

Schwester AGnES Ein Schritt vor und zwei zurück

Am 14. März wurde im Deutschen Bundestag die Finanzierung der „Gemeindschwester“ – kurz AGnES – in die Änderungsanträge zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Pflegerreform) mit aufgenommen. Damit können Hausärzte künftig Leistungen abrechnen, die per Delegation von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal erbracht werden. Der Deutsche Pflegerat hält dies für „bedenklich“ – und sieht Parallelstrukturen geschaffen.

➤ Das Konzept AGnES steht für „Arztentlastende, Gemeindeförderung, E-Healthgestützte, Systemische Intervention“. Außer der Abkürzung, die an eine bekannte Fernsehfigur der 70er Jahren erinnert, hat AGnES keine Gemeinsamkeiten mit der Gemeindschwester aus früheren DDR-Zeiten.

Im Zuge der für den 1. Juli geplanten Pflegereform wurde jetzt beschlossen: Eine vom Hausarzt angeordnete Hilfeleistung, die in der Häuslichkeit des Patienten erbracht wird, kann über den EBM abgerechnet werden, ohne dass der Arzt bei der Erbringung persönlich anwesend sein muss. Das Bedenkliche daran: In der Begründung wird darauf verwiesen, dass Hilfeleistungen an nicht-ärztliches Personal delegiert werden können, das „ausreichend qualifiziert“ ist und vom Arzt in „ausreichender Form“ überwacht werden kann. Die Pflegeprofession wird nur beispielhaft erwähnt. Eine Eingrenzung der Berufsgruppe findet nicht statt. De facto bedeutet das, dass in Delegation des Hausarztes nicht näher definierte Hilfeleistungen von unterschiedlichen Berufsgruppen ausgeführt werden können. Insbesondere Medizinische Fachangestellte leisten in Arztpraxen Assistenz in Diagnostik und Therapie. Die Durchführung ein-

zelter Tätigkeiten im Sinne von Techniken ist vermutlich kein Problem. Jedoch ist zu beachten, dass die Versorgungsbedarfe gerade in der ambulanten Versorgung hochkomplex sind. Zur Sicherung von Effizienz und Effektivität in häuslichen Behandlungsprozessen ist professionelles kuratives, rehabilitatives, palliatives und präventives Pflegehandeln erforderlich. Nur durch eine situativ und individuell angepasste Vorgehensweise kann die Hilfeleistung, die im Modellprojekt AGnES als „vorbeugend, beratend, betreuend und therapieüberwachend“ beschrieben wird, erbracht werden. Der Ausbildungsplan für Medizinische Fachangestellte bereitet auf diese Aufgabe nicht ausreichend vor. Damit wird Versicherten und Leistungsempfängern eine Scheinwelt der Fachlichkeit vorgegaukelt, die sie im Versorgungsprozess in Sicherheit wiegt und böses Erwachen vorprogrammiert. Im Modellprojekt AGnES werden die Potenziale der rund 10.400 ambulanten Pflegedienste ignoriert, stattdessen werden Parallelstrukturen aufgebaut und damit die Partikularinteressen der Hausärzte bedient. ■

■ Weitere Informationen
www.deutscher-pflegerat.de

Editorial



Für eine Lernkultur

Gegenwärtig ist es sehr angesagt, über Fehler in Pflege und Medizin zu sprechen. Auffällig dabei sind zwei Dinge: Alle sich outenden Pflegekräfte und Ärzte berichten von Fehlern aus der Vergangenheit. Und: Fehler werden zumeist als persönliche Versäumnisse dargestellt. Die Melange aus anerkannter Persönlichkeit, Fehlern, die in einer arbeitsreichen Karriere passiert sind und das Phänomen, als Persönlichkeit Fehler einzugestehen, schafft eine Form der Anerkennung, die die Person eher nicht diskreditiert, sondern ihren Status der Integrität aufwertet. Damit kommt es zur Kultivierung von Fehlern. Ist das aber schon „Fehlerkultur“? Kein Berufsangehöriger wird von sich aus einem betroffenen Patienten einen Fehler eingestehen, durch den die Organisation in Regress genommen werden kann. Spätestens bei der juristischen Bewertung und möglichen finanziellen Folgen stellt sich die Frage: Wann ist eine Handlung ein Fehler? Daher verstehe ich Fehlerkultur als eine Lernkultur, die sich aus der regelmäßigen und systematischen Reflexion der Praxis ergibt. Kliniken und Pflegeeinrichtungen sollten interdisziplinäre Fallbesprechungen einführen – unterstützt durch kollegiale Beratung und Supervision. Medienbekanntnisse über Fehler wären dann überflüssig.

