/actionplan/covid-19-scenarios/>), dass von den insgesamt 53 eruierten Faktoren, die bestimmend für die Corona-Pandemie sind, die wenigsten dem Bereich Medizin angehören, die meisten dem soziokulturellen Kontext, in dem auch die Sorge angesiedelt ist.
- 4 Vgl. A. Mol (2008): *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. London. Vgl. auch J. Niewöhner (2011): „Epigenetics. Embedded bodies and the molecularisation of biography and milieu.“ In: *BioSocietas* 6.3, S. 279–298.
- 5 Vgl. *Historisches Wörterbuch der Philosophie* (1995): Band 9. Basel, S. 1086.
- 6 Vgl. M. Dederich (2020): „Ethik der Sorge: Verantwortung, Anerkennung, Gerechtigkeit im Zeichen radikaler Andersheit. Ein Versuch.“ In: C. Dietrich; N. Uhlendorf; F. Beiler & O. Sanders (Hrsg.): *Anthropologien der Sorge im Pädagogischen*. Weinheim/Basel, S.18–28, hier S. 27.
- 7 Siehe hierzu B. Waldenfels (2006): *Schattenseite der Moral*. Frankfurt am Main, S. 274.

Cura und Pflege im alternden China

Die Frage nach dem Beweggrund und dem Modus von *Cura*/Sorge-Tun führt die Suche nach Denk- und Handlungsressourcen in das Reich der Imaginationen und des Agierens in vergangenen Zeiten der westlichen und östlichen Hemisphäre. *Cura* (übersetzbar als: Sorge, Sorgfalt, Hingabe, bekümmern, sich kümmern) inspiriert seit der Antike und Klassik Poeten und Denker. In der Fabelsammlung des Gelehrten Hyginus (60 v. Chr.–4 n. Chr.) wird sie als gottgleiche Figur beschrieben, die den Menschen aus einem Klumpen Erde gestaltete.⁸

Von ähnlich existentieller Kraft ist *ai* 愛 in seiner Bedeutung „Sorge tragen für das Lebendige“ und „umfassende Sorge tragen für das Leben“ (*jian'ai* 兼愛), ohne Unterschied (*guan'ai* 關愛).⁹ *Ai* 愛 (im heutigen Chinesisch als „Liebe“ übersetzt) verweist im antiken China auf den Modus von sorgen und schonen. Wie schont man jemanden und wen schont man? Tiere schont man, weil sie als Arbeitstiere zum eigenen Überleben wichtig sind. Man hat sich auch darum zu kümmern, dass der Vater, Onkel oder auch feindliche Könige geschont werden, denn dies komme der eigenen Prosperität zugute, also dem Leben. Der radikal imaginative Akt der unterschiedslosen Sorge um Mensch und Tier verlangt unermüdliches (sorgendes) Tun, das sich nicht in der Erfüllung von Pflichten erschöpft, sondern gleichermaßen Selbstsorge wie liebendes Kümmern impliziert. Das Begehren nach Vorteilen für sich selbst gilt unterschiedslos für andere.

Xiao 孝, gemeinhin als „Kindespietät“ übersetzt, ist die wichtigste aller Tugenden im chinesischen Kontext. *Xiao* meint die unbedingte Hingabe und liebendes Kümmern bzw. Fürsorge für die Eltern, wenn sie krank und alt geworden sind. Dieses tradierte Sorge-Tun umfasst wirtschaftliche Unterstützung, tägliche Versorgung, medizinische Behandlung, Krankenpflege sowie Anwesenheit am Sterbebett. *Xiao* ist keineswegs nur als normative Pflichterfüllung zu verstehen,

8 Vgl. hierzu den Aufsatz von C. Bozzaro in vorliegendem Band. H. Hanisch (2022). „How care holds humanity: the myth of *Cura* and theories of care.“ In: *Medical Humanities* 48:e1–e9, <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012136>

9 Der Begriff geht auf Mozi, einem der wichtigsten Protagonisten in diesem Denken zurück. Vgl. Mo Zi (2020): *Von Sorge und Fürsorge*. Ausgewählt, übersetzt und kommentiert von W. Kubin. Freiburg im Breisgau. Zur Verwendung des Terminus heute, siehe C. Zhang & P. Song (2020): „Translating Guan'ai in the People's War on Drugs: Enacting Relations of Care in China's State-run Methadone Maintenance Treatment Program.“ In: *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal*, S. 85–108.

