



Andreas Westerfellhaus
Präsident des
Deutschen Pflegerats (DPR)

Editorial

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff braucht neue Ausbildung

Deutschland wird älter und damit steigt auch die Zahl der Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Um die dadurch an die professionell Pflegenden gestellten steigenden Herausforderungen zu meistern, ist eine neue, moderne Form der Pflegeausbildung erforderlich, wie dies das Pflegeberufereformgesetz vorsieht. Es ist unsere Pflicht, für eine bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung und Betreuung der Menschen zu sorgen, die unserer Hilfe bedürfen. Das kann jedoch nur gelingen, wenn wir die richtigen Rahmenbedingungen setzen. Der Gesetzgeber hat mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff geschaffen, der ab dem 1. Januar 2017 einen veränderten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung vorsieht. Im Mittelpunkt steht dabei der Grad der Selbstständigkeit. Das ist wegweisend und wird zu Verbesserungen der Versorgungssituation führen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass das dazu benötigte Personal in der Menge als auch mit der richtigen Qualifikation vorhanden ist. Einer der wesentlichsten Stellhebel wird dabei das Pflegeberufereformgesetz sein. Es sichert die bestmögliche Versorgung der pflegebedürftigen Menschen, unabhängig davon ob diese im Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung gepflegt und betreut werden. Der Bundesgesetzgeber muss jetzt dafür sorgen, dass das für die Pflegefachpersonen und die Patientensicherheit unabdingbare Pflegeberufereformgesetz ohne faule Kompromisse verabschiedet wird.

Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerats (DPR)



In Kooperation mit

Heilberufe
Das Pflegemagazin

IM FOCUS

Ambulant völlig neu denken

Die Ergebnisbeurteilung und Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege muss auf den Kopf gestellt werden. Hierzu hat der Gesetzgeber eine eigenständige Entwicklung für den ambulanten Bereich festgeschrieben. Was fehlt, ist der entscheidende Schritt hin zu wissenschaftlich fundierten Indikatoren für eine möglichst objektive Qualitätsmessung.

Denkt man diesen Prozess aus der Patientensicht heraus, wird schnell klar, dass es vielfach um subjektive Faktoren, um Empfindungen geht, zum Beispiel, ob die Pflegekräfte freundlich und hilfsbereit und die personellen Wechsel möglichst gering sind. Anders sieht der Blick aus Sicht der professionell Pflegenden aus. Diesen fällt es häufig schwer, gute Pflege zu definieren, hat jüngst Dr. Klaus Wingenfeld von der Universität Bielefeld gesagt. Das Wohlbefinden des Patienten und dessen Erhaltung bzw. Steigerung der Eigenaktivität scheinen für sie wichtige Aspekte zu sein.

Die ambulante Pflege benötigt einen Weg abseits der bürokratischen Auflagen der bisherigen Qualitätsebenen. Qualität sollte sich daraus erweisen, ob und wie klar definierte Aufgaben u.a. bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen erfolgreich erfüllt werden und welche Folgen sich daraus ergeben, macht Wingenfeld weiter deutlich. Diese Kehrtwende im Qualitätsansatz baut auf dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf und ist zugleich weit weg von der heutigen Realität. Erforderlich sind dafür ein neues Denken aller Beteiligten, einhergehend mit neuen fachlichen Anforderungen an die professionell Pflegenden.

Thomas Meißner
Präsidiumsmitglied des Deutschen Pflegerats (DPR)

Notwendig – aber mit Verbesserungsbedarf

Gesetzesentwurf zum PSG III

Der Deutsche Pflegerat begrüßt in seiner Stellungnahme zum Gesetzesentwurf eines „Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“ (PSG III) die Initiative der Bundesregierung, die kommunalen Strukturen zu stärken und durch entsprechende Regelungen auszubauen. Weiter sieht der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) jedoch auch enormen Verbesserungsbedarf.

Die Pflege von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen hat in vielen Pflegesettings einen regionalen Bezug. Dies trifft insbesondere auf die ambulante Versorgung zu. Parallel zum Pflegebedarf treten bei gesundheitlich beeinträchtigten Menschen häufig weitere Bedarfslagen auf. Diese beziehen sich beispielweise auf die Erreichbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten, benötigte Dienstleistungen und die medizinische Behandlung. Für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen und ihre Familie müssen Informationen darüber abrufbar sein, welche bestehenden Angebote es gibt und wie die Voraussetzungen für ihre Inanspruchnahme sind.