R. Heinzmann

Renate Heinzmann
Vorsitzende Arbeitsgemeinschaft Deutscher
Schwesternverbände und Pflegeorganisationen (ADS) e.V.

Nachrichten

Primary Nursing in der Praxis: Handlungshilfe veröffentlicht

— Das Deutsche Netzwerk Primary Nursing hat unter dem Titel „Merkmale von Primary Nursing“ eine praxisnahe Orientierungs- und Handlungshilfe für die Umsetzung der Bezugspflege herausgegeben. „Damit eine Implementierung von Primary Nursing (PN) als Organisationsform von Pflege gelingt, muss die Qualität stimmen. Dies nicht nur während der unmittelbaren Einführungsphase, sondern darüber hinaus auch später immer wieder im laufenden Betrieb zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren ist sinnvoll und wichtig. Nur so können die erhofften positiven Effekte für Patienten, Bewohner, Angehörige, Mitarbeiter und letztlich die Einrichtung selbst eintreten“, so Johanna Knüppel, Referentin beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und Leiterin des Netzwerkes. Die vorgestellten „Merkmale“ können dabei als Orientierungshilfe bzw. Indikatoren dienen, an denen entlang man im Sinne einer „Checkliste“ den Umsetzungsgrad misst und Schwachpunkte aufdeckt. Die Liste beinhaltet, dass sich Schwerpunkte innerhalb der Bereiche Krankenhaus, stationäre Altenhilfe und ambulante Pflege unterschiedlich gewichten und adaptiert werden müssen. Die Broschüre kann im Internet heruntergeladen werden unter: www.dbfk.de/fachgruppen/primary-nursing.de

DPR-Jubiläum

Großer Festakt am 3. Juni

— Der Deutsche Pflegerat feiert am 3. Juni in Berlin sein zehnjähriges Bestehen. Geplant ist u.a. ein großer Festakt im „Roten Rathaus“, zu dem Wegbegleiter des Pflegerates und Vertreter aus Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft eingeladen sind. Informationen unter: www.deutscher-pflegerat.de

Im Gespräch mit Prof. Christel Bienstein Wir müssen offen über Fehler reden

Das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ hat Ende April eine viel beachtete Broschüre mit dem Titel „Aus Fehler lernen“ vorgelegt: 17 Ärzte und Pflegekräfte berichten darin, wie sie Patienten falsch behandelt haben. Zu den „Bekennern“ gehört auch Professor Christel Bienstein, Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Privat-Universität Witten/Herdecke. Im Interview sagt sie, warum Sanktionen der falsche Weg sind, um Fehler abzustellen.

Frau Professor Bienstein, mit welchem Fehler outen Sie sich in der Broschüre?

Bienstein: Mit einem Ereignis, das mir während des Studiums passierte. Ich arbeitete damals zwei Nächte die Woche im Krankenhaus. In einer der ersten Nächte übernahm ich die Verantwortung für einen beatmeten Patienten. Er war nach einer Hirnblutung zusammengebrochen. Um 23 Uhr öffnete er die Augen. Ich erklärte ihm die Situation, daraufhin schlief er wieder ein. Kurz nach 24 Uhr bemerkte ich, dass zähflüssiger Schleim den Tubus verschloss. Der Pfropf ließ sich nicht absaugen. Ich entfernte den Beatmungsschlauch, um den Schleimpfropf mit einem Handbeatmungsgerät zu entfernen. Dank Herzmassage und manueller Beatmung konnte ich die Herzfunktion des Patienten wieder in Gang setzen. Mehrfach in dieser Nacht habe ich den diensthabenden Arzt angerufen und gebeten, zu kommen. Er kam nicht. In der Nacht darauf erfuhr ich, dass der Patient erneut einen Atemverschluss erlitt, die Kollegen konnten nicht mehr helfen. Mein Fehler: Ich hatte mit der mich ablösenden Kollegin nicht sofort eine sichere Lösung gesucht. Und ich hätte nicht immer wieder denselben diensthabenden Arzt anrufen sollen, der dann ja nicht kam.

