

Thema

Fortschritte für die
Pflege – jetzt!

S.2

Verband

Parlamentarisches
Frühstück zum Thema
Personalbemessung

S.8

kkvd -aktuell

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.



Liebe Leserinnen und Leser, in dieser Ausgabe haben wir ein Thema als Schwerpunkt gewählt, das angesichts der Corona- und der Ukraine-Krise zu sehr aus dem Blick geraten ist. Es geht um die Pflege. Während auf den Straßen die Normalität zurückkehrte, arbeiteten die Mitarbeitenden in den Krankenhäusern weiter und weiter, hart an der Belastungsgrenze. Vom Applaus und auch von den Ankündigungen der Politik für nachhaltige Verbesserungen in der Pflege ist nicht viel übrig geblieben.

Der kkvd hat daher in den zurückliegenden Wochen ein grundlegendes Positionspapier zur Pflegepolitik erarbeitet und Anfang Oktober veröffentlicht. Dabei wurden wir von zahlreichen Expert:innen

aus der Praxis in katholischen Kliniken unterstützt. Ganz herzlichen Dank dafür!

Uns ist wichtig, dass die in der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) entwickelten Ideen und Konzepte nicht auf der Strecke bleiben, sondern weiter konsequent umgesetzt werden. Und es geht uns darum, Verbesserungen für die Pflege längerfristig zu denken, auch über Legislaturperioden hinaus.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach nimmt die Pflege allerdings recht zögerlich in den Blick. Zudem vertut er immer wieder Chancen, mit den Pflegenden und ihren Verbandsvertreter:innen in eine kontinuierliche Kommunikation zu kommen. Wir sind daher

der Ansicht, dass ein Pflegegipfel nötig ist, bei dem alle relevanten Akteur:innen aus der Praxis, von Verbänden und Politik an einen Tisch kommen. So könnte die stockende Pflegepolitik wieder an Fahrt gewinnen.

Wie schwer sich die Bundesregierung mit der Pflege tut, zeigt sich auch an der zögerlichen Einführung der Pflegepersonalregelung (PPR 2.0). Der Regierungsentwurf dazu, der bis Anfang Dezember in Bundestag und Bundesrat beraten wird, wirft mehr Fragen auf, als er beantwortet. Völlig deplatziert ist dabei, dass dem Bundesfinanzministerium das letzte Wort bei der Umsetzung der neuen Personalbemessung gegeben werden soll.

Bei einem parlamentarischen Frühstück, das wir Ende September gemeinsam mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) veranstaltet haben, wurde sehr klar, dass die PPR 2.0 vollständig umgesetzt und jede Pflegestelle vollständig refinanziert werden muss. Aus den Reihen der Koalitionsfraktionen kam das Signal, dass im parlamentarischen Verfahren Nachbesserungen am Regierungsentwurf beabsichtigt sind. Wir arbeiten gemeinsam mit den anderen Verbänden daran, dass dies auch wirklich geschieht.

Daneben befassen wir uns auch mit anderen drängenden Themen: dem Energiekosten- und Inflationsausgleich, den Corona-Hilfen und den ersten vorgelegten sowie den zu erwartenden Konzepten

der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausversorgung. So haben wir gemeinsam mit dem Landkreistag, dem Städtetag und dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband ein Positionspapier zur Strukturreform vorgelegt. Darin machen wir deutlich, dass der regionale Bedarf und die Erreichbarkeit zentrale Maßstäbe für eine solche Reform sein müssen.

In diesem Schwerpunktheft zur Pflege finden Sie eine ganze Reihe interessanter Debattenbeiträge von Fachleuten aus der Praxis. Sie vertiefen oder kommentieren die Positionen, die wir in unserem Grundsatzpapier zur Pflegepolitik formuliert haben. Ich danke den Autor:innen und Interviewpartner:innen herzlich für ihre Beiträge. Und Ihnen wünsche ich nun viel Freude beim Lesen!

Mit herzlichen Grüßen
Ihre Bernadette Rümmelin



Bernadette Rümmelin
Geschäftsführerin (Sprecherin)
des kkvd
E-Mail: bernadette.ruemmelin@caritas.de

Thema

kkvd legt Positionspapier zur Pflegepolitik vor



In der vorigen Legislaturperiode waren in der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) zahlreiche Vereinbarungen getroffen worden, um die Situation in der Pflege spürbar zu verbessern. Einige Maßnahmen der KAP wurden mittlerweile umgesetzt, andere stehen noch aus. Die jetzige Bundesregierung hat das Thema Pflege auf ihrer politischen Agenda noch nicht weit genug nach oben gesetzt.

Daher schlägt der kkvd vor, dass das Bundesgesundheitsministerium einen Pflegegipfel mit Akteur:innen aus Praxis, Politik und Verbänden einberuft.

Die Bundesministerien für Arbeit und Soziales sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sollten hier ebenfalls eng eingebunden sein.

Außerdem hat der kkvd im Oktober ein Grundsatzpapier mit pflegepolitischen Forderungen veröffentlicht. Es steht unter dem Titel „Fortschritte für die Pflege – jetzt!“. Es enthält konkrete Vorschläge, wie sich mehr Personal für die Pflege gewinnen und wie sich die Qualifikation des Berufs weiterentwickeln lässt. Der kkvd spricht sich dafür aus, die Aufgaben der Gesundheitsberufe neu zu ordnen und auch neue Aufgabenfelder zu entwickeln. Zudem sollten die Potenziale der Digitalisierung genutzt werden, um mehr Zeit für menschliche Zuwendung zu schaffen. Schließlich unterstützt der kkvd die Forderung nach einer Stimme für die Pflege. So kann sektorenübergreifende Versorgung nur mithilfe einer pflegerischen Selbstverwaltung gelingen.

DOWNLOAD

Das kkvd-Positionspapier zur Pflegepolitik gibt es in einer Langversion und einer Kurzfassung zum Download:
www.kkvd.de/pflege-braucht-fortschritte

Schwerpunkt Pflegepolitik

Ausbildung ist Chefsache! Ein Appell

Helga Nottebohm und Torsten Edelkraut von der Contilia GmbH haben sich den Bildungsteil des kkvd-Positionspapiers „Fort-schritte für die Pflege – jetzt!“ genauer angeschaut. Hier beschreiben sie, wie sie die Forderungen des Verbands bewerten und was aus Sicht der Praxis für eine gute Ausbildung der Pflegekräfte von Morgen notwendig ist.

Der kkvd spricht sich dafür aus, jetzt mit mutigen Schritten eine nachhaltige Veränderung für die Pflege anzustoßen – das ist aus unserer Sicht gut und richtig so! Im Positionspapier wird ein bunter Strauß an Forderungen entwickelt, bei dem auffällt, dass das Thema „Bildung“ eine zentrale Rolle spielt, wenn es darum geht, Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern. Dabei liegt der Fokus nicht allein auf Ausbildung (egal, ob im Rahmen einer Assistent:innenausbildung oder akademisch). Sondern es geht ebenso darum, Pflegende im Beruf zu binden und ihnen zu ermöglichen, mittels Kompetenzerweiterung die eigene berufliche Karriere zu entwickeln.

Lebenslanges Lernen als zentrales Instrument soll zur Professionalisierung des Pflegehandelns beitragen. Das wird als wesentlich erachtet, damit Pflegende als Partner auf Augenhöhe im Gesundheitswesen wahrgenommen werden. Ein Traum für jede:n Pflegende:n, dann noch einen Arbeitgeber an der Seite zu wissen, der den Forderungen des kkvd Taten folgen lässt.

