

Die Pflege in Pandemie-Zeiten oder: Lehren aus Corona

Resolution des GPA-Landesvorstands

Auf der Basis von Gedanken von Bernhard Seidenath, MdL und Staatssekretär Klaus Holetschek, MdL, Vorsitzender des Landesgesundheitsrats

1. Aktuelle Ausgangslage: die COVID-19-Pandemie als schwere Herausforderung

Die COVID-19-Pandemie ist ein Stresstest für das ohnehin schon schwer belastete pflegerische Versorgungssystem. Themen wie Verfügbarkeit von Personal, Versorgungssicherheit für Pflegebedürftige sowie Gesunderhaltung von pflegenden Angehörigen mit Sicherung der häuslichen Versorgung, die Verfügbarkeit von Schutzausrüstung (Infektions- und Arbeitsschutz), Verfügbarkeit von Patientenbetten und Pflegeplätzen, Kommunikationsstrukturen für Helfer und Bevölkerung (Digitalisierung), sowie sozialpolitische und wirtschaftliche Aspekte sind aufzuarbeiten.

Es hat sich gezeigt, dass eine flankierende Sicherung der pflegerischen Versorgung in Bayern unerlässlich ist. Zentrale Rollen bei der Weiterentwicklung der Pflege sollten dabei das neue Landesamt für Pflege in Amberg sowie die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) einnehmen.

Ein Schwerpunkt sind dabei die personellen Ressourcen für die pflegerische Versorgung.

2. Notwendigkeiten, Aufgaben – Die Pandemie ist nicht vorbei

2.1. Organisation und Koordination „Pflegereserve“:

Die Mobilisierung bzw. Vorhaltung von Reservekapazitäten für zusätzliches Pflegepersonal muss dauerhaft im Nicht-Pandemiefall für den Pandemiefall organisiert werden:

Personalreserve:

Im Pandemiefall steht nur die Mobilisierung von Personalreserven in der Pflege zur Verfügung. Es besteht daher die Notwendigkeit, erhebliche und breite personelle Reservekapazitäten bereits im Nicht-Pandemiefall aufzubauen.

Nach dem Muster des Pflegepools, der während der Corona-Pandemie von der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) gut gemanagt wurde, muss eine entsprechende Organisation für die Pflege neu aufgestellt oder in bestehende Krisenstrukturen eingebunden werden.

Im Bereich des Reservepersonals gilt es verschiedene Qualifikationsebenen für den Einsatz zu formulieren:

- ausgebildete Personen (medizinische und pflegerische Fachberufe)
- qualifizierte Personen (ein-/zweijährige Helferausbildungen)
- Personen mit gesundheitsnahen Ausbildungen (z.B. Soziale Arbeit, Pädagogik)

- Personen mit Erfahrungen als pflegender Angehöriger
- Freiwillige ohne Vorerfahrung (Ehrenamt)
- Akademisierte Pflegefachpersonen

Erforderlich ist hierfür:

