

Editorial

Die Arbeit hat sich gelohnt!



Der 2001 verstorbene Unternehmer und Politiker Philip Rosenthal hat einmal gesagt, dass derjenige, der aufhört besser zu sein, aufgehört hat, gut zu sein. In den drei Amtszeiten als Präsidentin des Deutschen Pflegerats, die in diesem Monat mit der Neuwahl des Präsidiums zu Ende gehen, habe ich immer versucht, für die professionelle Pflege in Deutschland das Bestmögliche herauszuholen.

Das Bestmögliche heißt im Fall der Pflege: Vernünftige Arbeitsbedingungen für die größte Berufsgruppe der Gesundheitswirtschaft, Respekt und Anerkennung in Politik und Gesellschaft für das, was wir tagtäglich in Kliniken, Pflegeheimen und Pflegediensten leisten, Dialog und Zusammenarbeit mit Ärzten, Kassen und anderen Playern im Gesundheitswesen auf Augenhöhe.

Die Arbeit in den vergangenen zehn Jahren, dieses persönliche Fazit gestatten Sie mir an dieser Stelle, hat sich gelohnt und mir große Freude bereitet. Pflege hat ein erkennbares politisches Profil erhalten. Pflege ist zu einem anerkannten, verlässlichen Gesprächspartner im Gesundheitswesen geworden. Wo früher andere meinten, unsere Interessen zu kennen und vertreten zu müssen, da tun wir das jetzt selbst. Mit Erfolg, wie etwa der Pflegegipfel bei Bundesgesundheitsministerin Schmidt gezeigt hat. Ohne unseren Druck, unser Insistieren dar-

auf, dass die Arbeitsbedingungen für die rund 450.000 Pflegekräfte in Krankenhäusern zu wünschen übrig lassen, wäre das Spitzentreffen nicht zustande gekommen. Jetzt geht es darum, die erzielten Ergebnisse umzusetzen. Die Ziele – selbstständiger Versorgungsauftrag, eigener beruflicher Vorbehalt, akademischer Bildungsanspruch und die Registrierung berufliche Pflegenden – bleiben weiter auf der Agenda, auf unserer und der der Politik.

» Moderne Medizin und Patientenversorgung folgen den Gesetzen der Arbeitsteilung unter Gleichberechtigten.

Seit 2000 verfolge ich engagiert den Prozess der elektronischen Gesundheitskarte und ihre Auswirkung auf Pflege. Daher war es stets mein Streben, dass der Heilberufsausweis (HBA) den Pflegekräften nicht vorenthalten bleibt und das nationale Beruferegister endlich Realität wird. Dafür werden wir weiter kämpfen. Das gilt auch für unser Ziel, Pflege als selbstständigen Leistungserbringer im Sozialversicherungssystem zu etablieren. Was in anderen Ländern – den Niederlanden oder Großbritannien etwa – möglich ist und sich bewährt, kann in Deutschland nicht falsch sein und darf von Ärztefunktionären nicht weiter mit teilweise fadenscheinigen Argumenten bekämpft werden. Es ist Zeit, alte Grabenkämpfe zu beenden. Moderne Medizin und

Patientenversorgung folgen den Gesetzen der Arbeitsteilung unter Gleichberechtigten, nicht dem Monopol einiger „Halbgötter in Weiß“.

Dem neuen Präsidium, das sich in den nächsten Ausgaben dieses Newsletters vorstellen wird, möchte ich an dieser Stelle alles Gute für die vor ihm liegenden Aufgaben wünschen. Meine Erkenntnis der vergangenen Dekade an der Spitze des DPR lautet: Mitsprache fordert Wissen und Kommunikations-

fähigkeit, manchmal aber auch Beharrlichkeit in harten Diskussionen. Ein Beispiel: Mit Absenkung der Zugangsvoraussetzungen zu den Pflegeberufen auf Hauptschulniveau haben wir eine Niederlage einstecken müssen. Wir waren und sind gegen diese wie wir meinen falsche Weichenstellung der Politik – und wir werden weiter konsequent darauf hinweisen, dass die Politik der professionellen Pflege damit einen Bärendienst erwiesen hat. Man mag das stur nennen. Ich nenne es weise.

