

Vorwort

Die Rahmenbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Dazu gehören ein erhöhter Anteil an multimorbiden PatientInnen mit häufig chronischen Erkrankungen, eine Verkürzung der Verweildauer und verschärfte ökonomische Bedingungen, die sich nicht zuletzt in einem Stellenabbau niedergeschlagen haben. Neben den Pflegenden¹ sind auch die anderen Berufsgruppen und viele Krankenhäuser selbst unter Druck geraten. Um die Qualität der Patientenversorgung in den Akutkrankenhäusern unter diesen Rahmenbedingungen aufrechtzuerhalten, wurden und werden vielerorts umfangreiche Umstrukturierungsmaßnahmen ein- und durchgeführt.

Zu den propagierten Ansätzen gehören die Umverteilung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen, verbunden mit der Zielsetzung, das Potenzial professioneller Pflege besser zu nutzen sowie ein gezieltes Versorgungsmanagement einzuführen. Verbreitet ist die Umsetzung sogenannter Kaskadenmodelle. Diese sind primär ökonomisch motiviert und dadurch gekennzeichnet, dass Aufgaben von kostenintensiveren auf kostengünstigere Berufsgruppen verschoben werden, also z. B. von medizinischem auf pflegerisches Personal und von der Pflege auf Assistenzpersonal. Das Profil pflegerischen Handelns wird dadurch medizinnäher. Pflege im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens, d. h. der Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, wird vermehrt den Assistenz- und Servicekräften übertragen. Das hierin aufscheinende Bild von Pflege widerspricht einem pflegewissenschaftlichen Verständnis, das das Potenzial der Pflege gerade schwerpunktmäßig in der Unterstützung bei der Bearbeitung der Folgen einer Erkrankung, gesundheitlichen Einschränkung oder Therapie sieht.

1 Im Verlauf dieser Publikation werden von den AutorInnen unterschiedliche Begriffe für professionell Pflegenden mit beruflicher Zulassung genutzt. Dazu gehören Pflegefachleute, Pflegefachkraft, Pflegekraft, Pflegefachpersonen, Pflegepersonen, Pflegenden, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen. Diese Vielfalt bildet einerseits unterschiedliche Verständnisse (Pflegenden als fachlich versierte Profis oder als Arbeitskraft), aber auch unterschiedliche Einflussgrößen (pflegewissenschaftliche, berufsverbandliche, rechtliche etc.) ab. Letztlich ist diese Vielfalt auch Ausdruck eines Berufsbildes mit unscharfen Konturen. Aus dem jeweiligen Textzusammenhang ergibt sich der jeweilige Bedeutungsfokus, so dass das Herausgeber-team beschlossen hat, die differenten Begriffe als Ausdruck der aktuell bestehenden Heterogenität zu belassen.

Unmittelbar zu beobachten ist, dass Berufszuschnitte vielfachen Änderungsprozessen unterliegen, die Ausdruck von Bedarf und Nachfrage nach spezifischen Arbeitsfähigkeiten sind. Der Bedarf ist jedoch weder statisch noch objektiv fixiert, sondern das Ergebnis sozialstruktureller Interpretationen, machtpolitischer Durchsetzungsprozesse und historisch verorteter Wertzuschreibungen. Die Nachfrage nach einer beruflichen Leistung hängt auch davon ab, ob die Überzeugung besteht, dass für die Erbringung dieser Leistung Alltagswissen nicht ausreicht. Je spezifischer das vermutete erforderliche Wissen ist, desto eher besteht die Bereitschaft höherer Entlohnung. Umgekehrt wird ein Leistungsprofil, zu dessen Ausübung (vermeintlich) überwiegend Alltagswissen erforderlich ist, schneller in ein preiswertes Fähigkeitsraster eingeordnet. Aktuell ist dies im Bereich der sog. körpernahen Pflege zu beobachten. Ausgehend von einem Verständnis von sog. körpernaher Pflege als alltagsnah, wird das Anreichen von Nahrung, die Unterstützung bei der Körperpflege oder die Mobilisierung und Lagerung von PatientInnen vielfach an Service- und Assistenzpersonal übergeben, verbunden mit der Gefahr, dass spezifische Bedarfe und Bedürfnisse der PatientInnen unbeobachtet und unbeachtet bleiben.

Auf der anderen Seite ist im Bereich der Pflegefachkräfte ein Trend zur Spezialisierung und damit auch zur Segmentierung zu beobachten. Einzelne Themen wie Wundmanagement, Tracheostomaversorgung, Aromapflege, Deeskalationsmanagement, Stillen und Laktation etc. werden abgegrenzt und zum Gegenstand spezieller Qualifizierungen und Zuständigkeiten, verbunden mit einer Zunahme von Schnittstellen.