Bezogen auf die Pflegeausbildungen positioniert sich der kkvd deutlich für den generalistischen Weg – und begründet diese Position mit der „zunehmenden Komplexität der pflegerischen Versorgung“. Die Anforderung, „umfassende[n] Bedarfe eigenständig zu behandeln“, erfordere Pflegende, die befähigt sind, „methodisch reflektiert und verantwortlich zu intervenieren“.

Was braucht es, damit aus den Forderungen (Ausbildungs-)Realität wird? Vielleicht, für den Anfang, dieses:

Bildungspartnerschaft für die Ausbildung handlungsorientierter Kompetenz

„Die Schule“ bildet nicht für „das Krankenhaus“ aus, sondern Pflegeschulen, Krankenhäuser und gleichermaßen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sowie der ambulanten Pflege verkörpern zusammen mit den Auszubildenden eine Lernkooperation, die ermöglichen soll, pflegerische Versorgung in all ihrer Komplexität in den verschiedenen Settings und bei Menschen aller Altersstufen kennenzulernen. Das erfordert von den Bildungspartnern ein generalistisches Ausbildungsverständnis und darüber hinaus eine Ermöglichungshaltung und die Bereitschaft, das Ausbildungs- über das „Verwertungs“-Interesse zu stellen. Ziel aller Akteure sollte es sein, gemeinsam die Auszubildenden dabei zu unterstützen und zu begleiten, (immer umfassender werdende) Pflegebedarfe zu erkennen und zunehmend eigenständig und verantwortlich zu handeln. Es geht um

die Pflege am Bett – und dafür sammeln die Auszubildenden spezifische Erfahrungen im jeweiligen Setting, die sich in jedem Pflegehandeln widerspiegeln. Der Kompetenzerwerb der Auszubildenden vor dem Hintergrund eines handlungsorientierten Professionsverständnisses muss angebahnt werden.

Damit ist klar, dass tradierte Formen praktischer Ausbildung nicht mehr zeitgemäß sind. Vielmehr kommen Varianten des arbeitsbezogenen Lernens nach Peter Dehnbestel¹ zum Einsatz. In den Pflegeschulen bieten sich Formen des arbeitsorientierten Lernens an, und in der praktischen Ausbildung kommen Formen des arbeitsgebundenen Lernens zum Einsatz – das Lernen durch Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess und vor allem: begleitetes Lernen am Arbeitsplatz. An jedem Ausbildungsort wird der Prozess durch berufspädagogisch qualifiziertes Personal begleitet. Dieses wiederum braucht die unbedingte Unterstützung der Führungskräfte – nicht nur bei der Durchführung der Aufgabe, sondern auch dabei, eine berufspädagogische Identifikation zu entwickeln und zu „leben“. Ausbildung ist Chefsache!

Konkurrenz im positiven Sinn

Die Komplexität pflegerischer Versorgung wird umso deutlicher, je mehr unterschiedliche Versorgungssituationen erfahrbar gemacht werden. Das Pflegeberufegesetz bietet gute Ansätze, diesen Anspruch einzulösen. Das erfordert von den Ausbildungsverantwortlichen, sich und ihr Versorgungssetting zu öffnen – und zuzulassen, dass Auszubildende in anderen Einrichtungen genauso gute oder gar bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen erleben. Konkurrenz belebt bekanntermaßen das Geschäft. Betrachten wir es doch als Chance, wenn Auszubildende Erfahrungen „bei der Konkurrenz“ machen – und lernen daraus, die eigenen Bedingungen auf den Prüfstand zu stellen und, wenn nötig, zu verbessern. Die Arbeitsbedingungen und, wichtiger noch, das Gefühl des Wahrgenommen-Werdens, der Wert-

Bild AdobeStock/Krakenimages



Alles, was die Kompetenz künftiger Fachkräfte stärkt, sollten Führungskräfte bewusst fördern.

schätzung sind häufig das Zünglein an der Waage, wenn sich Menschen für oder gegen einen Arbeitsplatz entscheiden. Schauen wir also nach links und rechts – und laden wir möglichst viele externe Auszubildende ein, unser eigenes Angebot kennenzulernen, und überzeugen wir sie von uns!

Eigenverantwortung und Karriereentwicklung

Eigenständig, methodisch reflektiert und verantwortlich in immer komplexeren pflegerischen Versorgungszusammenhängen zu handeln, erfordert von den Pflegefachfrauen und -männern ein ständiges Überprüfen, Anpassen oder Erweitern ihrer Kompetenzen – abhängig davon, in welchem spezifischen Feld sie sich aktuell bewegen. Viele tun dies sicher aus eigenem Antrieb. Die setting- und einrichtungsspezifischen Anforderungen haben die Pflegenden aber sicher nicht vollständig im Blick; hier ist das Pflegemanagement gefragt. Sie wissen, wie viel Personal sie mit welcher Qualifikation wann benötigen.

Also nutzen wir doch die Chance, Mitarbeitende mittels einer Karriereplanung an uns zu binden – beginnend mit dem ersten Tag (der Ausbildung!). Schätzen wir die individuellen Fähigkeiten der Mitarbeitenden wert, indem wir regelmäßig Karriereentwicklungsgespräche führen, und warten wir nicht darauf, dass sich ein:e Mitarbeiter:in aus eigener Motivation heraus meldet. Und, ja, Führungskräfte müssen Geld in die Entwicklung der Pflegenden investieren. Das ist, im Vergleich zu vielen anderen Berufsgruppen, nicht außergewöhnlich.

„Fortschritte für die Pflege – damit muss jetzt begonnen werden!“ Ja bitte, fangen wir doch schon einmal mit dem an, was in unserer Hand liegt, und warten wir nicht auf bessere Zeiten!

Anmerkung

1. DEHNBOSTEL, P.: *Lernen im Prozess der Arbeit*. Münster, 2007.

Helga Nottebohm

Leiterin der Contilia Akademie,
Mülheim (Ruhr),
Geschäftsführerin der Katholischen
Schule für Pflegeberufe Essen gGmbH



Torsten Edelkraut

Stellvertretender Leiter
der Contilia Akademie



NACHGEFRAGT

„Mitarbeiterbindung funktioniert nicht nur über das Portemonnaie“



Wie gelingen Personalgewinnung und -bindung von Pflegekräften im Krankenhaus? Darüber sprach Markus Lauter für kkvd aktuell mit Christiane Neehoff-Tylla, stellvertretende Pflegedirektorin des Bonifatius Hospitals Lingen und Mitglied im kkvd-Fachausschuss Personal und Organisation.

kkvd aktuell: Landauf, landab

beschreiben Krankenhäuser die Zunahme von Leiharbeit als Problem. Wie schaffen Sie es, in Ihrem Krankenhaus auf Leiharbeit zu verzichten?

Christiane Neehoff-Tylla: Wir kennen das Problem, viele Krankenhäuser sind gezwungen, auf Leiharbeit in der Pflege zurückzugreifen. Was wie eine flexible Lösung zur vorübergehenden Kompensation personeller Engpässe klingt, ist unserer Meinung nach eine Sackgasse, aus der Krankenhäuser mitunter nur schwer wieder herauskommen. Meist steigt die Spannung im hauseigenen Team, da die Zusammenarbeit oft eher holperig als hilfreich ist. Wo beispielsweise das Leiharbeitspersonal nicht alle Schichten oder Aufgaben übernehmen will, fühlt sich das Stammpersonal zurückgesetzt und benachteiligt.

