

Ärztchammer Bremen
AG Altersmedizin
Schwachhauser Heerstraße 30
28209 Bremen

DBfK Nordwest e.V.

Geschäftsstelle
Lister Kirchweg 45
30163 Hannover

Regionalvertretung Nord
Am Hochkamp 14
23611 Bad Schwartau

Regionalvertretung West
Müller-Breslau-Straße 30a
45130 Essen

Zentral erreichbar

Telefon (05 11) 69 68 44-0
Telefax (05 11) 69 68 44-299
E-Mail nordwest@dbfk.de

Nachrichtlich an

- die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport ,Frau Anja Stahmann
- die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, Frau Prof. Dr. Eva Quante-Brandt
- das Landesgremium nach § 90a SGB V

Hannover, 08.05.2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beziehen uns mit diesem Schreiben auf einen bereits in der jüngeren Vergangenheit angesiedelten Prozess und bringen damit zugleich unsere Unverständnis zum Ausdruck, an diesem als Vertreter der beruflichen Pflege nicht beteiligt worden zu sein. Konkret geht es um das am 21. November 2016 veröffentlichte Papier der Ärztekammer Bremen, welches in der Arbeitsgruppe „Altersmedizin“ der Ärztekammer Bremen erstellt wurde aus Perspektive der beruflichen Pflege. Die Diskussion ist ein Beitrag in der Bestrebung des gemeinsamen Landesgremiums nach §90a SGB V das Thema „Geriatrische Versorgung im Bundesland Bremen“ zukunftsfähig aufzustellen.

Bei der Bewertung des Konzepts der Ärztekammer Bremen „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ betrifft der Themenkern eindeutig das Handlungsfeld von beruflich Pflegenden. Die „Nicht-Beteiligung“ des Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest als größter Interessenvertretung der beruflich Pflegenden ist nicht nachvollziehbar, sie widerspricht dem politischen Vorgehen in anderen Bundesländern wie Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen und es entspricht einer Geringschätzung der Expertise aller beruflich Pflegenden im Bundesland Bremen.

Durch die bisherige „Nicht-Beteiligung“ der beruflichen Pflege bleiben wichtige Impulse für eine personenzentrierte und sichere Pflege von Bremer Bürgerinnen und Bürger schlicht unberücksichtigt.

Trotz der bisher fehlenden Bereitschaft zur Beteiligung der beruflich Pflegenden an pflegerisch relevanten Prozessen im Bundesland Bremen haben wir nachfolgend unsere Bewertung des Konzepts der Ärztekammer Bremen „Ambulante Versorgung älterer

Seite 1/4

Menschen“ formuliert. Wir hoffen, dass dieses Signal unsererseits zukünftig zu einer regelhaften Beteiligung des DBfK Nordwest als Vertreter der beruflich Pflegenden im Bundesland Bremen führt.

Stellungnahme / Bewertung des Konzepts der Ärztekammer Bremen „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ aus Sicht der Pflege

Wir gehen konkret auf das uns vorliegende Papier ein:

Seite 2

B. Definition des geriatrischen Patienten

Die aufgeführte Definition impliziert, dass Personen über 80 Jahren geriatrische Patienten sind. Wir lehnen diese Definition ab, da sie suggeriert, dass das Überschreiten des 80sten Lebensjahres als solches eine „Krankheit“ darstelle, da es die Zuordnung zur Personengruppe „Patient“ indiziert. Die explizite Benennung von Erkrankungen unter Punkt 2 und 3 verhärtet diese Wahrnehmung. Aus pflegfachlicher Sicht hat ein alter Mensch zwar spezifische Bedürfnisse, die Tatsache des Alt-Seins ist jedoch nicht mit der Eigenschaft ein Patient zu sein gleichzusetzen.

B.I. Ansätze zur Stärkung der Willens zuhause zu leben

Die Förderung von Tagespflegekonzepten und -einrichtungen ist zu begrüßen. Die „Gemeindegeschwester, die bei akuter Erkrankung für einen bestimmten Zeitraum die Versorgung übernimmt“ ist jedoch eine sehr vage Formulierung. Wir sprechen uns ausdrücklich dafür aus, dass eine pflegfachliche Versorgung alter Menschen nur durch dreijährig ausgebildetes Pflegefachpersonal erfolgen kann. Vermutlich assoziierte Evaluationsansätze beziehen sich auf Modellprojekte der „Gemeindegeschwester“, wie z.B. AGnES: Arztentlastende Gemeindegnahe E-Health-gestützte Systemische Intervention. Diese allerdings verzeichnen, von der Ausbildung der Pflegefachperson ausgehend, eine nicht akzeptable Einbuße des Qualifikationsniveaus. Die bis auf 200 Stunden reduzierte Eigenqualifikation des Deutschen Hausärztesverbandes „VERAH“ (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) ist die Folge, welche in keinem Falle mehr mit den im Rahmen einer dreijährigen Pflegefachausbildung vermittelten Kompetenzen Schritt hält. Medizinische Fachangestellte können keine pflegfachliche Versorgung übernehmen, wie dies jedoch oft in Konzepten der „Gemeindegeschwester“ suggeriert wird. Zu dieser Erkenntnis sind mittlerweile auch die führenden Wissenschaftler in diesem Bereich gekommen. So werden in der Studie Delphi-MV zur Versorgung von Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit in Mecklenburg Vorpommern ausschließlich dreijährig ausgebildete Pflegenden mit spezieller Weiterqualifikation eingesetzt.