Wir benötigen kommunale Versorgungsstrukturen

Um diesen Bedarfslagen gerecht zu werden, müssen kommunale Versorgungsstrukturen in der Pflege vorliegen. Notwendig hierfür ist eine koordinierte Zusammenarbeit der Kostenträger, Kommunen, Leistungserbringer und der Zivilgesellschaft. Um diese Koordinierungsprozesse zu gewährleisten sind entsprechende Strukturen (z.B. Pflegekonferenzen) nötig. Die hierfür erforderlichen gesetzlichen Regelungen sind zu schaffen.

Um die Angebote für gesundheitlich eingeschränkte Menschen bedarfsgerecht zugänglich zu machen, sind weitere Koordinierungsstellen erforderlich, die beraten können und einen Hilfemix aus Selbst- und Fremdhilfe, Profi- und Laienpflege, Medizin, Pflege und Alltagsversorgung sicherstellen. Nötig hierfür sind Beraterinnen mit pflegefachlicher Expertise, die auf der Grundlage des neuen Begutachtungs-Assessment (NBA) bedarfsgerechte Angebote für zu pflegende Menschen und ihre Angehörigen zusammenstellen. Der vorgelegte Gesetzesentwurf enthält einige Schritte hin zu einer Versorgung pflegebedürftiger Menschen, die pflegerische Hand-



lungen bei einer Einzelperson bis hin zu kommunalen Versorgungsstrukturen in einen Zusammenhang bringen.

Chance für Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote

Die Stärkung der Rolle der Kommunen in Bezug auf den Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote muss von allen Beteiligten als Chance verstanden werden. In der Altenhilfe wurden entlastende Angebote geschaffen. Dies betrifft sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich. Familien mit Kindern mit erheblichem Pflegebedarf hingegen sind hier bislang deutlich benachteiligt. Dabei sind insbesondere Familien mit Kindern in einer Ausnahmesituation, deren Chance auf Entlastung von Infrastrukturen abhängig ist. Im Zusammen-

hang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit einhergehenden Leistungserweiterung muss das Angebot auch für Familien mit Kindern erweitert werden, um langfristige Entlastung zu schaffen.

Probleme werden verstärkt

Insgesamt ist der Gesetzentwurf des PSG III als notwendige Folge des eingeleiteten gesetzlichen Änderungsprozesses des SGB XI anzusehen. Die im Hinblick auf die Kommunen angestrebten Änderungen sind zu begrüßen. Die in der Regel landesspezifischen aber bundesweit übertragbaren Probleme in dem dreiseitigen Verhältnis von Pflegekassen, Sozialhilfeträgern und Leistungserbringern werden jedoch nicht beseitigt, sondern vielmehr verstärkt.

Leistungseinschränkungen sind zu erwarten

Der Deutsche Pflegeerrat weist zudem darauf hin, dass durch mehrere Regelungen im Gesetzentwurf für pflegebedürftige Menschen, deren Pflegebedürftigkeit weniger als sechs Monate andauert und für Menschen, die Eingliederungshilfe beziehen, erhebliche qualitative und quantitative Leistungseinschränkungen zu erwarten sind. Um das zu vermeiden muss der Gesetzentwurf erheblich nachgebessert werden.

Dr. Ute Haas

Referentin in der Geschäftsstelle des Deutschen Pflegeerrats

JAHRESAUSBLICK

Personalfragen stehen im Zentrum

Die derzeitige Krankenhausfinanzierung stellt nicht sicher, dass ausreichend Pflegefachpersonen für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Dieser Mangel besteht seit langem, führt zu einer Gefährdung der Patientenversorgung, schadet der Attraktivität des Berufes und lässt zugleich die Kosten steigen.