Was waren die Motive, sich offen über den Fehler zu äußern, der Ihnen damals als Pflegekraft unterlief?

Patienten sind noch immer zu vielen Risiken ausgesetzt. Bis zu 16 % aller Krankenhauspatienten erleiden jedes Jahr durch Fremdverschulden von Ärzten und Pflegekräften Beeinträchtigungen. In Deutschland wird aber zu wenig offen darüber gesprochen, was zu den Fehlern und Komplikationen führt. Die Fehler werden häufig individualisiert und an einer einzigen Person festgemacht. Das Management stellt den Einzelnen zur Rede, fragt, wieso es zu diesem oder jenem Fehler

» In Deutschland wird noch immer zu wenig offen darüber gesprochen, was zu Fehlern in Medizin und Pflege führt. Fehler werden individualisiert und an einer Person festgemacht. Das ist zu kurz gedacht.

ler kommen konnte. Das ist zu kurz gedacht. Es führt am Ende dazu, dass der Betreffende sich tüchtig verteidigt. Am Ende entsteht der Eindruck, es handele sich um das Problem eines Einzelnen. Tatsächlich aber haben wir es zumeist mit systemischen Fehler zu tun. Es ist oft eine Kette von Zwischenfällen und Versäumnissen, die einen

Fehler bedingen. Deshalb haben sich mehrere Mediziner und Pflegekräfte bereit erklärt, öffentlich über eigene Fehler zu berichten. Diese Personen verfügen über viele Erfahrungen im Leben und im Beruf. Sie nehmen eine Vorreiterrolle ein, indem sie deutlich machen, dass im Medizin- und Pflegebetrieb über Fehler gesprochen werden muss. Wir brauchen eine Fehlerkultur im Gesundheitswesen – die fällt nicht einfach vom Himmel, sondern die müssen wir selber schaffen.

An der Broschüre „Aus Fehlern lernen“ haben sich Ärzte, Pflegende und Kassen beteiligt. Warum ist ein solches übergreifendes Engagement so wichtig?

Wir alle sind verantwortlich dafür, dass Patienten unbeschadet in einem Krankenhaus oder einer Alteneinrichtung versorgt werden. Dieses Ziel lässt sich nur erreichen, wenn wir wissen, wo die hauptsächlichen Fehler vorkommen. Ein Vorbild für uns Gesundheitsberufe kann die Luftfahrt sein. Die Deutsche Lufthansa hat vor einigen Jahren eine sehr gute Initiative gestartet. Unter Leitung von Manfred Müller, dem Vize-Sicherheitspilot bei Lufthansa, wurde dort ein „Beichtstuhl-Konzept“ erarbeitet. Wie in einem Beichtstuhl können alle Mitarbeiter kritische Erlebnisse und Beinahe-Katastrophen anonymisiert abgeben. Die Ereignisse werden gesammelt und von Sicherheitsexperten und Technikern systematisch ausgewertet. Lufthansa hat dabei die Erfahrung gemacht, dass es überhaupt nichts bringt, wenn das Management immer nur mit Sanktionen auf einen Fehler reagiert. Weitaus wirksamer als das ist es, alle Beteiligten die Möglichkeit einzuzäumen, offen Fehler anzusprechen und dann gemeinsam zu überlegen, was ist zu tun, damit sich dieser oder jener Fehler in einer ähnlichen Situation nicht wiederholt. Spannend war auch die Erkenntnis, dass die meisten Feh-

» Häufig wird zu wenig miteinander und zu viel aneinander vorbei geredet. So etwas begünstigt Fehler – auch und gerade im Gesundheitswesen.

ler in der Luftfahrt durch personelle Disharmonien entstehen, das heißt vor allem dann, wenn Personen nicht ausreichend miteinander kommunizieren. Hier sehe ich viele Parallelen zu dem, was in vielen Krankenhäusern und Heimen tagtäglich passiert: Es wird zu wenig miteinander und zu viel aneinander vorbei geredet. So etwas begünstigt Fehler.