Der Einsatzbereich von Pflegefachpersonal limitiert sich nicht rein auf den Bedarf „bei akuter Erkrankung für einen bestimmten Zeitraum“. Ambulante pflegfachliche Versorgung findet zu einem überwiegenden Anteil kontinuierlich und stets mit ressourcenfördernden präventiven Elementen statt. Die Zusammenarbeit der Hausärzte mit den ambulanten Pflegediensten ist eine elementare Voraussetzung für das Gelingen eines selbstbestimmten Lebens älterer Menschen in ihrer häuslichen Umgebung. Pflegebedarf ist zudem niemals mit

einer „Erkrankung“ gleichzusetzen, sondern kann sich auch temporär oder langfristig aus der alterstypischen Physiologie ergeben. – Dies impliziert die Ärztekammer oben stehend in der Definition des geriatrischen Patienten, verliert sich jedoch in der Benennung der Hilfen für ein selbstbestimmtes Leben älterer Menschen.

B.II.1. Indikation einer „Behandlung“

Wir lehnen es aus pflegfachlicher Sicht ab, von „geriatrischem Behandlungsbedarf“ zu sprechen. Dieser impliziert wie oben dargestellt, dass das Überschreiten des 80sten Lebensjahres eine Krankheit darstellt.

Seite 3

B.II.1. Entlassmanagement

Die beschriebene Entlassung aus einer Klinik wird der pflegfachlichen Rolle und hiermit der Berufspraxis und der praktischen Rolle im multidisziplinären Team nicht gerecht. Wir verweisen auf den Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), der die zentrale Verantwortung im Entlassungsprozess in der Pflege verortet. Es passiert leider allzu oft, dass jedoch der von der Ärztekammer beschriebene Weg beschränkt wird und ältere Menschen ohne ausreichende Medikamente, medizinische und pflegfachliche Versorgung und soziale Kontakte in ihr häusliches Umfeld entlassen werden. Da gerade an Wochenenden die primäre Kommunikation über Pflegefachpersonen und generell die Erstaufnahme in der häuslichen Umgebung nicht durch den Hausarzt, sondern durch ambulante Pflegedienste erfolgt, ist die Prozessbeschreibung der Ärztekammer Bremen hier ungenügend.

B.II.2. Identifikation des geriatrischen Patienten

In der Beschreibung der Anforderungen an das Assessment eines geriatrischen Patienten, benennt die Ärztekammer Bremen selbst die nicht vorhandene Qualifikation medizinischer Fachangestellter MFA („nichtärztlicher Praxisassistenten“). Hiermit wird verdeutlicht, dass diese Berufsgruppe nicht zur qualifizierten geriatrischen Versorgung, sondern zur Praxisassistenz ausgebildet ist. In oben genanntem Kontext verweisen wir mit Nachdruck darauf, dass eine pflegfachliche Anamnese, die Kommunikation und die aus medizinischen und fachpflegerischen Assessments resultierende Ableitung von Versorgungs- und Pflegezielen einer pflegfachlichen Qualifikation bedürfen.

Seite 4

B.II.3. Schwerpunktpraxen

Die Errichtung von Schwerpunktpraxen unter Beteiligung Pflegender ist ein guter Ansatz. Die Forderung der „Mobilität“ der Berufsgruppen kommt unverständlicherweise jedoch nicht zu dem Schluss, im ambulanten Bereich mit Pflegediensten als regionale Anbieter, zusammenzuarbeiten.

Seite 6

B.III.2. Strukturqualitätsanforderungen aus ärztlicher Sicht

Als erster Punkt einer für die medizinische Versorgung notwendigen Strukturqualität wird die Forderung qualifizierten Pflegefachpersonals formuliert. Diese Forderung und auch den Ruf

nach mehr Pflegepersonal unterstützen wir in unseren Stellungnahmen. Es gibt starken Nachbesserungsbedarf in der strukturellen Ausstattung mit fachlicher Pflegeexpertise in ambulanten sowie stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen.

Bei den folgenden Schilderungen verlässt die Ärztekammer jedoch eindeutig ihren Zuständigkeitsbereich:-Sowohl spezifische Qualifikationsforderungen, als auch Dokumentationssysteme, Pflegesysteme und Mittel der Arbeitsorganisation beanspruchen wir Pflegende für uns selbst zu benennen, wie auch Mediziner dies berechtigterweise für sich selbst tun erledigen. Eine Augenhöhe ist hier nicht zu erkennen: Sprachkompetenz wird Pflegepersonal pauschal abgesprochen, wobei es ohne Frage im Bereich Fremdsprachlichkeit auch umgekehrte Probleme Pflegenden mit fremdsprachlichen Ärzten gibt, um nur ein Beispiel aufzugreifen. Wir fordern hier die Anhörung und Beteiligung von Vertretern der beruflichen Pflege und stellen uns hier gern für einen langfristigen Dialog zur Verfügung.

Die Bewertung und Gestaltung multiprofessioneller Versorgungskonzepte kann nur unter Beteiligung von beruflich Pflegenden geschehen. Dies war in beiden vorgenannten Prozessen nicht der Fall. Der DBfK Nordwest ist genuiner Vertreter der politischen und fachlichen Interessen der Pflege, daher wünschen und fordern wir die aktive Einbindung des DBfK Nordwest e.V. als Vertreter der professionell Pflegenden im Bundesland Bremen in zukünftigen politischen Willensbildung und Meinungsbildungsprozessen

Mit freundlichen Grüßen aus Hannover
DBfK Nordwest e.V.



Heidrun Pundt
Vorstand



Christopher Kesting
Vorstand