- Die Stärkung des Pflegeberufes durch ausreichende Personalsicherung und Ausbildung (Fortführung der bestehenden Aktivitäten, etwa im Rahmen der generalistischen Ausbildung). Neben den ebenfalls schon in der Diskussion befindlichen Fragen der Bezahlung werden Aspekte der Arbeitsplatzsicherheit und der gesellschaftlichen Anerkennung - auch und gerade nach der Pandemie - weitere Bedeutung gewinnen.
- Gelerntes Pflegepersonal, das nicht mehr in der Pflege tätig ist oder sich im Ruhestand befindet, soll in eine Art Reservistensystem, etwa einen Pflegeereservepool, eingebunden werden, das sowohl die kontinuierliche Verfügbarkeit, die fachliche Weiterqualifizierung und ein Anerkennungssystem (auch finanziell) sicherstellt.
- Personen mit gesundheitsnahen Ausbildungen (z.B. Soziale Arbeit, Pädagogik, Psychologie) können im Pandemiefall zentrale Aufgaben in der medizinischen Begleitung von Patienten und Pflegepersonal sowie grundsätzlich organisatorische Aufgaben übernehmen. Sie sollten ebenfalls in die pflegerische Reservestruktur eingebunden werden.
- Pflegenden Angehörigen unterliegen im Pandemiefall besonderer Verantwortung und Belastung. Unabhängig von der grundsätzlichen Notwendigkeit, das Angebot für Pflegenden Angehörigen zu verbessern, müssen diese als qualifiziertes Personal im Pandemiefall zur Aufrechterhaltung der eigenen häuslichen Versorgung unterstützt und die Erfahrungen für die Unterstützung anderer Haushalte gesichert werden.
- Ehrenamt: die ehrenamtlichen Strukturen der Pflege sind nicht systematisiert und in die Organisation der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege eingebunden. Darüber hinaus sollte jede/r Bürger/in - auch ohne medizinische oder pflegerische Qualifikation - die Möglichkeit haben, sich in ein ehrenamtliches Unterstützungssystem einzubringen (z.B. bei haushaltsnahen Dienstleistungen wie Einkaufen). Neben der Organisation ist auch die Schulung für die einzelnen Bereiche der häuslichen und gesellschaftlichen Unterstützung notwendig.

Qualifizierung/Schulung:

Für den Pandemiefall bedarf es einer auf die jeweilige Pandemie zugeschnittenen „Schnellschulung“ für freiwillige Helfer ohne medizinische Vorkenntnisse. Hierzu muss ein entsprechendes Curriculum entwickelt werden. Auch müssen die Schnittstellen zum Versorgungssystem sowie die vorhandenen Ressourcen – etwa durch die aktuellen Anbieter von Erste-Hilfe-Schulungen – genutzt und digitale Konzepte entwickelt werden, die dann gerade bei Kontaktbeschränkungen ihre Stärken ausspielen können.

Die Organisation der „Pflegereserve“ mit den oben genannten Personengruppen muss im Nicht-Pandemiefall durch entsprechende Strukturqualität überzeugen.

Für eine angemessene Verteilung der zusätzlichen Reserve bedarf es differenzierter Einzelstrategien (Krisencluster, regionale Fragen, strukturschwache Regionen). Des Weiteren müssen mögliche Einsatzfelder des Personals definiert sowie koordiniert werden. Grundsätzlich ist die Arbeit des Fachpersonals im medizinisch-pflegerischen Bereich mit den zivilgesellschaftlichen Potentialen im Sinne einer po-

sitiven Ergänzung abzustimmen.

Strukturelle und materielle Voraussetzungen wie z.B. Schulungscenter, Regionalisierung, Fahrzeuge, Corporate Identity etc. müssen geschaffen werden.

Zur Qualifizierung und Einbindung gehören regelmäßige Schulungen sowie Notfallübungen, Informationen und gemeinsame Kommunikationsstrukturen und Einbindung (Chats, Veranstaltung, etc.).

Die Personalakquise und Vorbereitung geschieht idealerweise in Zeiten ohne Pandemie.

Hierfür bedarf es einer abgestimmten Strategie der Kommunikation mit der Bevölkerung (Aufrufe) sowie separate Abstimmung mit den Leistungserbringerverbänden (z.B. den Wohlfahrtsverbänden). Die rechtlichen Voraussetzungen für Erfassung, Pflichten, Entschädigungen etc. sind zu schaffen.

Die kontinuierliche Betreuung und Information der Personalreserve muss sichergestellt sein.

Die Pandemie hat bisher gezeigt, dass qualifiziertes Personal in seiner angestammten Verwendung nicht immer gebraucht wird. So haben laut Bundesagentur für Arbeit von März bis Mai 2020 bundesweit 1.200 Krankenhäuser und 48.300 (Zahn-) Arztpraxen für 83.300 bzw. 326.700 Beschäftigte Kurzarbeit angezeigt. In einem Notstand sollte deshalb über Wege nachgedacht werden, dieses hochqualifizierte Personal dort einzusetzen, wo es dringlich gebraucht wird.