Was empfehlen Sie den Pflegekräften vor Ort? Wie können sie dazu beitragen, damit sich eine Fehlerkultur etabliert, in der nicht Sanktion, sondern Offenheit den Umgang mit Fehlern bestimmen?

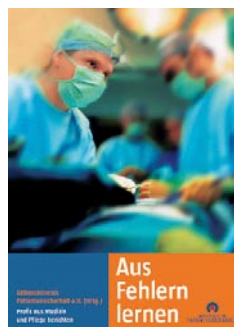
Ich fände es gut, wenn man auf Stationen in Krankenhäusern, Heimen und auch in ambulanten Diensten ein Buch auslegen oder aber eine Datei im Computer anlegen würde, wo Kolleginnen und Kollegen – ruhig anonymisiert – über kritische Situationen, Fehler und Versäumnisse berichten können. Diese Berichte sollten dann in Stationsbesprechungen aufgegriffen und analysiert werden. Auf diese Weise kann sich die Bereichs- bzw. Stationsleitung ein Bild machen: Treten zum Beispiel in meinem Bereich Defizite beim Entfernen von Verweilkanülen auf? Kommt es möglicherweise zu Hygieneversäumnissen beim Verbandwechsel? Oder wird bei der Wundversorgung etwas falsch gemacht? Gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen muss dann überlegt werden, was ist zu tun, um Fehlerquellen zu beseitigen. ■



Sieht sich in Sachen Fehlerkultur in einer „Vorreiterrolle“: Professor Christel Bienstein (56). Die gelernte Krankenschwester und Diplompädagogin leitet seit 1996 das Institut für Pflegewissenschaft an der privaten Universität Witten/Herdecke. Darüber hinaus lehrt sie u.a. an der Humboldt-Universität Berlin und an der Katholischen Fachhochschule Osnabrück. Der Stiftung Pflege e.V. steht sie als Vorsitzende vor.

Der Deutsche Pflegerat macht auch mit

Die Broschüre „Aus Fehlern lernen“ wird vom Aktionsbündnis Patientensicherheit in Kooperation mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin, dem Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen (BALK) e.V., dem AOK Bundesverband, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und dem Deutschen Pflegerat (DPR) herausgegeben. Die Broschüre ist 44 Seiten lang



und im Kompakt-Verlag erschienen. Sie kann im Internet als PDF unter der Adresse www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de heruntergeladen werden.

Pflegerat im Profil

Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (VPU) e.V.

— Glaubt man Ricarda Klein, Direktorin für Patienten- und Pflegemanagement am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und Vorsitzende des Verbandes der PflegedirektorInnen der Unikliniken (VPU), dann haben die etwa 35 Uniklinika in Deutschland vor allem ein Problem: die „schweren Fälle“ auf Station. „Universitätskliniken behandeln als Maximalversorger eine besonders hohe Patientendichte“, sagt Klein. Vom Frühgeborenen bis zum hochbetagten, multimorbiden Patienten ist alles dabei. Das macht eine umfangreiche Ausrichtung und Spezialisierung in der Medizintechnik erforderlich, was wiederum mit deutlich höheren Vorhaltekosten einhergeht. Zu knabbern haben viele Uniklinika auch daran, dass sie neben der Krankenversorgung exzellente Forschung und medizinische Ausbildung betreiben müssen. Das sorgt für einen guten Ruf – strapaziert aber auch die Budgets. Der VPU vertritt seit seiner Gründung im Jahr 1995 die Interessen des Pflegemanagements in den Uniklinika. Dem Verband gehören derzeit Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren aus 32 Universitätskliniken mit insgesamt rund 60.000 Beschäftigten in Pflegeberufen an. Im Vorstand sind – neben der Vorsitzenden – drei weitere Mitglieder sowie eine Abgesandte des VPU im Pflegerat vertreten. Der Verbandssitz des VPU ist Hamburg.

