

(Eine) „Gute Nacht“ in der stationären Pflege

Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz

18. Dezember 2018
Katholische Hochschule NRW, Abteilung Aachen

Uwe Brucker, PEA e.V., Essen

Das dürfen Sie erwarten

- Freiheitsentziehung : Voraussetzungen des § 1906 Abs. 4 BGB
- Mechanische und medikamentöse Mittel und Maßnahmen
- Zu einigen Gründen, warum Pflege fixiert
- Wirksamkeitsvoraussetzungen zur Medigabe
- Behandlungsrecht: Aufklärung des Patienten und seine Einwilligung
- Der Medikationsplan nach § 31a SGB V
- Strukturelle Gewalt: FEM. Gabe psychotroper Medikamente
- Das Recht setzt den ökonomischen Rahmen: das SGB XI strukturiert eine sozialstaatliche Aufgabe als Geschäft
- Die Organisation von Pflege unter Plafondierungsbedingungen
- Ursachen von struktureller Gewalt: ökonomische Faktoren und ihre Auswirkungen auf den Personaleinsatz
- Zusammenhänge von Personal- und Medikamenteneinsatz; am Beispiel Nachtdienst im Pflegeheim

Voraussetzungen von § 1906 Abs.4 BGB allgemein

Wer durch ... , Medikamente... gegen seinen natürlichen Willen ... gehindert wird, seinen Aufenthaltsort zu verlassen und er diese Beeinträchtigung nicht ohne fremde Hilfe überwinden kann.

Der Begriff der Freiheitsentziehung erfordert nicht die Feststellung eines konkreten Willens des Betreuten, seinen Aufenthaltsort aktuell zu wechseln. Entscheidend ist, dass der Betreute sich aufgrund der Maßnahmen nicht körperlich bewegen könnte, wenn er es will.

Wer sich überhaupt nicht mehr willkürlich fortbewegen kann (z.B. Komapatient), besitzt keine Bewegungsfreiheit mehr, die ihm entzogen werden kann. Demzufolge sind bei solchen Patienten die Maßnahmen weder vom Betreuer noch vom Vormundschaftsgericht zu genehmigen.

Fraglich ist hier jedoch die Erforderlichkeit & Geeignetheit.

Technische Hindernisse zum Verlassen der Station, Heim

- Bettseitenteile und Gurtsysteme
- Abschließen der Zimmertür des Bewohners
- Verhindern des Verlassens der Einrichtung oder der Station durch komplizierte Schließmechanismen (z.B. Trickschlösser oder Zahlenkombinationen)
- hoch angebrachte Türgriffe, Drehknäufe
- Verstecken der Tür in Schrank oder Tapete
- Aber auch: Wegnahme der Schuhe, Handtasche etc.

Frage: Welche Gründe benennen professionell Pflegende auf die Frage, warum sie fixieren?

- Haftung: „mit einem Fuß im Gefängnis“
- Schutz des zu Pflegenden vor Stürzen
- „Verantwortung“
- Die Angehörigen wollen das
- Ist mit dem Arzt so abgesprochen

Freiheitsentziehende Medikation: gerichtliche Genehmigungsverfahren für Medikamente gibt es so gut wie gar nicht

- Zentrum für Sozialpolitik in Bremen (2012): ca 240.000 Demenzkranke werden zu Unrecht mit Psychopharmaka behandelt
- Prof. Hirsch Bonn: 60 v.H. der Heimbewohner werden mit Neuroleptika ruhig gestellt
- Studien im Auftrag des britischen Department of Health besagen: in zwei von drei Fällen wurden die Medikamente zu Unrecht verordnet und lassen sich durch eine bessere Betreuung der Betroffenen vermeiden. (Welt vom 25.03.2012)

Neuroleptika, subjektiv, aus Sicht des ehemals „unruhigen“ Herrn G.