sondern durchwegs, bis heute, im Sinne von liebender responsiver Zuwendung.¹⁰ Sie diene annähernd 2.000 Jahre lang als Strukturprinzip der chinesischen Gesellschaft und stand für die Einhaltung des ungeschriebenen Generationenvertrages. So kam es in der VR China, als sich dieses Fürsorge-Tun sukzessive zurückzog, zu großen Verlusterscheinungen, auch auf der Seite der (potentiellen) Fürsorge-Gerber.¹¹ Dem zunehmenden psychischen Stress untern Alternden¹² suchte man in der VR China seit Beginn des 21. Jahrhunderts mit Maßnahmen zur sozialen Grund- sicherung der Alternden durch Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung beizukommen. Die Bereitstellung kommunaler Dienste, auch in Form der staatlich unterstützten Ambulanzen für Chinesische Medizin (*Zhongyi menzhenbu* 中医门诊部) ist eine weitere Maßnahme.¹³ In den Ambulanzen können Alternde gegen ein geringes Entgelt Abhilfe bei körperlichen und seelischen Beschwerden aller Art erhalten. Meine Feldforschung in Hangzhou in den Jahren 2013 bis 2016 fokussierte das Sorge-Tun im Modus der Begegnung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sowie zwischen PatientInnen und mit jeweiligen Familienmitgliedern in fünf solcher Ambulanzen.¹⁴ Täglich bis zu acht Stunden lang fanden sich hunderte von Menschen ein, die sich dann dicht gedrängt für viele Stunden in den Behandlungsräumen aufhalten. ÄrztInnen und AssistentInnen bewegen sich mühelos und gleichermaßen hochkonzentriert in diesen Räumen. Sie richten ihren Blick auf kleinste Veränderungen an ihren PatientInnen, die etwa im Verlaufe von längeren Akupunktursitzungen eintreten. Es herrscht eine Atmosphäre heiterer Zugewandtheit, auch unter PatientInnen, die sich ihrerseits umeinander sorgen, indem sie eingehend nach den jeweiligen Befindlichkeiten fragen. Ist hier *Cura* am Werk, die unentwegt Sorgende, indem sie Leib und Herz zusammenhält? Agiert hier etwas von der allumfassenden Liebe (*guan'ai* 关爱) und liebenden Fürsorge

10 Vgl. M. Epstein (2019): *Orthodox Passions. Narrating Filial Love during the High Qing*. Cambridge (Massachusetts) & London, S. 9–41.

11 Dies bestätigen sowohl meine Informanten in Hangzhou (Feldforschung zwischen 2013–2016) als auch Studierende chinesischer Provenienz in zahllosen Gesprächen zum Thema in Kiel und in Berlin.

12 Siehe W. Zhang & M. Chen (2024): „Psychological Distress of Older Chinese: Exploring the Roles of Activities, Social Support, and Subjective Social Status.“ In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 29/1, S. 37–51.

13 Siehe hierzu A. C. Messner (2017): „Soziale Ligaturen im Wandel. Fragmente einer Analyse sozialer Ungleichheiten.“ In: Ö. Loureda (Hrsg.): *Anders Altern*. Sammelband der Vorträge des STUDIUM GENERALE der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Heidelberg, S. 31–48. A. C. Messner (2016): „Radikale Endlichkeit in Chinesischen Perspektiven.“ In: A. Bihrer & T. Stein (Hrsg.): *Endlichkeit. Zur Vergänglichkeit und Begrenztheit von Mensch, Natur und Gesellschaft*. Bielefeld, S. 113–134, hier S. 114–118.

14 Siehe hierzu A. C. Messner (2016): „Altern im Gemengegelaue von Demographie und Wirtschaftlichkeit.“ In: H.-P. Zimmermann (Hrsg.): *Kulturen des Alter(n)s*. Berlin, S. 29–40.

(*xiao* 孝)? Evident wurde, dass diese Menschen und PatientInnen sich einem klar umrissenen Regime des regelmäßigen Arznei-Abkochens unterwerfen, und zwar täglich zwei bis drei Stunden plus Bewegungsübungen und wöchentlich wiederkehrenden Besuchen in den Ambulanzen. Diese Technologien der Prävention und Therapie führen die Menschen freiwillig und eigenverantwortlich aus, obgleich diese „Selbstinitiative“ vonseiten des Staates gefördert wird. Mit diesem Paradox – weniger Fürsorge vonseiten des Staates bei gleichzeitiger Inspiration zur Selbstsorge und auch Kontrolle durch den Staat, der freiwilligen Unterwerfung, lassen sich diese Ambulanzen gleichermaßen als Möglichkeitsräume der Prävention aber auch als Widerrede gegen eine um sich greifende Anonymisierung und technokratische Professionalisierung von Fürsorge/Sorge ausmachen. Damit sind diese partikularen medizinischen Sorgepraktiken gleichzeitig Ressourcen des Lebens und des Sorge-Tuns selbst.