In dem Bestreben den Spagat zwischen Ökonomisierung und Patientenorientierung zu bewältigen, kommen Versorgungsprozesse und die Steuerung komplexer Prozesse in besonderer Weise in den Blick. Zu einem umfassenden Versorgungsmanagement gehören neben der Steuerung krankenhauser interner Prozesse auch die Schnittstellen zu anderen Organisationen und Segmenten des Gesundheitssystems und damit insbesondere das Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Dass die Steuerung der Versorgung eine interprofessionelle Aufgabe ist, steht nicht mehr in Frage. In der Konkretisierung gibt es gleichwohl Unterschiede. Differenziert werden kann z. B. zwischen rein an Kostenstruktur und Erlössituation orientierten Prozesssteuerungsmodellen und Case Management-Konzepten, die neben den zweifelsohne wichtigen ökonomischen Rahmenbedingungen auch lebensweltliche Bedarfe von PatientInnen berücksichtigen. Soziale Dienste gibt es in Krankenhäusern in Deutschland schon seit mehr als hundert Jahren. Die aktuellen Diskussionen um Versorgungs- und Entlassungsmanagement bringen die Frage nach den Aufgaben der Sozialen Arbeit im Krankenhaus erneut auf die Tagesordnung. Eingesetzt werden im Versorgungsmanagement sowohl zentrale als auch dezentrale Konzepte, die entweder von Seiten der Sozialen Arbeit, der Pflege oder in multiprofessionellen Teams von Angehörigen beider Berufsgruppen verantwortet und/oder umgesetzt werden.

Änderungen in der Aufgabenstruktur ergeben sich auch durch veränderte Qualifikationen in den Pflegeberufen. Politik und Hochschulen streben mit der akademischen Primärqualifizierung von Pflegenden Innovationsimpulse in der Patientenversorgung an. Bei der Frage nach den Einsatzmöglichkeiten der Bachelor- und MasterabsolventInnen bleiben die Antworten aber vielfach wenig konkret. Die AbsolventInnen verfügen über eine erhöhte Problemlösungskompetenz, sie sind in der Lage evidenzbasiert zu handeln, sie können auf Augenhöhe mit dem ärztlichen Dienst kommunizieren. Wie aber sieht der Arbeitsplatz aus, an dem diese Kompetenzen gefragt sind? Noch sind viele Arbeitgeber zurückhaltend, sehen nicht die Notwendigkeit, hochschulisch qualifizierte Pflegende einzusetzen oder fürchten erhöhte Lohnkosten. Doch es gibt auch innovative Krankenhäuser, die sich auf den Weg machen und erproben, wie der international vielfach erfolgreiche Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegenden in der Patientenversorgung in Deutschland konturiert werden kann. Dies kann ebenfalls zu einer Neuverteilung von Aufgaben im Krankenhaus führen oder auch dazu, dass bislang brach liegende Bedarfe nun aufgegriffen werden.

Für sämtliche Änderungskonzepte, sei es zur Aufgabenverteilung, zum Versorgungsmanagement oder zum Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegenden in der Patientenversorgung gilt, dass ihre Auswirkungen häufig nicht systematisch evaluiert werden, so dass vielfach offen bleibt, ob die jeweiligen Anstrengungen tatsächlich zielführend sind.

In der vorliegenden Publikation werden demgegenüber Beispiele vorgestellt, die auf diese Entwicklungen und Fragen nicht nur (erste) Antworten geben, sondern die auch praktisch erprobt und reflektiert wurden. Diese Beispiele betreffen alle drei Entwicklungsansätze (Aufgabenumverteilung, Versorgungsmanagement und den Einsatz hochschulisch qualifizierter Pflegender). Dabei zeigt sich, dass es zielführend ist, die Verteilung von Aufgaben und das Management der Prozesse koordiniert und miteinander verzahnt anzugehen.

Im ersten Teil dieses Buches werden die skizzierten Entwicklungen aus verschiedenen disziplinären Perspektiven – der Pflegewissenschaft, der Sozialarbeitswissenschaft, der Ökonomie, der Ethik und aus rechtlicher Sicht – analysiert und diskutiert. Den Anstoß für diese Publikation gaben Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Aufgabenneuverteilung und zum Versorgungsmanagement, die von den HerausgeberInnen begleitet wurden und Gelegenheit gaben, derartige Änderungsansätze bundesweit erstmalig systematisch zu evaluieren. Die Ergebnisse der Modellvorhaben werden im zweiten Teil des Buches ebenso vorgestellt wie der Stand der Innovation drei Jahre nach Abschluss der Modellphase. Der dritte und letzte Teil schließlich widmet sich innovativen Ansätzen für die Neuverteilung von Aufgaben, für das Versorgungsmanagement und den Einsatz hochschulisch qualifizierter Pflegender in der Krankenhauspraxis.

Vorwort

Zusammengefasst verbindet dieser Band wissenschaftliche Fundierung und Praxisnähe. Er bietet vielfältige Anregungen für alle Verantwortlichen, PraktikerInnen, Lehrenden und Studierenden der Pflege und Sozialen Arbeit, die sich mit neuer Aufgabenverteilung und integrierten, ganzheitlichen Versorgungsmodellen im Krankenhaus beschäftigen und dabei nicht nur Konzepte, sondern erprobte Praxisbeispiele suchen.

Die HerausgeberInnen danken dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz für die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung der Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern. Hiermit wurde erstmalig eine fundierte Evaluation der Aufgabenverteilung und des Versorgungsmanagements in deutschen Krankenhäusern ermöglicht.

Der Dank gilt auch den AutorInnen, deren Expertise in den verschiedenen Handlungsfeldern es möglich macht, in dieser Publikation spannende Handlungsoptionen vorzustellen und zu diskutieren.

Gedankt sei zudem Jonas Poetter für die hilfreiche organisatorische Unterstützung und dem Verlag medhochzwei für das Interesse an dieser Publikation.

Mainz, Koblenz, Esslingen,
im September 2016

Renate Stemmer
Ruth Remmel-Faßbender
Martin Schmid
Reinhold Wolke