- Er hat keine verschlossene Außentür, keine tausend Stäbe; aber ohne „hinter tausend Stäben (auch) keine Welt“
- Er ist massiv in seiner gesamten Eigen-Wahrnehmung eingeschränkt
- Das Medikament verursacht gestörte, unwillkürliche Bewegungsabläufe, Bewegungsdrang und Schläfrigkeit und Schlaflosigkeit, und mitunter das Gefühl des „Einfrierens“ seiner Bewegungen; Herr G. wird dick davon.
- Er spürt plötzliche Erschlaffung, Taubheit in Gesicht, Armen und Beinen sowie Sprachstörungen
- Herr G. bemerkt, dass sein Gang langsam und schlurfend geworden ist
- Sein Zittern im Ruhezustand irritiert ihn. Seine Speichelabsonderung wird stärker; das stört ihn bei Besuchen.
- Er ist depressiv, wird schneller unaufmerksam, hat häufig Kopfschmerzen und Sehstörungen infolge des Medikaments
- Er empfindet immer weniger Freude und Leid und sieht im Spiegel sein Gesicht als Maske, sein Gang empfindet er wie ein langsamer Roboter

Das sind alles Nebenwirkungen, die etwa jeder zehnte Patient dieser Medikamentengruppe (Neuroleptika) empfindet

18.12.2018 Katholische Hochschule NRW, Aachen; Uwe Brucker PEA e.V. **MDS**

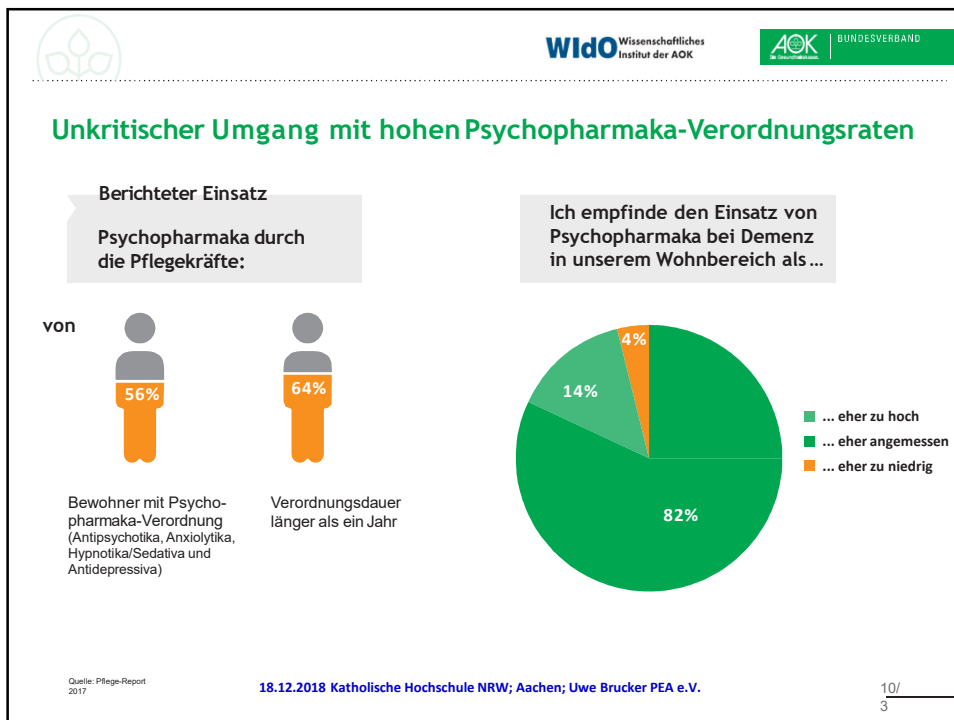
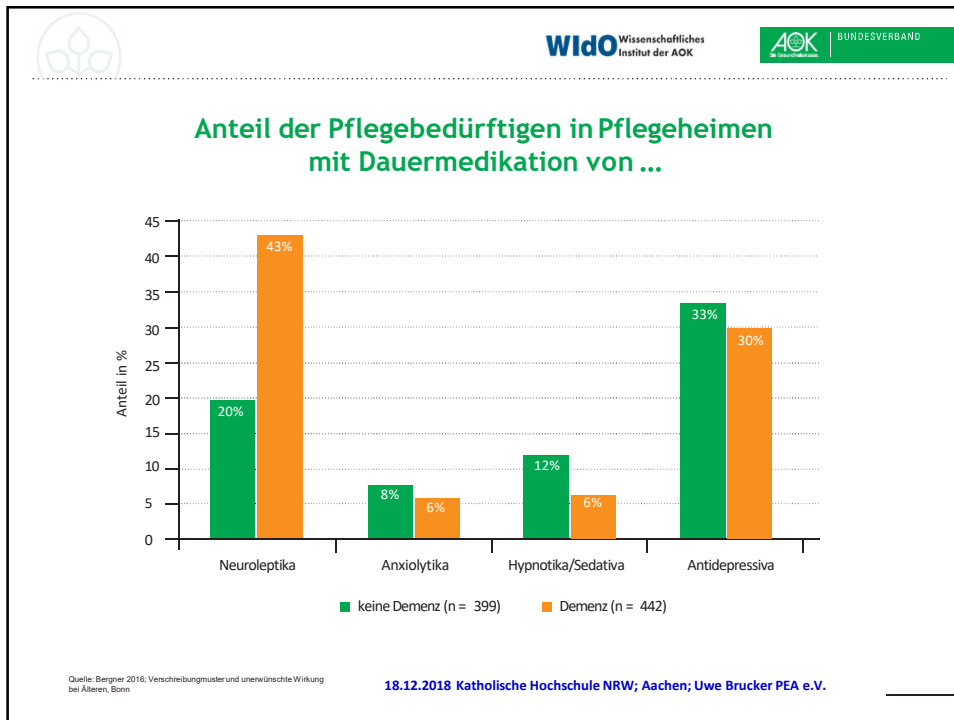
Medikamentöse Fixierung