■ www.vpu-online.de

Impressum

Herausgeber: Deutscher Pflegerat (DPR) – Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen, Salzufer 6, 10587 Berlin („Haus der Gesundheitsberufe“), Tel.: 030 21915757, Fax: 030 21915777, www.deutscher-pflegerat.de

Redaktion: Thomas Hommel; „PflegePositionen“ ist eine regelmäßige Teil-Beilage in **Heilberufe** – Das Pflegemagazin
Chefredakteurin: Katja Kupfer-Geißler (verantwortlich), Ehrenbergstr. 11–14, 10245 Berlin, Tel.: 030 2045600
Fax: 030 20456012, www.heilberufe-online.de

Verlag: Urban & Vogel GmbH, Neumarkter Str. 43, 81673 München, Tel.: 089 43721300, Fax: 089 43721399, www.urban-vogel.de

Altersdemenz

Pflegende Angehörige entlasten

In Deutschland sind circa eine Million Menschen an Demenz erkrankt. Der Großteil der Betroffenen wird zu Hause betreut. Für pflegende Angehörigen bedeutet dies: körperliche und seelische Schwerstarbeit – rund um die Uhr. Ein Modellprojekt, das auf den Namen EDe hört und von den Pflegekassen finanziert wird, hat sich eine bessere Unterstützung der Betroffenen zum Ziel gesetzt.

➤ Das Projekt EDe – übersetzt „Entlastungsprogramm bei Demenz“ – wurde vom Paritätischen Verein für freie Sozialarbeit gemeinsam mit dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) als Modellvorhaben zur Optimierung der Unterstützung für Demenzkranke und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke (Niedersachsen) entwickelt. Es wird seit Mai 2006 mit Förderung der Spitzenverbände der Pflegekassen unter Federführung des VdAK/AEV e.V. (Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband) als Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 SGB XI durchgeführt und ist für eine Dauer von drei Jahren angelegt.

Aufgabe von EDe ist es, an den bestehenden Präventionsleistungen des SGB XI anzusetzen – also Beratungsbesuche nach § 37 (3) SGB XI, Pflegekurse nach § 45 SGB XI und Nutzung zeitlicher Freiräume auf der Basis von §§ 39/42/45b SGB XI – und deren Entlastungsfunktion zu optimieren. Zielgruppe des Projekts sind nach SGB XI eingestufte Pflegebedürftige mit einer Demenzerkrankung aller Pflegestufen und ihre pflegenden Angehörigen.

Im Zentrum der praktischen Durchführung des Modellvorhabens stehen die für den Zweck der Beratung und Schulung ausgebildeten Pflegefachkräfte, die als Gesundheitsberater bzw. Gesundheitsberaterinnen für die 300

im Projekt eingeschriebenen Demenzpflegefamilien zuständig sind. Hauptziele der Interventionen durch die Pflegefachkräfte sind die gezielte Befähigung der familiären Pflegepersonen und deren Entlastung unter optimierter Nutzung von Pflegeversicherungsleistungen. Dafür können die Familien die in der Region vorhandenen Entlastungsangebote nutzen.

Als Projektträger verantwortet der Paritätische Verein für freie Sozialarbeit die praxisnahe Koordination des Modellvorhabens im Kreis Minden-Lübbecke. Hierzu zählt insbesondere die Abstimmung mit allen beteiligten Akteuren wie Pflegekassen, ambulante Dienste oder Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK).

Das dip hat im Modellvorhaben die Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung. Das Projekt gehört zum Forschungsbereich Pflegeprävention. Für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen bedeutet Prävention in diesem Zusammenhang, einer Überlastung durch Pflege vorzubeugen und damit letztendlich die häusliche Pflegesituation zu stabilisieren.

Unter dem Titel „Demenz als familiäre Aufgabe“ wird das Modellprojekt EDe beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2008 (4.–6. Juni) in Berlin vorgestellt. ■

— **Weitere Informationen**
www.projekt-ede.de
www.hauptstadtkongress.de