Wir haben uns daher bewusst entschieden, auf Leiharbeit in der Pflege zu verzichten. Dazu braucht es viele Maßnahmen, die ineinandergreifen. Grundlegend ist eine entsprechende Personalausstattung, was angesichts des Fachkräftemangels natürlich kein leichtes Unterfangen ist. Aber bisher gelingt es uns gut, auf den meisten Stationen die Stellenpläne zu erfüllen. Besonders wichtig ist es uns, Auszubildende und Studierende durch frühzeitiges Anwerben für uns zu gewinnen. Auch bei der Akquise von Fachkräften aus dem Ausland sind wir sehr aktiv: Sie ist ein Weg, um dem Pflegenotstand vorzubeugen. Modernes Bewerbermanagement und ein vielfältiges Onlinemarketing gehören mittlerweile dazu. Darüber hinaus haben wir ein systematisches Ausfallmanagement für kurzfristige Personalengpässe und einen Pflegepersonal-Pool für längerfristige Ausfälle implementiert. Bei weiteren Personalengpässen greifen wir auf organisatorische Maßnahmen – wie eine interdisziplinäre Belegung – zurück, so dass die betroffenen Stationen entlastet werden, die Patientenversorgung aber weiterhin

gewährleistet ist. Die Akquise von Personal aus dem Ausland ist auch ein Mittel gegen den Pflegenotstand.

Wie erreichen Sie die Menschen im Ausland, und welche Argumente locken sie zu Ihnen?

Die Auslandsakquise ist ein herausfordernder und spannender Weg. Wir haben ein Maßnahmenkonzept entwickelt, das Pflegefachkräften aus dem Ausland einen guten Start, eine strukturierte Einarbeitung und eine langfristige Integration ermöglicht. Sie erhalten von uns umfangreiche Unterstützung – vom ersten Tag an. Unser Integrationsbeauftragter begleitet die Pflegefachkräfte in den ersten Monaten sehr intensiv und steht ihnen dauerhaft als fester Ansprechpartner zur Seite. Darüber hinaus haben wir einen strukturierten Onboarding-Prozess, der beispielsweise Hospitationen auf unterschiedlichen Stationen und ein systematisches Einarbeitungskonzept für den Pflegedienst enthält.

Unsere internationalen Fachkräfte werden pflegfachlich von unseren Praxisanleiter:innen auf den Stationen begleitet. Der Integrationsbeauftragte bereitet sie unter anderem auf die Mentalität und die Kultur in Deutschland vor; auch für organisatorische Dinge, wie Behördenformalitäten, steht er zur Seite. Außerdem organisieren wir für die internationalen Pflegekräfte Sprachkurse, um die Deutschkenntnisse immer weiter zu verbessern. Auch der Vorbereitungskurs für die Kenntnisprüfung wird von uns organisiert und unterstützt. Die Auslandsakquise funktioniert aber nur mit unserem sehr guten heimischen Team und den Praxisanleiter:innen auf den Stationen. Besonders in den ersten Monaten stehen sie den Mitarbeitenden aus dem Ausland Tag für Tag zur Seite, leiten an, beantworten Fragen, dolmetschen und integrieren sie ins Pflegeteam.

Das Gewinnen neuen Personals ist die eine Seite, seine Bindung die andere Seite der Medaille. Welches Konzept verfolgen Sie, um Mitarbeitende langfristig für Ihr Krankenhaus zu begeistern?

Wichtig für die Mitarbeiterbindung sind das Arbeitsumfeld, das Arbeitsvolumen und natürlich auch die Arbeitsorganisation. Teamarbeit und flache Führungsstrukturen gehören als entscheidende Faktoren dazu. Viele Pflegefachkräfte brauchen eine persönliche, gute Arbeitsatmosphäre.

Durch innovative Konzepte und eine stetige Prozessoptimierung wollen wir unseren Mitarbeitenden trotz der hohen Arbeitsanforderungen gute Arbeitsbedingungen bieten. Daneben gilt es auch, den medizinisch-technischen Fortschritt zu berücksichtigen und hier immer einen Schritt voraus zu sein. Unsere Pflegedokumentation ist fast vollständig digitalisiert, wir arbeiten mit ergonomi-

schen, mobilen Arbeitsplätzen. Als nächsten Schritt werden wir Tablets für die Mitarbeitenden in der Pflege einsetzen.

Darüber hinaus haben wir sehr gute Strukturen für unsere Mitarbeitenden im Bereich der Personalentwicklung. Strukturierte Einarbeitung, Mitarbeitenden-Jahresgespräche, Fort- und Weiterbildungen sowie Traineeprogramme für Führungskräfte gehören für uns dazu. Karrieremöglichkeiten durch persönliche Entwicklung und fachliche Weiterbildung sind Pflegefachkräften besonders wichtig. Außerdem haben wir viele Maßnahmen umgesetzt, die eine gute Work-Life-Balance unterstützen, wie beispielsweise die mindestens zwei Monate im Voraus getaktete Dienstplanung, ein systematisches Ausfallmanagement, um das Abrufen aus dem Frei zu reduzieren, und den Pflegepersonal-Pool, der individuelle Arbeitszeiten ermöglicht. Zudem werden gemeinsame Betriebsfeste und -fahrten sowie Firmen-Fitness angeboten.

Gute und zuverlässige Pflegefachkräfte bleiben den Unternehmen lange treu, wenn mehr getan wird, als nur auf zusätzliche Benefits zu schauen. Mitarbeiterbindung funktioniert nicht nur über das Portemonnaie. Es braucht viele Stellschrauben.

Gute Arbeitsbedingungen und ein fairer Umgang miteinander sind solide Voraussetzungen, um Personal zu gewinnen und zu binden. Welche Vorteile haben Sie als katholisches Krankenhaus?

Die Pflege und das Miteinander in unserem Haus ist geprägt durch das christliche Menschenbild. Es sieht den Menschen in seiner Einzigartigkeit unabhängig von Religion, Volkszugehörigkeit, Geschlecht oder gesellschaftlichem Ansehen.

Das Bonifatius Hospital bietet den Mitarbeitenden sichere Arbeitsplätze mit tariflicher und leistungsgerechter Vergütung und den gesetzlichen und kirchlichen Sozialleistungen. Wir achten auf die Gesundheitsfürsorge und geben jedem:jeder Einzelnen, wenn erwünscht, Hilfestellung in schwierigen Situationen – ganz nach unserem Leitmotiv „den Menschen verbunden“.

Eine Stärke unseres Pflege- und Funktionsdienstes ist die gemeinsame und aktive Gestaltung von Arbeitsprozessen – immer verbunden mit gegenseitiger Achtung, Wertschätzung und Fairness. Zudem gibt es in unserem katholischen Krankenhaus eine Mitarbeitervertretung (MAV). Als gewählte Vertreter:innen bringen ihre Mitglieder die Interessen der Mitarbeiterschaft gegenüber dem Dienstgeber zur Geltung. Die Zusammenarbeit von MAV und Bonifatius Hospital zeichnet sich durch ein lösungsorientiertes Miteinander aus. Ein weiterer Vorteil unserer katholischen Einrichtung ist es – trotz der rasanten Weiterentwicklung von Medizin und Technik –, eine familiäre und christliche Unternehmenskultur zu pflegen.

Leiharbeit in der Pflege – Allheilmittel oder Teil des Problems?

Leiharbeitsfirmen haben den Trend erkannt und sind gefragt denn je. Sie sehen die Bedürfnisse potenziell Mitarbeitender und treffen den Nagel auf den Kopf: Mehr Geld, mehr Mitspracherecht bei der Dienstplanung, zuverlässige Freizeitplanung – und obendrauf vielleicht noch einen Dienstwagen auch zur privaten Nutzung. Wer kann dazu schon nein sagen?