Die pflegerische Personalausstattung bewegt sich heute auf dem Niveau des Jahres 2003. Ein Dilemma, denn die Patientenklinteil hat sich seitdem deutlich verändert: Die Patienten werden heute älter und weisen häufiger eine altersspezifische Multimorbidität auf. Letzteres spiegelt sich in einem erhöhten CMI und einem gestiegenen Pflegebedarf wider. Diesem Mehrbedarf – pflegerische Leistung und steigende Patientenzahl – wurde bislang nicht Rechnung getragen. Das muss sich ändern. Denn eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung steht und fällt mit den dafür ausreichend zur Verfügung stehenden qualifizierten Pflegefachpersonen.

Umsetzungsempfehlungen zum KHSG:

Aus Sicht des DPR ergeben sich im Zusammenhang mit dem Kranken-

hausstrukturgesetz drei Regelungsbedarfe:

1. Die sachgerechte Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten
 2. Die sachgerechte Abbildung des allgemeinen Pflegebedarfs in Krankenhäusern
 3. Die Kontrolle der Mittelverwendung aus dem Pflegestellenförderprogramm
- Die zu erarbeitenden Lösungen müssen den erhöhten Pflegeaufwand erklären können. Sie sollten möglichst unbürokratisch sein sowie keine Einzelleistungsdokumentation erzwingen. Letztlich dürfen sie den Dokumentationsaufwand nicht unnötig erhöhen und müssen eine Auswirkung auf die Erlösverteilung haben. Vor allem müssen sie dazu führen, dass die Pflege am Bett bedarfsgerecht sichergestellt ist.

Abbildung des allgemeinen und erhöhten Pflegebedarfs: Die sachgerechte Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten im Krankenhaus lässt sich durch die Einführung des „OPS 9-984 Pflegebedürftigkeit“ im Geltungsbereich des § 17b KHG als Pflegebedarfsfaktor auf einfache, unbürokratische und wenig prüfaufwendige Weise durchführen. Ergänzend sind neue OPS Codes zu entwickeln, u.a. zur bedarfsgerechten

Betreuung und Behandlung von demenzerkrankten bzw. kognitiv eingeschränkten Patienten.

Festlegung von Mindestbesetzungszahlen für sensible Bereiche: Wichtig ist zudem, dass zusätzliche finanzielle Mittel für den nachhaltigen Aufbau von Pflegestellen verwendet werden. Für besonders sensible Bereiche (z.B. Nachtdienst) sollte es zu einer Festlegung von Mindestbesetzungszahlen kommen. Ergänzend sollte die Festlegung eines Mindestpflegezeitwertes (MPZ) auf Basis der in den Kalkulationshäusern erhobenen DRG bezogenen PPR Minuten erfolgen.

Kontrolle der Mittelverwendung: Um eine Verbindlichkeit für die Mittelverwendung zu erreichen, sollte eine gesetzliche Regelung erfolgen, die die Krankenhäuser verpflichtet, den Pflegeanteil am Gesamterlös der Einrichtung in den Budgetverhandlungen auf Einrichtungsebene mit den Kostenträgern zu vereinbaren und sachgerecht für das Pflegepersonal einzusetzen – bestätigt durch einen unabhängigen Wirtschaftsprüfer.

Andrea Lemke, Anke Wittrich, Patrick Jahn und Moritz Ernst
(DPR Fachkommission DRG)

AUS DEN VERBÄNDEN

BLPR lehnt Vereinigung der bayerischen Pflege weiterhin ab

Der Bayerische Landespflegerat (BLPR) hat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Staatsregierung zur Vereinigung der bayerischen Pflege erneut seine Ablehnung der vorgesehenen Interessenvertretung der professionellen Pflege zum Ausdruck gebracht. Gestützt wird die Stellungnahme durch ein vom BLPR beauftragtes Rechtsgutachten des Juristen und Heilberufekammer-Experten Prof. Dr. Heinrich Hanika.