Der Eingriff mittels medikamentöser Fixierung berührt nicht nur die Freiheit zur Mobilität und Aufenthaltsveränderung, sondern auch die körperliche Integrität.

Die Freiheitsentziehung begrenzt ihn nicht nur äußerlich; sie ergreift totalen Besitz von ihm: körperlich, emotional und seelisch.

Im Hinblick auf die Grundrechte Artikel 1 und Artikel 2 GG:
Die Aufhebung des Willens (mittels Medikamente) stellt eine stärkere Beeinträchtigung des freien Willens dar als dessen Einschränkung.

18.12.2018 Katholische Hochschule NRW, Aachen; Uwe Brucker PEA e.V. **MDS**



Psychotrope Medigabe. Zulässigkeitsvoraussetzungen

Jede Heilbehandlung, muss

- therapeutisch indiziert sein,
- lege artis durchgeführt werden sowie
- unter „informed consent“ der zu behandelnden einsichts- und urteilsfähigen Person oder (im Falle ihrer mangelnden Einwilligungsfähigkeit:)
- ihres Vertreters erfolgen

FEM durch Medigabe und das Behandlungsrecht

Freiheitsentziehung durch Medigabe: Erfüllt sein müssen:

1. Die Zulässigkeitsvoraussetzungen des 1906 BGB für die Freiheitsentziehung
2. Die allgemeinen Voraussetzungen einer medizinischen Behandlung

Sie bedarf immer einer ärztlichen Indikation und regelmäßig der wirksamen Zustimmung des Patienten oder seines Vertreters nach Aufklärung.

Der kleine Ausflug ins Behandlungsrecht

Für einen medizinischen Eingriff, eine Heilbehandlung oder Diagnostik ist erforderlich:

1. Indikation
2. Einwilligung
 - a. Information des Arztes
 - b. Aufklärung durch den Arzt
 - c. Einwilligung des aufgeklärten Patienten

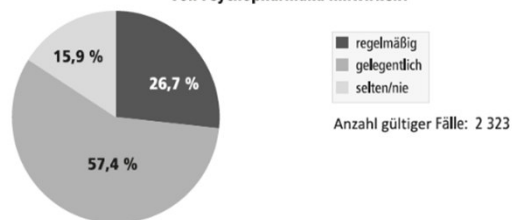
Die Indikation

- Diagnostische Abklärung (verstehende Diagnostik in der Demenz)
- Klärung der Therapiefrage
- Von wem?
- Von einem Arzt/ einer Ärztin (leitliniengerecht)

Die ärztliche Vorbehaltsaufgabe der Indikation vom Psychopharmaka im Pflegeheim: Fragen an Pflegekräfte zum „Hinwirken auf“

Hinwirken auf eine ärztliche Verordnung von Psychopharmaka

Wie häufig kommt es vor, dass Sie als Pflegekraft auf eine ärztliche Verordnung von Psychopharmaka hinwirken?