Nein zur Leiharbeit können aber auch viele Krankenhäuser nicht mehr sagen. Durch drohende Sanktionen bei Nichteinhaltung von Personaluntergrenzen und Strukturvorgaben sind Krankenhäuser auf den „Zukauf“ von qualifiziertem Pflegepersonal angewiesen. So kann rein theoretisch und manchmal sogar praktisch ein und dieselbe Pflegekraft wieder bei ihrem alten Arbeitgeber eingesetzt werden – nur eben zu deutlich höheren Konditionen. Verrückt, oder?

Eigentlich wäre das nur halb so schlimm, wäre da nicht der „harte Kern“ der pflichtbewussten Pflegekräfte, die immer für die Patient:innen da sind, sich mit dem Krankenhaus identifizieren und ständig steigende Anforderungen sowie bürokratische Unwägbarkeiten mittragen. Denn genau da beginnt das Dilemma: Der „harte Kern“ soll eigentlich durch Leiharbeitskräfte unterstützt werden. Das geht vielleicht so lange gut, bis deutlich wird, dass die „eingekauften Retter in der Not“ weniger Verantwortung übernehmen wollen und gleichzeitig mehr Geld verdienen können. Wer kann dazu schon ja sagen?

Als Personalverantwortliche erhalte ich jeden Tag unzählige Angebote von Vermittlungsagenturen – mal mehr, mal weniger seriös. Je nach dem aktuellen Level meiner Frustration über unbesetzte Dienste reagiere ich zurückhaltend freundlich bis ablehnend. Gewöhnungsbedürftig ist und bleibt es für mich, dass Pflegekräfte als Ware – mal mit, mal ohne Rabatt – gehandelt werden. Pflegekräfte nur als Arbeitskraft und nicht als Teil des Teams zu sehen befremdet.

Machtlos gegen die ärgerliche Rosinenpickerei

Was aber ist zu tun? Nicht zielführend ist es, wenn wir mit dem Finger auf Leiharbeitsfirmen zeigen und deren Vorgehen für unmoralisch erachten. Oder auf Pflegekräfte, die aufgrund finanzieller oder persönlicher Beweggründe ihre Zuflucht in der Leiharbeit suchen. Schon eher vielleicht auf Pflegekräfte, die in der Leiharbeit tätig sind, sich nur die Rosinen herauspicken, die ihre Festanstellung wegen der Sicherheit behalten, aber die Annehmlichkeiten der Leiharbeit abschöpfen. Stellt man sich allerdings die Frage, warum sie das tun, ist die Antwort ganz einfach: Weil es geht und die Krankenhäuser auf die Leiharbeitskräfte angewiesen sind. Ein Dilemma!

Können die Personalverantwortlichen in den Krankenhäusern den Teufelskreis durchbrechen? Manche meinen, die Krankenhäuser müssten sich nur darauf einigen, keine Leiharbeitskräfte mehr zu beschäftigen, und der Markt würde zusammenbrechen. Die Pflegekräfte würden wieder in die Krankenhäuser zurückkehren und alles wäre wie früher. Das klingt zu schön und einfach, um wahr zu sein! So einfach ist es nicht, wenn es bei den bisherigen Bedingungen bleibt, wenn Pflegekräfte andere Einsatzmöglichkeiten suchen oder dem Pflegeberuf sogar komplett den Rücken zukehren.

Familienfreundlichkeit und Multiprofessionalität stärken das Kernteam

Unser Ziel muss es deshalb sein, unseren Pflegekräften in den Krankenhäusern die Arbeit wieder sinnstiftend und sozial und finanziell attraktiv zu machen.

Seit Jahren wird von familienfreundlichen und sozialverträglichen Arbeitsbedingungen gesprochen. Geradezu inflationär wird der Begriff der Work-Life-Balance als Hauptziel definiert. Gelingen kann dies allerdings nur, wenn zwei wesentliche Aspekte nicht nur als Absichtserklärung in Hochglanzbroschüren formuliert, sondern tatsächlich umgesetzt werden: Die Entwicklung wirklich kreativer Arbeitszeitmodelle mit maximaler Flexibilisierung und eine wirklich attraktive Vergütung von Nacht-, Sonn- und Feiertagsarbeit. Das Werben mit Fort- und Weiterbildung, Job-Rad oder Gesundheits-App ist ebenfalls wichtig und richtig, aber erst, wenn die Basics stimmen!

Kreative Lösungen scheitern jedoch allzu oft an Bürokratie und Kosten. Politik und Kostenträger sind mehr denn je gefragt, den Ernst der Lage zu erkennen und die Krankenhäuser zu unterstützen.

In der ständig an Komplexität zunehmenden Gesundheitsversorgung brauchen wir Pflegekräfte, die in die Organisation unserer Krankenhäuser eingebunden sind, die Hand in Hand mit anderen Berufsgruppen arbeiten und die Prozesse so mitgestalten, sich als Team und Teil des Ganzen sehen. Im Fußball gibt es den klugen Satz: „Mit einer immer wieder neu zusammengewürfelten Mannschaft, sei der:die einzelne Spieler:in noch so gut, wird sich kein Spiel gewinnen lassen.“ Deshalb gilt: Leiharbeit ist nicht das Allheilmittel. Sie kann vorübergehend Symptome lindern, von einer Dauermedikation ist jedoch abzuraten!



Monika Hilsmann

*kkvd-Vorstandsmitglied;
Geschäftsleitung am Marienkrankenhaus der
Kath. St. Paulus Gesellschaft in Schwerte*

Bild MKS St. Paulus
Gesellschaft Schwerte

Pflegekammer: „ein Ort der Mitbestimmung“



Bild: Andreas Köhler/SMH



Maik Stanczyk

Wofür braucht es eine Pflegekammer, und wie können Pflegekräfte von einem solchen Vertretungsorgan profitieren? Dazu antwortet der Pflegedirektor am St. Marienhospital in Mülheim an der Ruhr, Maik Stanczyk, in diesem Interview mit Markus Lauter.

kkvd aktuell: Die Pflege kennt Gewerkschaften, Berufs- und Fachverbände. Wozu braucht es zusätzlich eine pflegeberufliche Selbstverwaltung?

Maik Stanczyk: Pflege ist eine komplexe Aufgabe, die an Komplexität immer weiter zunimmt. Natürlich geht es um gute Arbeitsbedingungen, die wir in katholischen Krankenhäusern gerne anbieten. Es geht aber auch darum, die Pflegearbeit so zu entwickeln, dass Versorgungsqualität und -kontinuität gesichert werden. Dazu muss sich die berufliche Pflege den technischen und sozialen Veränderungen stellen. In diesem Prozess können Organisationen pflegeberufliche Themen nicht so positionieren, wie es eine Pflegekammer könnte, weil nicht einzig und allein berufliche Belange zählen.

Pflege ist aber auch zunehmend eine gesellschaftliche Herausforderung. Wir müssen Antworten auf die drängenden Fragen finden, die durch die Demografie, die Digitalisierung und die Demokratisierung aufgeworfen werden. Damit Pflegeexpertise in die Gestaltung dieser Megatrends einfließen kann, braucht es eine demokratisch legitimierte Stimme für die Pflege – eine Pflegekammer.

Es gibt Alternativen der beruflichen Vertretung. Warum befürworten Sie gerade eine Pflegekammer?