**Plädoyer für eine neue Anthropologie der Sorge:
„Ich sorge – also bin ich – *curo, ergo sum*“.**

„Ich sorge, also bin ich“, schlage ich als definitorische Grundlage einer neuen Anthropologie der Sorge vor, die die drei Dimensionen Relation, Leiblichkeit und Verletzlichkeit umfasst.¹⁵

Weil *cura* nicht jenseits von Relationalität und Interaktion zu haben ist, das Gewebe der Interaktionsprozesse zwischen Menschen und ihrer Umwelt aber gegenwärtig in vielen Regionen der Welt defekt zu sein scheint, bedarf es ernsthafter Anstrengungen, es zu reparieren. Hierbei wird es darum gehen, den Faktor der Responsivität zu fokussieren, und damit die Dimension der anerkennenden Haltung, sowohl für „Fürsorge-Empfänger“ als auch für „Fürsorge-Geber“. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass menschliche Interaktion weder aus dem Stoff kognitiver Sprechakte noch aus dem Stoff technischer Hilfestellungen allein gewebt ist, sondern wesentlich aus dem Material leiblich fundierter anerkennender Haltungen besteht.¹⁶ Sorge-Tun ist der Vorgang des Oszillierens zwischen Orten und Rhythmen, Notwendigkeiten und Eigenheiten, Menschen und

15 Wulf nennt die drei Dimensionen „Relation, Zeitlichkeit und Kulturalität“. Vgl. C. Wulf (2020): „Bildung für nachhaltige Entwicklung im Anthropozän.“ In: C. Dietrich; N. Uhlendorf; F. Beiler; O. Sanders (Hrsg.): *Anthropologien der Sorge im Pädagogischen*. Weinheim/Basel, S. 29–42.

16 Vgl. A. Honneth (2015): *Verdinglichung. Eine anerkennungstheoretische Studie*. Frankfurt am Main, S. 69–70.

Menschen sowie Tieren und anderen Wesen und Dingen der Mitwelt, die unentwegt kontingent und fragil sind und auch kulturelle Eigenheiten besitzen. Wer Sorge trägt, der oder die bewerkstelligt das Adjustieren von Aufgaben und Zielen in permanent neu entstehenden Situationen. Der Prozess des beständigen Wechsels zwischen medizinischer und pflegerischer Expertise und Improvisation bedeutet auch ein unermüdliches Justieren und Aushandeln, zumal in einem leiblich fundierten, reflektierenden Modus, wissend, dass die Notwendigkeiten, Bedürfnisse und Schwierigkeiten grundlegend im Gewebe von Interaktionsprozessen aufgespannt sind.

Eine neue Anthropologie der Sorge („Ich sorge, also bin ich“) benötigt Ressourcen für ein Sorge-Sein und Sorge-Tun, das jenseits von (technischem) Optimierungsdruck und der Verrechnungslogik im Minutentakt zu agieren weiß. Ressourcen, die die Haltung von Anerkennung und Würde als Fähigkeiten, Eigenschaften, ja als Tugenden in der umfassenden Fürsorge/Sorge (wieder) installieren und befördern, finden sich im Bereich des Ideellen. Hierbei zählt die leibliche Beschaffenheit und die Endlichkeit des Menschen mit seinen höchst diversen Erlebenshorizonten ebenso wie das subjektive Erleben in seiner Ambivalenz und Komplexität. Dies wird im Zentrum von Forschung und Gesundheitspolitik der kommenden 30 Jahre zu stehen haben.¹⁷

17 Vgl. den Bericht des „International Science Council“ zur Corona-Pandemie. Op. cit. Fußnote 3.

CHRISTLICHE SORGE IM GESUNDHEITSWESEN. EINE KRITISCHE REFLEXION AUF DIE CHRISTLICHE LIEBES- UND DIE SÄKULARE SORGE-ETHIK

Michael Coors

Das heutige Verständnis von Cura in Medizin und Pflege wurde im europäischen Kontext jahrhundertlang durch die christliche Ethik der Nächstenliebe geprägt, und noch in der Neubegründung einer säkularen Care-Ethik zeigen sich die Spuren dieser Tradition, die im Folgenden kritisch-konstruktiv reflektiert werden soll.¹

1. Was heißt Nächstenliebe?

Das Christentum war von Anfang an von einem Verständnis von Liebe geprägt, das in der Verkündigung Jesu und in der Überlieferung seines Wirkens gründete und das schon in den Texten des neuen Testaments tiefe Spuren hinterlassen hatte. Erzählungen wie die vom Doppelgebot der Liebe (Mk 11, 29–31 par.) als dem höchsten Gebot, das Gleichnis vom barmherzigen Samariter (Lk 10, 29–37) oder aber das Gleichnis vom Weltgericht (Mt 25, 31–44), in dem die Vorstellung der sieben Werke der Barmherzigkeit begründet ist, waren schon für die antiken christlichen Gemeinden prägend. Sie sind es auch für die christliche Praxis der Barmherzigkeit bis in die Gegenwart (vgl. z. B. Käppeli 2004).