Die Pflege der Pflegenden - Prävention/Vorsorge/Gesundheitsmanagement

Gerade pflegerische Berufe weisen bereits jetzt einen deutlich höheren Krankenstand als andere Berufe auf. Daher ist im Pandemiefall die Koordination sowie Kommunikation von Sorgekonzepten für das Pflegepersonal von entscheidender Bedeutung. Hierzu gehören Mentoren als „Hilfe für die Helfer“ sowie seelsorgerische und digitale Angebote zur Gesundheitsförderung. Für die entsprechende Pandemiesituation gilt es, Supervision oder spezifische Gesundheitsprogramme anzubieten.

Verhalten und Arbeitsschutz in der Pandemie

Für die Durchführung und Ausführung von medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten sind die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes und des Arbeitsschutzes zu schulen und einzuhalten. Hierfür sollten entsprechende Informationsmaterialien entwickelt und zur Verfügung gestellt werden.

Weitere Aspekte:

Umgang mit Quarantäne und Isolationsvorgaben

Die Kontaktbeschränkungen erzeugen soziale Herausforderungen wie Einsamkeit sowie soziale Deprivation. Psychische Folgen wie Depression, Suchtverhalten, Erhöhung der Suizidalität oder Aggression sind dabei nicht auszuschließen. Weitere Aspekte sind die Entstehung von häuslicher Gewalt.

Darüber hinaus beinhaltet die Infektion mit dem Coronavirus spezifische Phänomene im Versorgungsbereich. Anzuführen sind zum Beispiel die Folgen von erzwungener Isolation (Einsamkeit) oder Fragen zur Versorgung im Kontext der Hospiz- und Palliativversorgung. Hierfür sind möglicherweise separate Qualifizierungsmodelle – insbesondere mittels digitaler Angebote – angezeigt.

Zentrallager sowie Logistik der Schutzausrüstung für Einrichtungen der Pflege

Zum Schutz der Pflegekräfte, aber auch der Bewohnerinnen und Bewohner sowie zur Aufrechterhaltung des Betriebs stationärer und ambulanter Einrichtungen ist die Verfügbarkeit geeigneter Schutzausrüstung unverzichtbar. Für die Verfügbarkeit wird eine zentrale Verantwortung und Lagerung durch Katastrophenschutzkräfte (Rotes Kreuz, Feuerwehr, THW) vorgeschlagen. Die Zusatzaufwendungen für Schutzmaterial müssen allen Leistungserbringern vergütet werden.

Anfragen und Kommunikation mit der Bevölkerung - Pflegerische Krisenhotline

Ein nicht gelöstes Problem war zu Beginn der aktuellen Pandemie die Flutung aller Kommunikationswege (Telefon, E-Mail, SMS, Fax, usw.) durch Anfragen der Bevölkerung und betroffener Organisationen. Das bestehende System war überfordert. Im digitalen Zeitalter sollte mit entsprechender Technologie und Manpower eine breite Verfügbarkeit von Ansprechpartnern für verschiedene Bereiche (fachliche Anfragen, persönliche Probleme, Versorgungsengpässe) durchgehend ermöglicht werden. Den Aufbau von Mehrfachstrukturen gilt es dabei zu vermeiden (z.B. in Abgrenzung zur Hotline der KV). Aufgrund spezifischer Zielgruppen im Pflegebereich sind jedoch passgenaue Hotline-Angebote denkbar. Hierzu zählen Verbände und Einrichtungsleitungen von stationären Einrichtungen sowie ambulanten Diensten oder auch Initiatoren ambulant betreuter Wohngemeinschaften. In diesen Bereich ist ebenfalls die heterogene Gruppe der pflegenden Angehörigen einzuordnen, für die es bisher nur begrenzte Formen der Organisation gibt. Auch hier werden im Pandemiefall vielfältigen Fragestellungen auftreten.