Ich habe meine Pflegeausbildung vor über 20 Jahren gemacht. Schon damals haben wir über die Notwendigkeit einer pflegeberuflichen Selbstverwaltung gesprochen. Eine damalige Führungskraft hat mich überzeugt, dass wir eine Pflegekammer brauchen. Ich bin mir bewusst, dass ich als Führungskraft einen gewissen Vorbildcharakter habe. Ich halte es für wichtig, dass wir uns als Pflege organisieren und eine unabhängige Interessenvertretung schaffen. Das geht nur selbstbewusst, selbstorganisiert und selbstfinanziert.

Es gibt den Vorwurf, eine Pflegekammer sei arbeitgeberfreundlich. Wodurch können Krankenhäuser von einer Pflegekammer profitieren?

Für mich ist eine Pflegekammer keine Kontrollinstanz, sondern ein Ort der Mitbestimmung. Eine Pflegekammer bezieht ihre demo-

kratische Legitimation initial aus einem parlamentarischen Beschluss, entfaltet sie aber im Verlauf aus der Vertretung aller Menschen, die in der Pflege arbeiten. Das macht eine Pflegekammer stark – insbesondere als Organ der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Pflege muss immer mitgedacht und vor allem angehört werden.

Und es ist ja auch sinnvoll, die Menschen zu beteiligen, die die größte Expertise zur Pflege haben. Die Expertise kommt allerdings nicht von ungefähr, sondern ist das Ergebnis aus praktischer Erfahrung und einer systematischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Als Pflegedirektor will ich meinem Pflegepersonal vor allem Zufriedenheit und Zugehörigkeit vermitteln. Als Krankenhaus geben wir alles, um unser Personal durch eine systematische Personalentwicklung zu binden. Wir führen jährliche Entwicklungsgespräche durch. Der Urlaubsplan folgt einem zuvor erstellten Bildungsplan.

So wollen wir den Menschen vor Augen führen: Hier kannst du bleiben und trotzdem vorankommen. Eine Pflegekammer sorgt beispielsweise mit der Zertifizierung von Bildungsangeboten dafür, dass die Pflegefachpersonen und wir als Krankenhaus auf eine gute Bildungsqualität vertrauen können. Damit gewinnen Bildungsmaßnahmen an Attraktivität und Nutzen. Wer hat nicht Lust auf interessante, praxisnahe Fort- und Weiterbildungen?

Oft wird die Pflegekammer auch als „Stimme für die Pflege“ bezeichnet. Was haben Pflegefachfrauen und -männer von einer Pflegekammer?

Ich habe einen hohen Anspruch an meine eigene Arbeit und die Arbeit meiner Mitarbeitenden. Das Ziel einer guten Pflege kann ich nur mit gutem Personal erreichen. Gutes Pflegepersonal kann eigenständig entscheiden und autonom arbeiten, statt nur Tätigkeiten auszuführen. Eine Pflegekammer ist wichtig, damit wir das pflegerische Standing weiterentwickeln. Pflege muss mitdenken und mitmachen. Ich sage immer: „Meckern ist okay, aber es braucht auch die Bereitschaft, Ideen zu spinnen, wie es gehen könnte.“

Es macht doch etwas mit uns, wenn wir unseren Arbeitsplatz mitgestalten können. Wenn ich als Pflegefachmann mit Stolz sagen kann, was ich in der Pflege mache, hat die Pflege den Stellenwert, den sie wirklich verdient. Der Weg dorthin ist ein längerer Weg, der von Pflegefachkräften gemeinsam beschritten werden muss. Wir müssen uns selbst in Bewegung setzen, es in der Pflege leben und aus der Pflege heraus kommunizieren. Wir müssen unsere beruflichen Interessen vertreten, wie das andere Berufsgruppen auch tun – beispielsweise die Medizin, die Pharmazie und die Psychotherapie. Eine Pflegekammer gibt der Pflege die Möglichkeit, mit einer Stimme zu sprechen. Und von dieser Stimme profitieren wir alle – alle, die beruflich etwas in und mit der Pflege machen.

Parlamentarisches Frühstück thematisierte die praxisnahe Personalbemessung

Bei einem parlamentarischen Frühstück am 27. September in Berlin vertraten der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und der kkvd gemeinsam eine klare Botschaft: Die Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) muss vollständig umgesetzt, der Personalbedarf verbindlich refinanziert werden.

Unter dem Titel „Fortschritte für die Pflege: Personalbemessung – aber richtig!“ wurden die Vorschläge im von der Bundesregierung vorgelegten Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) zur künftigen Pflegepersonalbemessung in Kliniken mit Vertreter:innen aus Politik und Verbänden diskutiert.

Der stellvertretende kkvd-Vorsitzende Ansgar Veer bezeichnete es als „ein Trauerspiel, wie die Versprechungen an die Pflegenden immer mehr zu Lippenbekenntnissen werden“. Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wolle die Bundesregierung die PPR 2.0 nur bruchstückhaft umsetzen. Auch sei fraglich, ob jede Pflegestelle voll refinanziert werde. „Stattdessen droht eine Pflege nach Kassenlage, wenn der Bundesfinanzminister das letzte Wort bekommt“, so Ansgar Veer.

Im Koalitionsvertrag hatten die Regierungsfractionen noch angekündigt, die PPR 2.0 kurzfristig zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus als Übergangsinstrument einzuführen. Im von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf für das KHPfLEG ist nur noch von „Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in Anlehnung an die Konzepte der PPR 2.0“ die Rede. Für die dazugehörige Rechtsverordnung ist das Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen notwendig.

„Ein verwässertes Instrument ist nicht akzeptabel“

Die Geschäftsführerin des DBfK, Bernadette Klapper, hob den Wert der PPR 2.0 für Patient:innen hervor. Sie bilde deren Pflegebedarf ab und ermittle die dafür notwendige Zahl an Pflegepersonen. Außerdem sei sie vergleichsweise unbürokratisch. „Ein verwässertes Instrument ist angesichts der Hoffnungen, die das Bekenntnis zur PPR 2.0 im Koalitionsvertrag geweckt hat, nicht akzeptabel. Vielmehr ist dann weitere Abwanderung aus dem Pflegeberuf zu befürchten.“

Arne Evers, Pflegedirektor des St. Josefs-Hospitals Wiesbaden: „Die Pflege im Krankenhaus ist am Limit. Der Entwurf des KHPfLEG verstärkt das Gefühl der Perspektivlosigkeit.“ Dabei habe es Hoffnung auf Konzepte gegeben, die die Pflege entlasten und Wertschätzung zeigen.

Die Bundestagsabgeordnete Kordula Schulz-Asche, pflegepolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen, betonte die strukturelle Bedeutung eines wissenschaftlich fundierten Instruments zur Personalbemessung. „Wir wollen die PPR 2.0 ohne Abstriche einführen und gleichzeitig mit der Erarbeitung des wissenschaftlichen Instruments beginnen.“ Sie hoffe auf Nachbesserungen beim KHPfLEG. Das gelte auch für die ungeklärte Finanzierung des Personalbedarfs, so die Abgeordnete.

Pflegepersonalbemessung: Sollen wir beständig perspektivlos sein?

„Erst soll sie kommen, dann passiert nichts. Jetzt passiert mal etwas, aber ob sie kommt, ist weiterhin unklar“, so fasst Arne Evers, Pflegedirektor des St. Josefs-Hospitals in Wiesbaden, zusammen, wie es um die Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) steht. Mitte September hat die Bundesregierung ihren Entwurf für ein Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) vorgelegt. Derzeit beraten Bundestag und Bundesrat über die darin enthaltenen Vorhaben.