Marie-Luise Müller
Präsidentin
Deutscher Pflegerat



Nachrichten

SPD verspricht Jobwunder

— Mit dem Versprechen, vier Millionen neue Arbeitsplätze schaffen zu wollen, versucht die SPD, aus ihrem Umfragetief kurz vor der Bundestagswahl herauszukommen. „Wir wollen die Arbeitslosigkeit im nächsten Jahrzehnt besiegen. Vier Millionen neue Arbeitsplätze sind das Ziel“, heißt es in einem 67-seitigen Papier mit dem Titel „Die Arbeit von morgen“, das SPD-Kanzlerkandidat Frank-Walter Steinmeier Anfang August vorstellte. Mit der „richtigen Politik“ ließen sich bis 2020 zwei Millionen Jobs in der Industrie, eine Million in der Gesundheitswirtschaft und 500.000 weitere Stellen in der „Kreativwirtschaft“ schaffen. Die Gesundheitswirtschaft müsse als eine Chance für Wachstum und Beschäftigung genutzt werden. Allein in der Kranken- und Altenpflege sind laut SPD bis 2020 300.000 neue Stellen drin. Bei der Opposition stießen die Versprechen auf Kritik und Spott. Der Hamburger Gesundheitswirtschaftsexperte Professor Heinz Lohmann hingegen betonte, es sei gut, dass die Politik die Gesundheitsbranche endlich als Jobmotor erkenne. Neue Jobs ließen sich aber nicht per Ankündigung von Parteien schaffen, sondern nur dadurch, dass der Staat Rahmenbedingungen setze, die kreative Ideen ermöglichen, betonte Lohmann.

Hospize für Sterbende kostenfrei

— Seit 1. August müssen Sterbensranke nicht mehr für den Aufenthalt in einem der bundesweit 163 Hospize zahlen. Darauf weist die Deutsche Hospiz Stiftung hin. Bislang mussten Patienten bis zu 90 Euro am Tag als Eigenanteil zahlen. „Wir haben seit 14 Jahren dafür gekämpft, jetzt ist unsere Forderung endlich Gesetz“, sagte der geschäftsführende Vorstand der Stiftung, Eugen Brysch. Dafür erhalten die Hospize mehr Geld von den Kassen. Der Zuschuss, den diese mindestens pro Tag und Patient überweisen müssen, ist zum 1. August auf 176,40 Euro gesiegen.

Gelungene Umsetzung? Vom Pflegegipfel zur Pflegepraxis

Peter Bechtel, Vorsitzender des Verbands Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Pflegepersonen (BALK), berichtet über die Umsetzung der Ergebnisse des „Pflegegipfels“ bei Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) in der Pflegepraxis.



Seit dem ersten Pflegegipfel am 10. September 2008 im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin ist schon wieder einige Zeit vergangen und viele fragen sich, was ist eigentlich aus den dort erzielten Ergebnissen geworden? Was wird wie in der täglichen Pflegepraxis umgesetzt?

Zur Erinnerung seien die grundlegenden Vereinbarungen nochmals kurz aufgezeigt: Damals war die Rede von 21.000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst der Akutkrankenhäuser in Deutschland. Diese neuen Stellen sollen in den nächsten drei Jahren geschaffen werden, um so den Personalbestand in den Kliniken aufzustocken und die Überlastungssituation vieler Pflegekräfte auf den Stationen zu entspannen und den Patienten eine bessere pflegerische Versorgung ange-deihen zu lassen.

Dazu wurde vereinbart, dass sich eine „ad Hoc“ Arbeitsgruppe unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums Anfang Oktober 2008 zusammensetzt, um die Rahmenbedingungen für dieses Pflegeförderprogramm zu definieren, damit die dort erzielten Ergebnisse noch Einfluss finden können in das damals diskutierte Krankenhausfinanzierungsreformgesetz. Eine zweite Arbeitsgruppe, ebenfalls unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums, sollte sich mit der Langfristigkeit der Finanzierung der zusätzlichen Pflegestellen beschäftigen und dabei prüfen, inwieweit ein

Pflegeindikatorenset Einfluss in die DRG Kalkulation finden kann.

Eine dritte Arbeitsgruppe schließlich bekam den Auftrag, sich mit der Zukunft des Pflegeberufes und einer

» Weil sie bürokratische Hürden befürchten, nehmen manche das Jobprogramm erst gar nicht in Anspruch.

möglichen Steigerung der Attraktivität auseinander zu setzen. Außerdem wurde vereinbart, dass im Frühjahr 2009 ein weiterer Pflegegipfel stattfinden sollte, um zu prüfen, welche Ergebnisse in den einzelnen Arbeitsgruppen erzielt wurden und welche Ergebnisse schon umgesetzt sind. Dieser „Gipfel“ fand auf Einladung von Frau Ministerin Schmidt am 2. April 2009 statt.