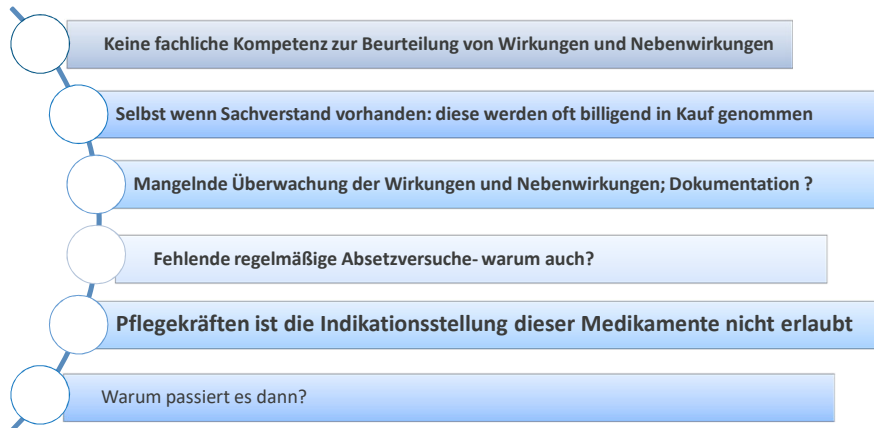


Pflege-Report 2017

WIdO

Schwinger A, Tsiasioti C und Klauber J. Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege.
n: Jacobs/Kuhlmeiy/Greß/Klauber/Schwinger (Hrsg.): Pflege-Report 2017. Stuttgart: Schattauer 2017, S. 131–152.

Problem Indikationsstellung zur Verordnung psychotroper Medikamente durch Pflegende



18.12.2018 Katholische Hochschule NRW; Aachen; Uwe Brucker PEA e.V. **MDS**

Ursachen für die Indikationsstellung mittels „hinwirken auf“

Ärzte nehmen ihre Verantwortung im Heim nicht immer suffizient wahr und nehmen eine de-facto Delegation von ärztlichen Aufgaben an Pflegende vor vgl. „Hinwirken auf“

Seitens der **Pflegenden**:

Ein vielschichtiges Ursachenbündel:

- stark veränderte Bewohner: > 70% PEA
- PEA brauchen Langsamkeit
- PEA brauchen Ruhe und Gelassenheit
- Zeitdruck bei Demenz→ Eskalation→
- Forderndem Verhalten = Form von Kommunikation: unbefriedigte Bedürfnisse wie Unbehagen, Schmerz, Hunger, Durst
- MmD als „Störer“
- Dementisch= viel nonverbale Kommunikation
- Aber: Kaum gerontopsychiatrische Qualifikation, dafür § 43 b SGB XI-Kräfte
- 43 b-Kräfte im Dienstplan Grundpflege

18.12.2018 Katholische Hochschule NRW; Aachen; Uwe Brucker PEA e.V. **MDS**

Die Einwilligung § 630d Absatz 1 BGB

Satz 1 BGB (Einwilligung)

Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.

Satz 2 BGB:

Ist der Patient **einwilligungsunfähig**, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt.

Einwilligung des Betreuers bei psychotropen Medikamenten??

§ 630 e Absatz 5 BGB

Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 (= bei einwilligungsunfähigen Patienten) sind **die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern**, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 (Unaufschiebbarkeit) gilt entsprechend.