Die christliche Liebesmoral war und ist dabei in erster Linie eine Moral der helfenden Zuwendung zu Menschen in Not, in der es weniger um ein Gefühl der Liebe geht als vielmehr um das konkrete, helfende Handeln. So hat Frits de Lange Liebe im christlichen Sinne definiert als „a concern for the good of others, for their own sake“ (de Lange 2015: 47). Das *Ideal* des Glaubens ist dabei das selbstverständliche Helfen, das einer spontanen Wahrnehmung der Not des oder der anderen entspringt. Gefühle können eine wichtige Funktion bei der Motivation zu solch spontanem Handeln haben: Handeln aus Verbundenheit oder auch aus Mitleid kann darum eine Form der Realisierung des Ideals der Nächstenliebe sein (de Lange 2015: 47–49). Ein solch spontanes Handeln lässt sich aber nicht als *Pflicht* befehlen. Vielmehr ist in diesem Ideal ein moralisch erstrebenswertes Gut benannt, an dem man aber immer wieder scheitern wird. Vor diesem Hintergrund wird eine

1 Das Folgende basiert in Teilen auf Coors (2022: 29–41).

Grundüberzeugung christlichen Glaubens plausibel, nämlich die, dass nur Gott den Menschen so verändern kann, dass er wirklich spontan aus Liebe handelt. Das artikuliert sich im Bekenntnis zum vorangehenden Widerfahrnis der Liebe Gottes: „Wir lieben, weil er [Gott] uns zuerst geliebt hat.“ (1. Joh 4,19) In der Rede von der Liebe als einer Gabe des Geistes Gottes drückt sich die Überzeugung aus, dass sich die Fähigkeit zur spontanen helfenden Zuwendung nicht erzwingen lässt. Spontane Zuwendung aus Liebe kann man nicht als Pflicht gebieten: Sie ist und bleibt eine Gabe, auf die der Glaube hofft.

Gerade angesichts dessen, dass dieses Ideal der spontanen Zuwendung aus Liebe nicht in der Verfügung des Menschen steht, braucht es aber für konkrete Konfliktsituationen das Ausformulieren moralischer Verpflichtungen, die nicht darauf zielen, den Menschen zu einem guten Menschen zu machen, sondern die schlicht das an diesem Ideal orientierte äußere Handeln des Menschen ordnen sollen. In diesem Sinne formuliert de Lange: „Liebe aus Pflicht ist die Rückfallposition“ (de Lange 2015: 50; Übersetzung M. C.). Wenn Menschen schon nicht spontan in der Lage sind, hilfsbedürftigen Menschen aus Liebe zu helfen, dann soll man sich wenigstens auf Hilfeleistungspflichten verständigen, die das menschliche Handeln anleiten. Allein in diesem Sinne kann Liebe geboten werden: Liebe meint dann aber eben nichts anderes als „Wohlthun aus Pflicht“ (Kant² 1914: 399).

2. Ambivalenzen christlicher Liebesmoral

Diese Ambivalenz einer christlichen Liebesmoral zwischen spontanem Helfen aus Liebe und moralischer Hilfeleistungspflicht führt nun aber zu charakteristischen Problemen, die man exemplarisch an der Gründung der Kaiserswerther Mutterhausdiakonie verdeutlichen kann (vgl. zum Folgenden Taubert ³2017: 48–84). In § 6 der Hausordnung der Kaiserswerther Diakonie heißt es: „Die Direktorin vertraut, daß jede [Diakonisse] sich unter dem Beistand des Heiligen Geistes in allen Stücken durch Gehorsam, Geduld und Selbstverleugnung als eine treue Jüngerin Christi und liebende Pflegerin seiner leidenden Glieder zu beweisen suchen wird“ (zit. nach Taubert ³2017: 58). Vor dem Hintergrund dessen, dass es sich hierbei um ein verbindliches Regelwerk handelt, ist eine Formulierung wie „Die Direktorin vertraut“ sicher nicht Ausdruck des Vertrauens, sondern wird auf Seiten der Schülerinnen zu Recht als Erwartungshaltung dafür verstanden werden müssen, dass sie ihr Leben ganz am moralischen Ideal des Dienstes für andere ausrichten sollen. Das, was eigentlich als Wirken des Geistes Gottes im Glauben erhofft wird, wird hier in eine Pflicht verkehrt, die die Diakonissen auf ein bestimmtes moralisches

Streben verpflichtet, das dem konkreten Verhalten vorausliegt, das sich daraus ergeben soll. Es wird also gerade nicht nur ein Verhalten eingefordert, sondern eine innere Haltung.