Koordination interdisziplinärer Fragen - Therapie

Hierunter fallen Versorgungsbereiche, die nicht durch pflegfachliche Fragen dominiert sind, jedoch eine spezifische Nähe zum pflegerischen Versorgungssystem aufweisen. Beispielhaft wird auf Fragen im Bereich der Rehabilitation, der Psychiatrie oder auf den Bereich der Eingliederungshilfe hingewiesen. Wichtig ist auch das ergänzende Angebot von Heilmittelerbringern (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie). In entsprechenden Pandemieplänen muss das Zusammenspiel orchestriert werden.

Ethikkommission

Das akute pandemische Krisengeschehen beeinflusst im hohen Maße die Abwägung in ethisch relevanten Bereichen. Quarantänemaßnahmen in Pflegeeinrichtungen, Zugangsbeschränkungen im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung oder Besuchsverbote sind immer einer Kosten- und Nutzenanalyse und einer sorgfältigen Abwägung zu unterziehen. Die Einschränkung persönlicher Rechte, mitunter auch von Grundrechten, erzeugt Ängste und Kritik. Abwägungen müssen durch kompetente Mitglieder einer Ethikkommission begründet werden.

Neben der grundsätzlichen Bewertung von allgemeinverbindlichen Einschränkungen gibt es verschiedenste Einzelfallkonstellationen, die entweder pauschal vorab berücksichtigt werden können (Todesfall, Geburt, unverzichtbare Treffen), gibt es zahlreiche individuelle Fallkonstellationen mit der Notwendigkeit diese kurzfristig auch einer ethischen Bewertung und Entscheidung zu unterziehen.

Eine Ethikkommission kann hier flankierend unterstützen und für spezifische Fallkonstellationen Beratung anbieten.

Während der Pandemie

Beobachtung, Erfassung und Auswertung

Ein systematisches Monitoring der Belastungen des pflegerischen Versorgungssystems im Pandemiefall hilft Verfahrensbeschreibungen zu entwickeln, die eine kontinuierliche Verbesserung ermöglichen.

Hierfür bedarf es einer systemanalytischen Beobachtung. Ein regelmäßig erstellter Krisenpräventionsbericht verweist auf mögliche Versorgungsdefizite.

Digitalisierung

Die aktuelle COVID-19-Pandemie zeigt eindrücklich, welche Chancen (Kommunikation, Schulung) sowie Risiken (Falschinformation) im Krisenfall zu beachten sind.

Daher bedarf es für die qualitätsgesicherte Information von offizieller sowie fachlicher Seite ein dem Tempo digitaler Kommunikation angepasstes Angebot.

Weiterhin sind die vorher angeführten Aspekte allesamt auf die digitale Transformation hin zu überprüfen. Schulungsangebote sowie Kommunikationsstrukturen der benannten Ansätze sind flankierend digital zu entwickeln.

Stichpunkte:

- Digitale Face-to-Face Kommunikation (Patient zu Patient, Patient zu Pflege, Pflege zu Pflege, Pflege zu anderen oder Externen) u.a. Tablet-Formate

3. Fazit und Vorschlag zum weiteren Vorgehen

Die Pflege ist systemrelevant. Wie gut der Einzelne eine Erkrankung oder die Gesellschaft eine Pandemie übersteht, entscheidet sich an der Pflege. Es kommt jetzt darauf an, die Lehren aus Corona zu ziehen:

- zum personellen Bedarf,
- zur persönlichen Ausstattung der Pflegekräfte und insgesamt zu nötigen Sondermaßnahmen für Pflegekräfte während einer Pandemie,
- zu möglichen neuen digitalen Entlastungsmethoden,
- insbesondere aber zur Wertschätzung für die Pflege und damit zu einer weiter gesteigerten Attraktivität des Berufsbildes.

Der GPA wird diese Gedanken zusammen mit der Vereinigung der Pflegenden in Bayern und unter Einbeziehung des Landesamts für Pflege sowie von Vertretern der Wissenschaft und der Selbstverwaltung weiter ausarbeiten und zu Handlungsempfehlungen verdichten.