18.12.2018 Katholische Hochschule NRW, Aachen; Uwe Brucker PEA e.V.

MDS

Thesen „des Werdenfeler Wegs“

These : Indiz: psychotrope Medigabe ist eine Alternative zu einer anderen Art von FEM, wie z. B. körpernahe Fixierung, bzw. ergänzt diese

These : Die „Problemschilderung“ zur Medigabe zeigt oft, ob es dabei um die Kontrolle von Symptomen geht oder um andere (therapeutische) Zielsetzungen.

Frage: Was steht im Vordergrund?
Der tatsächliche Leidensdruck des Betroffenen?
Oder der Leidensdruck seines Umfeldes?

18.12.2018 Katholische Hochschule NRW, Aachen; Uwe Brucker PEA e.V.

MDS

Thesen des Werdenfelser Wegs

These: Medikamente sind dann eine Freiheitsentziehung, wenn ohne

- präventive,
- palliative,
- kurative oder
- rehabilitative Zwecksetzung

gezielt die Unterbindung des Bewegungsdrangs bezweckt wird.

These : Beschränkt sich der therapeutische Zweck (ohne präventive, kurative, palliative oder rehabilitative Zwecksetzung) auf eine reine Symptomkontrolle, so muss konkret hinterfragt werden, ob das zu kontrollierende Symptom im Bewegungsdrang und körperlicher Unruhe des Patienten (und somit mit Bezug zu seiner Fähigkeit zur Aufenthaltsänderung) besteht.

Was macht der Werdenfelser Weg zum Thema?

Anspruch auf einen Medikationsplan:

§ 31a SGB V: Medikationsplan

Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt

Der Medikationsplan nach § 31 a SGB V

Der Medikationsplan enthält möglichst sämtliche verschreibungspflichtige Arzneimittel. Dazu werden v.a. aufgeführt:

- der Wirkstoff,
- die Dosierung,
- der Einnahmegrund.

Den Medikationsplan **erstellt i.d.R. der Hausarzt**. Er ist zum Ausstellen von Medikationsplänen verpflichtet. Haben Patienten keinen Hausarzt, sind auch Fachärzte verpflichtet, einen Medikationsplan auszustellen.

Die Verantwortung für die verschriebenen Arzneimittel liegt unverändert beim jeweils verschreibenden Arzt.

Der Arzt, der den Medikationsplan erstellt hat, ist auch zur Aktualisierung verpflichtet.

Auf Wunsch des Patienten können auch Apotheker den Plan aktualisieren.

Zur Erinnerung an die mechanischen Fixierungen

Den Akteuren fehlt es hinsichtlich psychotroper Medikamente an
 → Unrechtsbewusstsein in Bezug auf strafbares Handeln mit Folgeproblemen
 → Haftungsangst

Man zeigt sich schmerzfrei ggü. Stichworten wie
 → Strafverfahren wegen Körperverletzung oder Freiheitsberaubung
 → Haftungsfragen bei Nebenwirkungen
 → Fachlichen und ethischen Fragen der Wirkungen psychotroper Medigabe

Ursachen für die Indikationsstellung

Ärzte nehmen ihre Verantwortung im Heim nicht immer suffizient wahr und nehmen eine de-facto Delegation von ärztlichen Aufgaben an Pflegende vor

Seitens der **Pflegenden**:

Ein vielschichtiges Ursachenbündel:

- stark veränderte Bewohner: > 70% PEA
- PEA brauchen Langsamkeit
- PEA brauchen Ruhe und Gelassenheit
- Zeitdruck bei Demenz → Eskalation →
- Forderndem Verhalten = Form von Kommunikation: unbefriedigte Bedürfnisse wie Unbehagen, Schmerz, Hunger, Durst
- MmD als „Störer“
- Dementisch = viel nonverbale Kommunikation
- Aber: Kaum gerontopsychiatrische Qualifikation, dafür § 43 b SGB XI-Kräfte
- 43 b-Kräfte im Dienstplan Grundpflege

Die Freiheitsentziehung durch Medikation ist u.a. gekennzeichnet durch

- Die Medikation erfolgt nicht innerhalb eines Therapieplanes
- Und wenn: Abwägung von erwartbarem therapeutischem Erfolg und dem möglichen Schaden für den Patienten??
- In Deutschland ausgeblendet: Zusammenhang von Personaleinsatz (quantitativ und qualitativ), Pflegebedarf und Medikation von psychotropen Arzneimitteln in der Langzeitpflege v.a. im Nachtdienst.