Obwohl die PPR 2.0 im Jahr 2019 schon einsatzbereit gewesen wäre, ist mittlerweile Gewissheit, dass es vor dem 1. Januar 2024 nicht zu ihrer flächendeckenden Einführung kommen wird. Wenn sie denn überhaupt kommt: Nach den Plänen der Bundesregierung ist die Implementierung ja mittlerweile nur noch ein „Kann-Kriterium“. Der Gesetzgeber kann sie einführen, muss es aber nicht (vgl. den vorigen Beitrag).

Und wenn er es tut – genau wird dann überhaupt implementiert? Zwar wird im aktuellen Kabinettsentwurf zum KHPfLEG der Begriff PPR 2.0 nun endlich mal genannt, aber schon jetzt ist ablesbar, dass es ein Instrument geben wird, das nur noch eingeschränkt gegenüber der ursprünglichen Version ist. Dies zeigt sich daran, dass die Intensivstationen im Entwurf komplett fehlen. Man dachte, das Vergessen der Notaufnahmen beim Pflegebonus sei ein Versehen gewesen – das absichtliche Herauslassen der Intensivstationen aus dem aktuellen Entwurf erscheint unter diesem Gesichtspunkt eher als eine Absichtserklärung. Dabei liegt die Vermutung natürlich nahe, dass die Intensivstationen wohl eher nicht ungeregelt weiter fortgeführt werden. Kommt also die Doppeldokumentation aus Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) und PPR 2.0? Auch unter dem Aspekt, dass das Bundesministerium der Finanzen zu Anhaltzahlen nach aktueller Lage wohl mitentscheiden darf, ist dies keine unrealistische Variante.

Ein weiterer Aspekt ist, dass alle Kliniken mit einem „Tarifvertrag Entlastung“ (TV-E) außen vor sind, die PPR 2.0 zu nutzen. Dabei ist es mir wichtig zu betonen, dass der Groll sich nicht gegen die Pflegekräfte richtet, die selbstverständlich Entlastung verdient haben. In einem bundesweiten System der Pflegepersonalbemessung müssen aber nun mal auch bundesweit alle dazugehören. Auch ist die Wirksamkeit der neuen Pflegepersonaluntergrenzen, die über den TV-E eingeführt werden, kritisch zu bewerten: Der Gesamtnutzen der derzeit gültigen Nurse-to-Patient-Ratios (Zahlenschlüssel Patient:innen pro Pflegekraft) in Deutschland ist, wie man ja anhand des Nutzens der PpUGV sieht, fraglich. Sie bedeutet übermäßig viel Bürokratie und bietet mangels pflegewissenschaftlicher Auswertung dennoch keine nutzbaren Daten zur Pflegequalität. Hier sind wir im Diskurs eigentlich schon weiter.

Insofern ist es ebenso weniger verständlich, dass der § 137k SGB V als Nachfolgeinstrument zur PPR 2.0 um ein Jahr verschob-



Oben: Machen sich für die PPR 2.0 stark (v. li.): Ansgar Veer, Bernadette Rümmelin, Bernadette Klapper und Arne Evers.



Rechts: Die Grünen-Abgeordnete Kordula Schulz-Asche hofft auf Nachbesserungen am Regierungsentwurf.

ben wurde. Wenngleich sich hier das Bedauern etwas zurückhält, denn mit dem § 137k besteht die große Gefahr, ein DRG-ähnliches-System zu bekommen, nur eben in Bezug auf Pflege. Dabei geht es weniger um eine Frage der künftigen Pflegefinanzierung – diese ist begleitend zu einem Pflegepersonalbemessungsinstrument zu diskutieren –, sondern um die Sorge, ob das künftige Instrument handhabbar und praxisnah sein wird. Vielfach wird die Hoffnung geäußert, dass sich der Siegeszug des ärztlichen Dienstes mit der Einführung des DRG-Systems 2003 im Pflegedienst wiederholen werde, wenn die Krankenhauspflege ein ähnliches System erhalte.

Dies als Aufforderung zu verstehen, dass man es doch mal probieren könne, wäre ein Trugschluss. Denn die Ärzteschaft – was an dieser Stelle eher bewundernd zu verstehen ist – ist deutlich besser organisiert und strukturiert als „die Pflege“. Zudem stellt sich die Frage, wie ein zweites System in einer ähnlichen Komplexität wie der des DRG-Systems von den Pflegekräften gestemmt werden soll.

Aus dieser Perspektive ist die Forderung nach einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der PPR 2.0 nach einer vollständigen Implementierung sinnvoll und richtig. Schon deshalb, weil bei den derzeitigen Zeithorizonten die Pflegekräfte innerhalb weniger Jahre den Umgang mit zwei Instrumenten lernen müssten: Beständigkeit sieht anders aus. Und diese fehlende Beständigkeit ist letztendlich

auch das Problem der Pflegepraxis: Auch, aber nicht nur wegen des Pflegepersonalbemessungsinstruments, erleben viele Pflegekräfte derzeit eine Perspektivlosigkeit.

Die erhofften Fortschritte der Weiterentwicklung des Berufs trotz phänomenaler Leistung in der Pandemie sind bis dato ausgeblieben. Das Hin und Her bei der Pflegepersonalbemessung verstärkt genau dieses Gefühl, denn es fällt unglaublich schwer, verlässliche Aussagen für die Zukunft zu treffen. Dabei wäre es genau jetzt an der Zeit, den Pflegefachpersonen eine eindeutige Entwicklungsperspektive zu zeigen, die es dann zu verfolgen gilt.

Die kkvd-Forderung nach einem Pflegegipfel ist daher genau richtig. Er muss die Frage beantworten, ob man „Satt und sauber“-Pflege will – oder doch das Prinzip „hochkompetente Pflegefachperson sucht Patient:innen zur Ausübung professioneller pflegerischer Heilkunde“. Der kkvd hat sich hierzu eindeutig positioniert.

Arne Evers

*Mitglied des kkvd-Fachausschusses
Personal und Organisation;
Pflegedirektor des St. Josefs-Hospitals
Wiesbaden*



Pflegerische Vorbehaltsaufgaben im Krankenhaus: Der Rahmen fehlt noch

Der kkvd fordert in seinem Positionspapier „Fortschritte für die Pflege – jetzt!“, in der Pflege nicht nur Aufgaben neu zu ordnen, sondern auch neue Aufgabenfelder für Gesundheitsberufe zu entwickeln. Dabei weist er darauf hin, dass zu den im Pflegeberufegesetz (PflBG) formulierten Vorbehaltsaufgaben ein entsprechender Handlungsrahmen folgen muss. Um diesen genauer zu definieren, führt das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) gemeinsam mit dem kkvd eine Studie durch.

Das Pflegeberufegesetz (PflBG) regelt in § 4 Abs. 2 mit der Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, der Organisa-

tion, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie der Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege erstmals pflegerische Vorbehaltsaufgaben (VA). Nach einhelliger Expertenmeinung gehört auch die Pflegeplanung dazu, obwohl sie nicht eigens aufgezählt wird, denn sie ist untrennbar mit dem Pflegeprozessmodell verbunden. Die Durchführung der geplanten Pflege ist hingegen keine VA und kann auch von Personen ohne pflegerische Fachausbildung im Rahmen von Delegation ausgeführt werden. Somit müssen Behandlungsaspekte für Menschen aller Altersgruppen, die mit der Organisation, Planung, Steuerung und Evaluation des Pflegeprozesses zusammenhängen, künftig von generalistisch ausgebildeten Pflegefachfrauen und -männern – beziehungsweise aktuell schon von bisher vergleichbar qualifizierten Pflegefachpersonen – verantwortet werden.