Das führt dann aber dazu, dass das, was wir sonst durchaus als selbstverständlichen Aspekt liebender Zuwendung verstehen können, befremdlich wirkt: Dass die spontane liebende Hinwendung zum anderen in der Not immer *auch* ein Ausdruck von Selbstlosigkeit ist, ist durchaus plausibel. Problematisch wird es aber, wenn man diese Selbstlosigkeit moralisch als Pflicht einfordert (vgl. Dallmann 2003: 8). Es ist eines, dass eine freie und spontane Tat der Liebe keine Tat ist, die um einer finanziellen Entlohnung willen geschieht. Es ist aber etwas völlig anderes, Mitarbeiter:innen darauf zu verpflichten, dass sie ihre Liebestat in diesem Sinne um des Lohnes Gottes willen tun sollen, wie es in der Geschichte der Diakonie immer wieder formuliert wurde (vgl. Taubert ³2017: 103, 112; Dallmann 2003: 9). Gerade an dieser hoch problematischen Vorstellung, dass die Charakterisierung des helfenden Handelns der Diakonissen einer Professionalisierung und vernünftigen Bezahlung entgegenstehe, zeigt sich vielleicht am deutlichsten die Problematik, die dadurch entsteht, dass man Mitarbeitende auf Liebe im Sinne einer moralisch erstrebenswerten Haltung verpflichten will.

Wenn man ein Ideal menschlicher Lebensführung zum Ideal einer Institution macht, an dem sich Mitarbeitende in der Institution orientieren *müssen* (oder auch nur *sollen*), dann verwandelt man gegenüber den Mitarbeitenden das moralische Ideal in eine Pflicht. Wenn man ernst nimmt, dass dieses Ideal ein solches ist, welches die Möglichkeiten menschlichen Strebens übersteigt und darum nur durch den Geist Gottes im Einzelnen verwirklicht werden kann, dann überfordert man damit notwendigerweise die Mitarbeitenden. Liebe als *spontane*, helfende Zuwendung kann nicht als Pflicht eingefordert werden. Als Pflicht kann man nur ein helfendes Handeln einfordern, das sich am Ideal eines spontanen Handelns aus Liebe orientiert, ohne selbst spontan sein zu können.

3. Säkulare Sorge-Ethik und christliche Liebesethik

Mit der Säkularisierung des Gesundheitswesens wurde die christliche Liebesmoral in ein Ideal sorgender Beziehung übersetzt (vgl. Käppeli 2004: 114 f., 304–352, 389–391). Anhand der seit den 1980er Jahren sich entwickelnden Care-Ethik kann man die teils deutlichen Parallelen zur christlichen Tradition der Liebesethik aufzeigen. Die Care-Ethik formulierte in kritischer Abgrenzung gegen eine Pflichten-

und Prinzipienethik das Ideal eines menschlichen Lebens in sorgenden Beziehungen. Sorge soll dabei nicht als eine Pflicht verstanden werden, sondern als Ausdruck einer bestimmten Art und Weise als Mensch zu sein (vgl. z.B. Tronto 1993: 104; Held 2006: 42 f.). Dabei bezieht sich die Care-Ethik auf eine Anthropologie, die ähnlich wie die christliche Tradition vom Sein des Menschen in Beziehungen ausgeht (vgl. Tronto 1993: 100), in denen situationsbezogen verantwortlich zu handeln ist. Betont wird dabei ebenfalls, dass der Sorge für andere die Erfahrung des Umsorgtwerdens vorausgeht: Menschen werden als Wesen geboren, die darauf angewiesen sind, umsorgt zu werden (vgl. Held 2006: 21 f., 45 f.). Diese Erfahrung von Sorge ist konstitutiv für das Menschsein und wird darum als etwas Gutes erlebt. Aus dieser Erfahrung erwächst die Sorge als moralisches Ideal der Lebensführung (Noddings²2013: 31): Weil der Mensch auf Sorge angewiesen ist, erscheint es plausibel, selbst für andere zu sorgen.