Personaleinsatz (quantitativ und qualitativ), Pflegebedarf und Medikation

- Heimbewohner sind pflegeabhängig, multimorbid, viele Palliativpatienten
- Der zeitliche Pflege- und Betreuungsbedarf ist deutlich höher als bei immobilen (sog. bettlägerigen) Patienten
- Der unbestrittene Mangel an personellen und zeitlichen Ressourcen → hohe Belastung der Pflegenden,

V.a. forderndes Verhalten → bedarf fachlicher Kompetenz

Hier kommen oft psychotrope Medikamente zum Einsatz

Keine Zeit für Zuwendung und Aufmerksamkeit in der Pflege von MmD

„Störung“ wird mit psychotropen Medikamenten ausgeschaltet D. Deufert (2009)
 Ruhe für die Abläufe in den Wohnbereichen wird hergestellt: man braucht weniger Personal: Pille ersetzt Beziehung (Hirsch 2012)

Es gibt Rspr. dazu in Österreich:
 FEM auch, wenn Medigabe, um Pflege zu erleichtern oder um Ruhe auf Station herzustellen (LG Wels zu 21 R 253/07s vom 25.7.2007)

Ein anderer Aspekt wird von der österreichischen Rechtsprechung aufgegriffen:

Der individuelle Schlaf des zu Pflegenden

Projekt der Heimaufsichtsbehörde München (2013)

- Problem der Bedarfsmedikation: 10 % der Bewohner;
- 74% abends; 2/3 nachts
- Psychopharmaka nachts: Schlaf, Angst, pauschal „Unruhe“ wird behandelt

Ergebnisse:

- „zu schnell und zu viel Psychopharmaka“
- „Verdacht liege nahe, dass Heime ihren Personalmangel mit Medikamenten kompensieren“ (Süddeutsche Zeitung vom 28.6.2013)

Studie aus Norwegen (Huseboe 2003)

Meldepflicht für Stürze von Heimbewohnern
Zusammenhang von Schlafmittel und Stürzen:

Folge der Untersuchung:

- ▮▮▮▮ drastische Reduktion von Psychopharmaka und Erhöhung der Betreuungsintensität und Zuwendung nachts führten zu
- ▮▮▮▮ signifikante Reduzierung von Stürzen
- ▮▮▮▮ deutlicher Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten der Bewohner
- ▮▮▮▮ Erhöhung des Wohlbefindens

Der Schlaf des zu Pflegenden wird medikamentös beeinflusst

Beginn der Bettruhe im Pflegeheim: 19 Uhr

Ende der Bettruhe im Pflegeheim: 7 Uhr

Schlafbedürfnis eines hochaltrigen Menschen: ca. 6 Stunden

d.h. nach Mitternacht sind viele ausgeschlafen, werden unruhig, wollen aufstehen: ▮▮▮▮ Bedarfsmedigabe ?

Sturzhäufigkeit und Zeiten: früher Nachmittag und nach Mitternacht

Personaldichte im Nachtdienst: 1: 50 und deutlich schlechter

Jeder weiß, wie das Phänomen heißt: Pflegenotstand

- Was ist mit „Pflegenotstand“ erklärt?
- Wo kommt er her?
- Wer hat ihn aus welchen Gründen verursacht?

Ein Begriff ohne Gegenstand (Inhalt) und ohne Subjekt

Und alle reden darüber und wollen „das Problem“ lösen

Die politische Ökonomie der Altenpflege erklärt viele der „Herausforderungen“

→ 1993: Pflegeversicherung läutet Paradigmenwechsel in der Finanzierung der Altenpflege ein:

- Bis 1993: Steuerfinanzierung der stationären Pflege; Kameralistik
- Aufgabenerledigung als subsidiäre Staatsaufgabe v.a. durch Freie Wohlfahrt
- Aufgabenwahrnehmung des Sozialstaates (Sozialhilfe) wird umgewandelt in ein Geschäftsfeld Pflege mit neuer Einnahmequelle (SGB XI)
§ 84 Absatz 2 SGB XI:… Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.
- Sozialstaatliche Entlastung, in dem die Aufgabe privatisiert und weiter mit öffentlichen Geldern finanziert wird (Pflegekasse, Selbstzahler, Sozialhilfe)
- Stichwort Refinanzierung: von der Kameralistik (alt) zu „BWL“ (neu)

Kostensenkungsprogramm in der Altenpflege

- Ziel 1: Plafondierung = Deckelung der Leistungsausgaben
- Folge: bei gleich bleibenden Einnahmen muss der Träger regelmäßig an der Kostenschraube drehen, will er weiter schwarze Zahlen erwirtschaften
- Ziel 2: Verbilligung der Pflege durch „Abruf der Wirtschaftlichkeitsreserven“
Verwaltungskosten großer Pflegekonzerne?
Wie groß sind diese „Wirtschaftlichkeitsreserven“ bei nicht bekannten Zahlen ?
- Standard Pflegesatz-Modell: „...sieht die Einführung bundesweit einheitlicher Pflegesätze vor, die jedoch um etwa 25 bis 30 unter den gegenwärtigen...Sätzen, liegen.“ (BtDrucksache 13/8278 vom 23.7.1997)
- Parallel: Verrichtungsbezogene Pflege vs. personenbezogene Beziehungspflege

Die Fortschritte der Ökonomisierung unter Plafondierungsbedingungen: (1) Umstrukturierungen

- Ausgründung von Tochtergesellschaften (Catering GmbH, Wäsche GmbH, Facility-Management GmbH; Real-Estate-Management; Leiharbeitsfirmen)
- Flucht aus dem Tarif: Konzerneigene Leiharbeitsfirmen
- Verbilligung der Dienstleistungen rund ums Heim bei „hoher“ Kostenstruktur in Bezug auf den Pflegesatz
- Die Handlungslogik ist dem politischen Auftrag immanent
- Aus diesen und anderen phantasie- und gewinnträchtigen Entscheidungen der Pflegeindustrie resultieren ein paar Auffälligkeiten

Die Fortschritte der Ökonomisierung unter Plafondierungsbedingungen: (2) Personal

- Burn-Out in Pflege (2009 Duffy et al)
- Unzufriedenheit und Erschöpfung führen zu einer Bereitschaft Misshandlungen hinzunehmen
- 70 Prozent Teilzeitbeschäftigte mit höherem AU-Anteil als Vollzeit
- Eine Tätigkeit reicht oft nicht zum Leben
- Flucht Vieler aus dem Beruf
- Bezahlung auf Niveau, dass Mindestlohn eingeführt wird (2018: 10,55 und 10,05)

Hinweise aus der Rechtsprechung , wie es zum Mindestlohn in der Pflege kommt:

Bundessozialgericht (BSG) vom 23. Juni 2016 (Az.: B 3 KR 26/15 R und B 3 KR 25/15 R)

Wollen die Anbieter ambulanter Pflegedienste wegen Tariflohnerhöhungen auch höhere Vergütungen von den Krankenkassen erhalten, müssen sie konkret nachweisen, dass die Tariflöhne auch tatsächlich den Beschäftigten zugutekommen. Ein allgemeiner Verweis auf gestiegene Tariflöhne reiche nicht aus.

Umgekehrt dürfen sich die Krankenkassen nicht allein mit dem Verweis auf die Beitragsstabilität und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit höheren Vergütungssätzen verweigern. „Unwirtschaftlich“ seien Tariflohnerhöhungen nicht, so dass diese durchaus höhere Vergütungssätze rechtfertigen können.