NACHGEFRAGT

„Das Menschliche nicht der Wirtschaftlichkeit opfern“



Bild EW

Schwester M. Dominika Kinder ist stv. Aufsichtsratsvorsitzende des Elisabeth-Vinzenz Verbundes (EVV) und Vorsitzende des Kuratoriums der Katholischen Wohltätigkeitsanstalt zur hl. Elisabeth. 2003 bis 2021 war sie Provinzoberin der Kongregation der Schwestern von der heiligen Elisabeth in Deutschland. Herbert Möller sprach mit ihr über die Zukunft des Pflegeberufs und den Auftrag der katholischen Krankenhäuser auf dem Weg dahin.

kkvd aktuell: Es heißt, früher wurde die Krankenpflege von Ordensleuten gleichsam für Gotteslohn geleistet. Ist das ein Klischee, oder steckt da auch Wahrheit drin?

Sr. M. Dominika: Sicher beides. Natürlich war der Gotteslohn eine wichtige Motivation für Ordensschwestern und -brüder, die in der Krankenpflege tätig waren. Sie sahen ihre Aufgabe als Berufung an und wollten ihre Erfahrung von Gottes Liebe zu uns Menschen an die Kranken weitergeben. Ihnen war aber auch wichtig, dass sie mit ihrem Dienst an den Menschen das Richtige tun, also nicht nur „guten Willen zeigen“. Daher gab es für sie stets eine fundierte, vernünftige Ausbildung, sei es an Krankenpflegeschulen oder durch Anleitung erfahrener Schwestern oder Ärzte. So war ihr Dienst immer auch professionell fundiert.

Die Rolle der Ordensleute in der Pflege hat sich seither verändert. Woran liegt das, und wie bewerten Sie es?

Heute übernimmt die Gesellschaft, vertreten durch den Staat, die Verantwortung für kranke, pflegebedürftige oder behinderte Menschen. Das ist sehr gut so. Früher war die Pflege zumeist Familiensache oder der Freiwilligkeit Einzelner überlassen. Da haben die Orden eine Lücke gefüllt. Gleichzeitig erleben wir seit vielen Jahrzehnten in den Ordensgemeinschaften, dass sich die Nachfolge Jesu für neue Mitglieder nicht nur in der Krankenpflege ausdrückt. Es gibt unterschiedliche Aufgaben, in denen das geschehen kann. Ich kenne aber einige Schwestern aus meinem Orden, die tatsächlich bei uns eingetreten sind, weil sie Krankenpflege leisten wollten. Bei denen war sehr auffällig, wie sehr sie sich um Fort- und Weiterbildungen bemüht haben, um ihre Aufgabe gut zu erfüllen.

Der Pflegeberuf steckt in der Krise. Was würden Sie heute einem jungen Menschen sagen, der eine Pflegeausbildung beginnen will?

Ich würde ihm/ihr sagen, dass die Pflege ein schöner Beruf ist, weil man dabei persönlich wächst. Aber die Fähigkeit zur Begegnung mit anderen Menschen muss man sich erstmal erwerben. Die neue Pflegedirektorin unseres EVV-Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara in Halle hat das kürzlich so formuliert: „Den Pflegeberuf zu ergreifen gleicht einem Versprechen, die eigene Fähigkeit bestmöglich zu entwickeln und für die Patienten einzusetzen.“ Das bringt es auf den Punkt. Außerdem würde ich der Person raten, auf die eige-

Die Aufwertung durch Vorbehaltsaufgaben bringt Fachpflegekräfte auf Augenhöhe mit Ärzt:innen

Dem Gesetzgeber geht es bei den VA in erster Linie um diejenige pflegerische Verantwortung, die für die Pflegequalität und den Patientenschutz von besonderer Bedeutung ist. Zugleich soll mit der gesetzlichen Regelung eine merkliche Aufwertung der Pflegeberufe erreicht werden, indem eine prozessbezogene Fachpflege in den verschiedenen Praxisfeldern nur noch durch zielgerichtet ausgebildetes Personal mit den erforderlichen Kompetenzen wahrgenommen werden darf. So handeln Arbeitgeber, die nicht oder anders qualifizierten Personen VA übertragen oder die Ausübung durch sie dulden, ordnungswidrig und können sanktioniert werden. Die VA gelten zugleich absolut, das heißt, anderen Berufsgruppen – auch Ärzt:innen – ist eine etwaige Verantwortungsübernahme zum Pflegeprozess fortan unter-

sagt. Allerdings gelten die VA nur in beruflichen Kontexten, das heißt, pflegende Angehörige können selbstverständlich weiterhin die pflegerische Unterstützung für ihre pflegebedürftigen Angehörigen planen und organisieren.

Was bedeutet dies nun alles für die aktuelle Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen im Krankenhaus? Selbstverständlich sind weiterhin die Ärzt:innen zuständig für Diagnostik und Therapie und tragen die Verantwortung für die medizinische Versorgung. Aber immer dann, wenn die Organisation oder Steuerung von Pflegeprozessen betroffen sind, müssen die verantwortlichen Pflegefachpersonen hinzugezogen werden. Das gilt zum einen sicherlich in den meisten Fällen für zu behandelnde Menschen im Krankenhaus mit festgestelltem Pflegegrad nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Aber auch in Bezug auf die Versorgung von Menschen, die nach dem Kran-

nen Ressourcen zu achten. Das ist wichtig, denn einfach so schaffen wir es nicht, jeden Tag für andere Menschen da zu sein. Da hatten es die Ordensleute vielleicht ein bisschen einfacher, weil ihnen ihr Glaube und das Streben nach Gotteslohn zusätzlich Kraft gegeben haben.

Die Präsidentin des Deutschen Pflegerates, Christine Vogler, sagte kürzlich: „Wir sind kein Assistenzberuf.“ Sehen Sie das ähnlich?

Ich würde sagen, Pflege ist auch ein Assistenzberuf, aber eben nicht nur. Was anderes ist denn Teamarbeit – als gegenseitige Assistenz? Im Krankenhaus arbeiten Ärzt:innen und Pflegekräfte eng zusammen für den kranken Menschen. Daher halte ich es für nicht ganz richtig, Arztberuf und Pflege aufspalten zu wollen. Selbstverständlich ist die Pflege dafür da, das zu unterstützen und umzusetzen, was von den Ärzt:innen als hilfreich für den:die Patient:in gesehen wird. Aber es ist auch klar, dass die Pflege nicht nur ein Assistenzberuf ist. Sie hat eigenes Wissen, eine eigene Bedeutung und auch eigene Werte. Die Schwester oder der Pfleger sind nicht nur ausführende Organe des Arztes. Das wäre zu wenig, keine Frage.

Der Pflegeberuf soll weiterentwickelt und professionalisiert werden. Worauf kommt es dabei aus Ihrer Sicht an, was ist zu tun, damit Menschlichkeit und Nächstenliebe nicht verloren gehen?

Für die Professionalisierung der Pflege gilt, was für alle Berufe wichtig ist, die mit Menschen arbeiten: Wir müssen die Patien-

t:innen individuell und ganzheitlich wahrnehmen. Und wir müssen für sie die bestmögliche Therapie umsetzen. Neben der inhaltlichen und fachlichen Weiterentwicklung ist es aber auch notwendig, die Persönlichkeitsentwicklung der Pflegenden zu fördern – schon in der Ausbildung sollte es dafür feste Teile geben. In kirchlichen Einrichtungen findet das beispielsweise durch Angebote wie Einkehrtage statt. Aber solche begleiteten Zeiten zur Selbstreflexion sind auch unabhängig eines religiösen Hintergrunds von Bedeutung. Es geht darum, zu sich selbst zu finden und zu verstehen, was man eigentlich will. Zudem heißt Professionalisierung, Aufmerksamkeit für die Patient:innen, Fürsorge und Geduld zu üben und zu lernen. Das ist tätige Nächstenliebe.