Christliche Tradition und Care-Ethik betonen so gleichermaßen die Verankerung des moralischen Strebens nach einem Leben in sorgenden Beziehungen in einem vorausliegenden Widerfahrnis der Sorge. Der christliche Glaube formuliert dieses Widerfahrnis aber als Widerfahrnis göttlicher Liebe und verweist damit auf eine Erfahrung, die sich auf ein das menschliche Handeln transzendierendes Handeln Gottes bezieht. Die Care-Ethik orientiert sich hingegen an vermeintlich faktischen, zwischenmenschlichen Sorgebeziehungen von Eltern zu ihren Kindern. Doch die Eltern-Kind-Beziehung ist mitnichten eine selbstverständlich gelingende Sorge-Beziehung. Darum bezieht sich meines Erachtens auch die Care-Ethik auf ein *Ideal* dieser Sorgebeziehung, an dem sich die faktischen Beziehungen zwischen Eltern und Kindern normativ orientieren sollen und das selbst kulturell geprägt ist. Auch die Care-Ethik ist damit abhängig von einem die empirische Wirklichkeit transzendierenden Ideal der Sorge, nur, dass sie es anders als die christliche Liebesethik nicht klar als solches kennzeichnet. Man könnte hier von einer notwendig spirituellen Dimension einer Ethik der Sorge sprechen.

4. Schlussfolgerungen: Sorge fördern statt fordern

Die Probleme der christlichen Liebesethik sind offensichtlich weniger in ihrer religiösen Gestalt begründet als vielmehr darin, dass ein moralisch erstrebenswertes Ideal menschlicher Lebensführung in dem Moment, in dem es als institutionelle Vorgabe formuliert wird, in eine moralische Verpflichtung kippt. Diese Verpflichtung wird von Mitarbeitenden zu Recht als äußerer Zwang, als heteronome Forderung, wahrgenommen, die einer autonomen, verantwortlichen Gestaltung

professionellen Handelns widerspricht. Ob das Ideal dabei Nächstenliebe oder Sorge (*cura*) heißt, ist sekundär – zumal der christliche Begriff der Nächstenliebe nach meinen vorangehenden Ausführungen selbst als ein Ideal der Sorge zu interpretieren ist.

Andererseits kann und muss eine Institution sich immer auch an moralischen Idealen orientieren. Entscheidend ist aber, dass kein unmittelbarer Weg vom Ideal sorgender Beziehungen zu einer moralischen Pflicht der Mitarbeitenden führt, eine Haltung der Sorge einzunehmen. Moralische Pflichten können nur das Handeln von Personen regeln und nicht unmittelbar deren Streben oder deren Haltung verändern. Ob eine Pflegefachkraft einem alten, pflegebedürftigen Menschen hilft, weil sie darin ihre Berufspflicht erfüllt und damit ihren Lebensunterhalt verdient, oder ob sie das tut, weil sie es für moralisch erstrebenswert hält, Menschen in dieser Situation zu helfen, darf die Pflegeeinrichtung nicht interessieren. Die Institution kann nur einen Rahmen formaler Fürsorgepflichten formulieren, die das Handeln der für diese Institution arbeitenden Personen regeln. Sie darf nicht deren moralisches Streben regeln wollen.

Will man als Gesundheitsinstitution mehr als nur einen pflichtenethischen Rahmen für das Handeln der Mitarbeitenden formulieren, dann kann es nur darum gehen, darüber nachzudenken, wie man den Mitarbeitenden *ermöglichen* kann, ihr berufliches Leben an einem moralischen Ideal sorgender Beziehungen (der Nächstenliebe) zu orientieren. Das faktische Problem scheint überhaupt eher darin zu bestehen, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen, die sich in ihrer Arbeit an einem Ideal der Sorge orientieren wollen, sich durch die institutionellen Regelungen – wie z. B. durch enge zeitliche Taktung, Überregulierung der Abläufe und mangelnden Freiraum für eigene Entscheidungen – daran gehindert sehen.

Reden wir also weniger darüber, was die Mitarbeitenden an Nächstenliebe und Sorge leisten *sollen*, sondern viel mehr darüber, wie eine Institution des Gesundheitswesens sich als ein um und für sie sorgende Arbeitgeberin profilieren kann, die Räume schafft, in denen ein am Ideal sorgender Beziehungen orientiertes Handeln möglich wird. Derzeit scheint das System insbesondere im Bereich der Pflege von einem Grundmisstrauen gegenüber Mitarbeitenden geprägt zu sein, das dazu führt, dass solche Freiräume systematisch erstickt werden. Ein solches Grundmisstrauen gegen das moralische Streben der Menschen ist durchaus charakteristisch für eine Pflichtenethik: Gerade, weil das menschliche moralische Streben immer wieder an den Idealen der Sorge (Liebe) scheitert, braucht es einen pflichtenethischen Rahmen, der das Handeln auch für diese Situationen regelt.