Den wesentlichen Forderungen der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen komme der Gesetzentwurf nicht nach, was einer deutlichen Abwertung der gesellschaftlichen Relevanz der professionellen Pflege gleichkommt, heißt es seitens des BLPR. Zudem bekomme politisches Gewicht nur, wer mit den anderen Playern im Gesundheitswesen auf Augenhöhe agieren kann – dieses Ziel werde jedoch mit der geplanten Vereinigung nicht erreicht. Weiter werde ohne Pflichtmitgliedschaft für professionell Pflegende eine demokratische Legitimation der Organisation von vornherein verhindert. Die Zulassung von Berufs-, Träger- und eventuell sogar Arbeitgeberverbänden als freiwillige Mitglieder öffne der Vertretung von Partikularinteressen die Tür und stehe im klaren Widerspruch zur Selbstverwaltung, vor allem aber zur vom Ministerium erklärten Absicht, der professionellen Pflege eine starke Stimme zu verleihen.

www.bayerischer-landespflegerat.de

Impressum

Herausgeber: Deutscher Pflegerat (DPR) Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Inhalt: Claudia Dachs (verantwortlich)
Alt-Moabit 91, 10559 Berlin
(„Haus der Gesundheitsberufe“)
Tel.: 030 398 77 303; Fax 030 398 77 304
www.deutscher-pflegerat.de

„PflegePositionen“ – Der offizielle Newsletter des DPR erscheint in Kooperation mit HEILBERUFE – Das Pflegemagazin.

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH
Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin
Tel.: 030 827875500, Fax: 030 827875505

Director Professional Care: Falk H. Miekley

Chefredakteurin: Katja Kupfer-Geißler
Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin
Tel.: 030 82787 5500, Fax: 030 82787 5505
www.heilberufe.de

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Eine Kehrtwende für das Verständnis der Pflege

Wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff tatsächlich der Wegweiser für eine gute pflegerische Versorgung, wie es der Titel einer Fachtagung des Bundesgesundheitsministeriums am 31. August in Berlin versprochen hat? Am Ende der Tagung war klar: Es gibt noch viel zu tun!

Der Erfolg des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes steht und fällt mit der Lösung folgender Fragen:

- Welches Pflegeverständnis werden wir aufgrund des neuen Begriffes haben und gelingt es uns, dieses auch in unseren Köpfen umzusetzen?
- Welche Leistungen gehen mit dem neuen Begriff einher und wie werden diese definiert?
- Wird es genügend und zugleich ausreichend qualifiziertes Personal für die Umsetzung des neuen Begriffes geben?

Thomas Meißner, Präsidiumsmitglied des DPR, betonte auf der Tagung, dass man der Öffentlichkeit nicht vermitteln dürfe, dass mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Pflege „alles gut“ werde.

Anpassungszeit erwartet

„Wir stehen vor einem Dilemma“, sagte Meißner: „Aufgrund der mangelnden personellen Ressourcen werden wir nicht alle gewünschten Leistungen bereits zum 1.1.2017 erbringen können“. Er geht daher von einer Anpassungszeit an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff von ein bis zwei Jahren aus.

Einhergehend mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird es neue Leistungen zum Erhalt und zur Stärkung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen geben müssen. Dies bei Gleichrangigkeit von körperbezogenen Pflegemaßnahmen und den Maßnahmen der weiteren Pflege und Betreuung. Das führt, beginnend mit der Abkehr von der einseitigen

Verrichtungsorientierung, zu einem umfassenderen Verständnis von Pflege, als wir es heute kennen – zusammen mit einem anderen Bild von Pflegebedürftigkeit.

Neue Fachlichkeit ist gefragt

Einig war man sich auf der Fachtagung des Bundesgesundheitsministeriums auch, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zu einer Rückbesinnung auf die Fachlichkeit der professionell Pflegenden führt, weg von der Defizitorientierung und hin zur Ressourcenorientierung. Zusammen mit dem geforderten neuen Pflegeverständnis ergibt sich daraus ein hoher Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf der heutigen professionell Pflegenden. Jedoch auch die Personal- und Organisationsentwicklung der Einrichtungen muss sich konsequent am neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausrichten.

Mehr als im stationären Bereich werde sich die ambulante Pflege konzeptionell und personell anpassen müssen, erwartet Thomas Meißner. Nach wie vor müsse dabei die Frage des stark erweiterten Leistungsumfanges des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und seine Abgrenzung beispielsweise zum SGB XII geklärt werden. Für den Erfolg des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im stationären Bereich wird vor allem die Frage nach der künftigen quantitativen und qualitativen Personalausstattung entscheidend sein. Realistische Antworten darauf gibt es bislang noch nicht flächendeckend. (sc)