Welchen Auftrag sehen Sie für die katholischen Krankenhäuser auf dem Weg, den die Pflege, den die Gesundheitsversorgung insgesamt geht?

Trotz wirtschaftlich schwieriger Situationen dürfen wir das Menschliche nicht der Wirtschaftlichkeit opfern. Das heißt für uns im EVV konkret, nach Wegen zu suchen, wie beispielsweise Seelsorge und Sozialarbeit für die Patient:innen spürbar bleiben. Und es heißt auch, in die Persönlichkeitsentwicklung und das Sich-Wohlfühlen der Mitarbeitenden zu investieren. Aber das Wohlfühlen muss fruchtbar sein. Wir sind nicht für uns selbst da, sondern dafür, dass sich die Patienten bei uns aufgehoben fühlen.

kenhauseaufenthalt beispielsweise weiterer häuslicher Pflege bedürfen, wird es erforderlich werden, die fachliche Einschätzung der professionellen Pflege regelhaft einzubinden und zu dokumentieren. Ferner können Abstimmungen in der Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsfachberufen notwendig werden. Im Falle unterschiedlicher Auffassungen im Hinblick auf die weitere medizinische und pflegerische Behandlung sind Einigungen möglichst auf der Grundlage der besseren Argumente und von Evidenz zu erzielen.

Zugeben, das dürfte in der Praxis nicht in jedem Fall einfach umsetzbar sein, denn die Frage, wann ein individuell zu organisierender Pflegeprozess aufgrund gesundheitsbezogener Behandlungsscheidungen berührt ist und wann nicht, lässt sich nicht entlang einer Checkliste feststellen. Zur Klärung solcher Fragen sind zum einen die Verfahrensgrundlagen zur Versorgung im Krankenhaus, wie Leit- und Richtlinien, Standards und Verfahrensanweisungen etc. in den verschiedenen Einrichtungen und Fachabteilungen zu betrachten. Und es wird Sinn machen, anhand konkreter Fälle ganz praktisch zu veranschaulichen, wie es im interdisziplinären Miteinander gelingen kann, den pflegerischen VA im Sinne des Gesetzgebers und zum Wohle von Patient:innen Geltung zu verschaffen. Im Rahmen eines Projekts zu den VA der Pflege im Krankenhaus (VAPiK) des dip, das mit Förderung des kkvd ab dem kommenden Jahr umgesetzt wird, sollen Grundlagen analysiert, offene Fragen beantwortet und ein Handlungsrahmen entwickelt werden, der zu mehr Klarheit und Rechtssicherheit für die professionelle Pflege und weitere Berufsgruppen beitragen soll.

schaulichen, wie es im interdisziplinären Miteinander gelingen kann, den pflegerischen VA im Sinne des Gesetzgebers und zum Wohle von Patient:innen Geltung zu verschaffen. Im Rahmen eines Projekts zu den VA der Pflege im Krankenhaus (VAPiK) des dip, das mit Förderung des kkvd ab dem kommenden Jahr umgesetzt wird, sollen Grundlagen analysiert, offene Fragen beantwortet und ein Handlungsrahmen entwickelt werden, der zu mehr Klarheit und Rechtssicherheit für die professionelle Pflege und weitere Berufsgruppen beitragen soll.

Prof. Dr. Frank Weidner (Foto oben)

*Vorstandsvorsitzender und Direktor
des dip in Köln und Vallendar*

Prof. Dr. Martin Pohlmann (Foto unten)

*Mitglied des kkvd-Vorstands sowie Vorstand des
Landes-Caritasverbands für Oldenburg in Vechta*

Ein komplexer Prozess

Digitalisierung macht nicht immer und sofort alles besser. Vermutlich ist die wortwitzige Weisheit weithin bekannt, dass ein schlechter Prozess, den man digitalisiert, einfach nur ein schlechter, digitalisierter Prozess ist. Echten Fortschritt gibt es, wenn er keinen Selbstzweck bedient. Deshalb darf Digitalisierung nicht das Ziel sein, sondern muss immer ein Weg bleiben – hin zu einem Gesundheitswesen, das auf die Bedarfe von Menschen statt auf Sektorengrenzen achtet.

Die Entlastungs- und Verbesserungspotenziale der Digitalisierung müssen sich vor allem in der direkten Gesundheitsversorgung entfalten – am Menschen, für Menschen. Es braucht neue Berufsbilder, die den Veränderungsprozess moderieren und Versorgungsprozesse im Zuge der digitalen Transformation weiterentwickeln. Dabei sind diese neuen Qualifikationen nicht nur in Lehr- und Rahmenplänen festzuschreiben, sondern so in der Vergütungssystematik vorzusehen, dass sie tatsächlich zur Versorgungsrealität werden.

Digitalisierung ist ein komplexer Prozess, der nicht von alleine passiert. Deshalb ist es zu begrüßen, dass die Bundesregierung die Entwicklung einer Digitalisierungsstrategie aufs Gleis gesetzt hat. Wichtig ist dabei: Digitalisierung darf die Gesundheitsversorgung nicht verschlechtern, etwa durch die Entwicklung einer Plattformökonomie: Die fürs Digitale typische Möglichkeit, Erfolge zu skalieren, öffnet Tür und Tor für Geschäftsmodelle, die nach einmaligen Investitionen immer weiter steigende Gewinne einfahren sollen. Vielmehr braucht es eine verlässliche Investitionskostenförderung, die die Grundlage für eine nachhaltige Finanzierung digitaler Hilfsmittel darstellt.

Die Digitalisierung muss dazu beitragen, Schnittstellen besser zu managen, sie darf sie aber nicht bestimmen. Sicherzustellen ist, dass Zugänge zur und Prozesse in der Gesundheitsversorgung offen bleiben. Die digitale Transformation bietet die Möglichkeit, die Gesundheitsberufe zu einem neuen Miteinander zu bringen, wenn die Prozesse in der Gesundheitsversorgung ohnehin neu geordnet werden. Es erscheint sinnvoll, mit althergebrachten Hierarchien zu brechen und die Teamorientierung zu stärken. Dadurch gewinnt das Gesundheitssystem an Flexibilität. Und davon profitieren insbesondere Menschen mit komplexen Behandlungsbedarfen, die so hoffentlich bald leichter zu einer abgestimmten Therapieplanung kommen. ml

Bild dip



Bild LCV Oldenburg



IMPRESSUM

www.kkvd.de

Herausgegeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)
Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 0 30/2 40 83 68-11

Redaktion: Bernadette Rümmelin (rü) (Sprecherin der Geschäftsführung; verantwortlich), Thomas Vorkamp (vo), (Geschäftsführer; verantwortlich), Herbert Möller (mö), Markus Lauter (ml), Klemens Bögner (neue caritas)

Redaktionsbeirat: Birgit Trockel (bt), Karoline Körber (kö)

Redaktionssekretariat: Jennifer Riedel, Tel. 0 30/2 40 83 68-15, Fax: -22, E-Mail: kkvd-aktuell@caritas.de

Vertrieb: Bettina Weber, Lambertus-Verlag GmbH; Tel. 07 61/3 68 25-0, Fax: 3 68 25-33,
E-Mail: neue-caritas@lambertus.de

Titelbild: Wavebreakmedia

Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung. ISSN 2190-4448.



kkvd

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.