„Dem Ruf der Politik nach allgemeinverbindlichen Tarifverträgen in der Pflege tritt der bpa Arbeitgeberverband ausdrücklich entgegen. Eine Zwangsbeglückung durch allgemeinverbindliche Tarifverträge ist ein Angriff auf die Tarifautonomie, ... sowie eine nicht hinnehmbare weitere Beschränkung der unternehmerischen Gestaltungsspielräume.“

https://www.bpa-arbeitgeberverband.de/Tarifpolitik/588_0.html download am 04.12.2018

Lösungen

→ Entbürokratisierungskampagnen

→ „Die einfachste Methode für ein Pflegeheim, um Gewinne zu erzielen, ist die Nichtbesetzung von abgerechneten Stellen“ Presseerklärung BIVA vom 17. Januar 2017

→ Unterschreitung der vereinbarten Personalbesetzung um 8% ist rechtmäßig, wenn damit keine Qualitätsverlust verbunden (BSG-Urteil):

→ Die Pflegekassen müssen den Heimen Geld für Pflegekräfte zahlen, die dort gar nicht beschäftigt sind (Report Mainz 7.3.2017).

Ökonomisierung. Qualität. Strukturelle Gewalt

Zusammenfassung:

Rund 70 % der Kosten im Pflegeheim sind Personalkosten

→ Kostenreduzierung bedeutet v.a. Personalkosten senken: Import von Pflege-Fachkräften aus Asien u.a. Staaten mit ↓ Lohnniveau

→ Weniger Köpfe, weniger Qualifikation ; z.B. § 43b-Kräfte ohne Fachpflege Geriatrie

→ Bei komplexerem Pflege- und Betreuungsaufwand z.B. 70 % MmD

→ Steigende AU- und Burnout-Zahlen

Führen latent zu struktureller Gewalt in der Pflege (Beispiele: FEM, PEG-Sonden als Zeitgewinn, „Auszeit“)

Dichtung und Wahrheit (bpa-Arbeitgeberverband)

Wer jetzt private Geschäftsmodelle in der Pflege grundsätzlich infrage stellt, in dem er zum Beispiel Gewinne in der Pflege verteufelt, Renditen begrenzen will, immer restriktivere Regulierungen fordert, starre Lohnvorgaben für alle Beschäftigte machen will, der verschärft die Probleme der Pflege weiter. (S. 5 Geschäftsbericht bpa Arbeitgeberverband 2017/2018)

Der massive Fachkraftmangel ist zurückzuführen auf den demografischen Wandel, aber auch auf Leistungsausweitungen in der Pflegeversicherung – insbesondere in der vergangenen Legislaturperiode. Nach den Zahlen der Bundesagentur für Arbeit hat es gerade in den Jahren 2015 und 2016 einen richtigen Sprung beim Personalmangel gegeben. Ders. Dichter, aaO S.11

Deren Chefideologe Rainer Brüderle im Handelsblatt vom 16.08.2018:

„Mit den Äußerungen von Jens Spahn, Gewinne begrenzen zu wollen, hat der eingeschlagene Weg in die Staatswirtschaft mit einer alles bestimmenden Bürokratie eine neue Qualität erhalten. So offen hat das in der Union noch niemand formuliert. Jens Spahn ist damit auf dem besten Weg zurück zum Ahlener Programm der CDU. Man möchte anderen zurufen, „Marktwirtschaftler meldet Euch zu Wort und verhindert diesen Weg in Richtung Planwirtschaft.“

**Aktuell: „U.B.: Die Rolle von Medikamenten als FEM.
In: ZQP-Report: Gewaltprävention in der Pflege: 11.2017**

„Die nicht nur in Kauf genommene, sondern nicht selten auch zielgerichtete Freiheitsberaubung in Verbindung mit der Körperverletzung von alten und pflegebedürftigen Heimbewohnern stellen ganz und gar keinen Gegensatz zu der ansonsten pro sozial besetzten Pflege alter Menschen dar, sondern werden zum unvermeidlichen Kollateralschaden in einem nicht mehr hinterfragbaren Geschäftsmodell Altenpflege.“

18.12.2018 Katholische Hochschule NRW; Aachen; Uwe Brucker PEA
e.V.

MDS

Weitere Informationen erhalten Sie bei uns

www.pea-ev.de

www.milcea.eu/gfp.html und auch,
wenn Sie mir eine Email schicken

Uwe-Brucker@t-online.de

18.12.2018 Katholische Hochschule NRW; Aachen; Uwe Brucker PEA
e.V.

MDS