Aber dieser Rahmen kann nicht innere Haltungen und moralisches Streben regeln, sondern nur das äußere Handeln.

Wer sich aber andererseits in seinem professionellen Handeln bis ins Letzte hinein von Regeln bestimmt erlebt, der kann in seinem beruflichen Handeln auch kein ihm oder ihr entsprechendes moralisches Streben mehr realisieren. Wenn wir über Cura in der Medizin reden, dann muss es also darum gehen, nach einer Sorge-Kultur in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu fragen, die ein moralisches Streben nach der Realisierung eines Ideals sorgender Beziehungen fördert und institutionelle Hindernisse dafür aus dem Weg räumt, statt es als Pflicht einzufordern.

LITERATUR

- Coors, M. (2022): Nächstenliebe und professionelle Pflege, in: K. Kürsten et al. (Hrsg.), *Gerontologie kompakt. Kurzlehrbuch für professionelle Pflege und Soziale Arbeit*, Bern, 29–41.
- Dallmann, H.-U. (2003): Fürsorge als Prinzip? Überlegungen zur Grundlegung einer Pflegeethik, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 47, 6–20.
- De Lange, F. (2015): *Loving later life. An ethics of Aging*, Cambridge.
- Held, V. (2006): *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*, Oxford.
- Kant, I. (1797): *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, in: *Gesammelte Schriften*, Bd. VI, hrsg. von der preußischen Akademie der Wissenschaften, Berlin.
- Noddings, N. (2013): *Caring. A relational approach to ethics and moral education*, Berkely.
- Käppeli, S. (2004): *Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mitleidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege*. Bern.
- Taubert, J. (2017): *Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung*, Frankfurt am Main, 48–84.
- Tronto, J. (1993): *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care*, New York.

AUTORINNEN UND AUTOREN

Bartholomeyczik, Sabine, Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke

Behrens, Johann, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, German Center for Evidence based Nursing „Sapere Aude“

Berr, Kerstin, Bosch Health Campus GmbH, Stuttgart

Bozzaro, Claudia, Leiterin Arbeitsgruppe Medizinethik, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Bührlen, Brigitte, WIR! Stiftung Pflegender Angehöriger, München

Cichon, Irina, Bosch Health Campus GmbH, Stuttgart

Coors, Michael, Institut für Sozialethik, Universität Zürich

Dinand, Claudia, Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

Duttge, Gunnar, Zentrum für Medizinrecht, Georg-August-Universität Göttingen

Elsbernd, Astrid, Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege, Hochschule Esslingen

François-Kettner, Hedwig, ehemalige Pflegedirektorin an Berliner Universitätskliniken; ehemalige Vorsitzende im Aktionsbündnis Patientensicherheit u. a.

Friedrich, Marcus, BIH Visiting Professor an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Galle, Georg, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Görres, Stefan, Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Grüters-Kieslich, Annette, Mitglied der BBAW, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum Institut für Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie

Halek, Margareta, Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

Heinz, Andreas, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie CCM, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG), Berlin-Potsdam

Hottenrott, Sebastian, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie Universitätsklinikum Würzburg

Klapper, Bernadette, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK e. V.

Kohlen, Helen, Professorin für Ethik und Palliative Care, Fachhochschule am Vorarlberg (FHV), Universität Bremen

Mahler, Cornelia, Abteilung Pflegewissenschaft, Universitätsklinikum Tübingen

Marek, Roman, Wissenschaftlicher Koordinator der Interdisziplinäre Arbeitsgruppen „Zukunft der Medizin: Gesundheit für alle“ der BBAW (2019–2022), „Gesundsein – Workshops und Coaching“, Berlin (<https://www.romanmarek.de>)

Messner, Angelika C., Chinazentrum, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Metzing, Sabine, Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke

Meybohm, Patrick, Sepsis Awareness and Advocacy, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Meyer, Guido, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie CCM, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Montigel, Amelie, Bosch Health Campus GmbH, Stuttgart

Ollenschläger, Günter, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Planer, Katarina, Pflegemanagement/Pflegewissenschaft, Hochschule Esslingen

Pottkämper, Karen, Johanniter Akkon-Hochschule für Humanwissenschaften, Berlin

Radbruch, Andreas, Mitglied der BBAW, Deutsches Rheumaforschungszentrum Berlin (DRFZ). Ein Institut der Leibniz-Gemeinschaft, Berlin

Radbruch, Lukas, Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn

Reinhart, Konrad, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Sepsis Awareness and Advocacy & Sepsis Stiftung

Sänger, Sylvia, SRH Hochschule für Gesundheit am Campus Gera

Seitz, Assina, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie CCM, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Stolz, Regina, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen

In der Reihe „Denkanstöße aus der Akademie“ erschienen bisher

1 / Nov 2015

Franz-Xaver Kaufmann, Hans Günter Hockerts, Stephan Leibfried,
Michael Stolleis, Michael Zürn

**Zur Entwicklung von Forschung und Lehre zur Sozialpolitik an Universitäten
in der Bundesrepublik Deutschland** (nur online)

2 / Dez 2018

Christoph Marksches

**Zwei Texte zur Akademie der Wissenschaften im einundzwanzigsten
Jahrhundert** (nur online)

3 / März 2020

Carola Lentz, Andrea Noll

**Wissenschaftskooperationen mit dem globalen Süden: Herausforderungen,
Potentiale und Zukunftsvisionen** (nur online)

4 / März 2021

Jochen Gläser, Wolf-Hagen Krauth, Christine Windbichler, Michael Zürn

**Befangenheit und Expertise in Berufungsverfahren:
Ein wissenschaftspolitischer Denkanstoß** (online und gedruckt)

5 / Juni 2021

Andreas Radbruch, Konrad Reinhart (Hrsg.)

Nachhaltige Medizin (online und gedruckt)

6 / Juni 2021

Jutta Allmendinger, Martin Mann, Lukas Haffert, Christoph Marksches

**Junge Wissenschaftler:innen und die Pandemie: Unterstützung und systematische
Verbesserungen – in der Krise und über die Krise hinaus** (nur online)

7 / Nov 2021

Olaf Dössel, Tobias Schäffter, Gitta Kutyniok, Britta Rutert (Hrsg.)

Apps und Wearables für die Gesundheit
(online und gedruckt)

8 / Dez 2021

Detlev Ganten, Max Löhning, Britta Rutert, Britta Siegmund

Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg (online und gedruckt)

9/ Juli 2022

Jürgen Gerhards, Astrid Eichhorn, Julia Fischer, Ute Frevert und Christoph Marksches
Klimaschutz und akademische Dienstreisen. Empfehlungen für ein umweltschonendes Reiseverhalten in der Wissenschaft (online und gedruckt)

10/ Juli 2022

Thomas Elsässer, Martin Grötschel, Matthias Scheffler, Joachim Hermann Ullrich, Friedhelm von Blanckenburg

**Open Research Data in Naturwissenschaften und Mathematik:
Empfehlungen der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Klasse der BBAW**
(nur online)

11/ Jan 2023

Olaf Dössel, Tobias Schäffter, Britta Rutert (Hrsg.)
Künstliche Intelligenz in der Medizin (online und gedruckt)

12/ Jan 2023

Günter Peine, Joachim Dudenhausen, Britta Rutert, Oliver Günther, Max Löhning, Detlev Ganten (Hrsg.)

**Gesundheitswissenschaften und Medizin in Brandenburg.
Status quo und Perspektiven für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg**
(online und gedruckt)

13/ Juni 2023

Carola Lentz und Andrea Noll
**Early-Career-Förderung in der deutsch-afrikanischen Wissenschaftskooperation.
Leistungen, Herausforderungen, Perspektiven** (online und gedruckt)

14/ Juni 2023

Anna L. Ahlers, Uwe Schimank, Uli Schreiterer
Gefährdungen der Wissenschaftsfreiheit aus internationalen Verflechtungen
(online und gedruckt)

15/ Januar 2024

Detlev Ganten, Kerstin Berr, Susanne Melin und Britta Rutert (Hrsg.)
Gesundheit von Morgen: Gesundheitskompetenz stärken – Prävention verbessern
(online und gedruckt)

16 / January 2024

Carola Lentz and Andrea Noll
**Early-career funding in German-African Academic cooperation. Achievements,
challenges, perspectives** (translation of Denkanstoß 13, online)

In der Reihe „Denkanstöße“ werden Beiträge von Mitgliedern der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (BBAW) zu aktuellen forschungspolitischen und wissenschaftlichen Themen veröffentlicht. Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Auffassung der Verfasserinnen und Verfasser wieder. Sie repräsentieren nicht notwendigerweise den Standpunkt der Akademie als Institution.