Soweit ein kleiner „historischer Abriss“ mit der daraus resultierenden Frage, was bis dato in der täglichen Praxis angekommen ist. Die Umsetzung beschränkt sich derzeit lediglich auf die Ergebnisse der „ad Hoc Arbeitsgruppe“ zur Umsetzung des Pflegeförderprogramms. Die Zahl der zusätzlichen Pflegestellen in den Kliniken hat sich mittlerweile auf knapp 17.000, verteilt über drei Jahre, reduziert. Finanziert werden sollen die neuen



Stellen im Pflegedienst zu 90 % über das Förderprogramm und zu 10 % über die Kliniken selbst. Ursprünglich war die Quote bei den 21.000 Stellen bei 70 % Förderprogramm und 30 % Eigenanteil.

„Die Spielregeln“ für die Inanspruchnahme sind dezidiert im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz festgelegt, entsprechende Handlungsempfehlungen wurden sowohl vom Bundesgesundheitsministerium wie auch von den Landeskrankenhausesellschaften publiziert. Trotzdem sind die Erfahrungen bei der Umsetzung in den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern je nach Bundesland bislang sehr unterschiedlich. Ebenso ist die Inanspruchnahme des Förderprogramms durch die Kliniken sehr divergent. Die Gründe dafür sind sehr unterschiedlich. In den Budgetverhandlungen gibt es wohl immer wieder Diskussionen, welches Personal im Sinne des Förderprogramms gerechnet werden kann. Grundsätzlich geht es

um eine „Stärkung der Pflege am Bett“ und dafür sollen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger eingestellt werden. So war die klare und

eindeutige Positionierung der Teilnehmer der „Ad Hoc Arbeitsgruppe“.

Die Frage der Stichtagregelung, der Vereinbarung mit der Mitarbeitervertretung und die Nachweispflicht der zusätzlich eingerichteten Stellen führt wohl auch in Einzelfällen zu schwierigen Diskussionen. Die Kostenträger nehmen, je nach Region, unterschiedliche Positionen ein, obwohl die Rahmenbedingungen klar und eindeutig sind. Das führt auch dazu, dass einzelne Klinikträger ob der befürchteten bürokratischen Hürden das Pflegeförderprogramm erst gar nicht in Anspruch nehmen. Das wäre fatal für die Pflege und würde das positive Signal des Pflegeförderprogramms zunichtemachen.

Als Zwischenergebnis kann aber doch resümiert werden, dass nach anfänglichen Schwierigkeiten das Pflegeförderprogramm langsam in der Pflegepraxis ankommt. Das ist wichtig, denn ohne ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal lässt sich eine hochwertige Patientenversorgung auf Dauer nicht sicherstellen. ■

■ RHEIN-NECKAR-KONGRESS IN LUDWIGSHAFEN

■ 17.000 neue Pflegestellen, wo kommen sie an?

Wie werden die weitreichenden Empfehlungen des zweiten Pflegegipfels in die Pflegepraxis umgesetzt? Mit diesem spannenden Schwerpunkt wartet der 3. Rhein-Neckar-Kongress auf, der dieses Jahr in Ludwigshafen stattfindet. „Das Krankenhaus, das jetzt die Chancen für die Pflege nicht nutzt, wird es in den nächsten Jahren schwer haben“, betont Josef Hug, Pflegedirektor des Städtischen Klinikums Karlsruhe. Die Klinik ist neben dem Klinikum Ludwigshafen und dem Universitätsklinikum Mannheim Kooperationspartner des Kongresses, der vom Pflegemagazin Heilberufe veranstaltet wird. „Wir alle sollten aktiv daran mitarbeiten, das Krankenhaus umzugestalten“, so Hug weiter. Dazu gehören, die Abläufe zu verbessern, auch unabhängig von zusätzlichen Pflegestellen. Die Teilnehmer des zweiten nationalen Pflegegipfels verständigten sich darauf, 17.000 Pflegestellen neu einzurichten. Außerdem sollen Indikatoren entwickelt werden für eine aufwandsgenauere Abbildung der Pflegeleistungen in den Fallpauschalen sowie neue Arbeits- und Aufgabenteilungen untersucht werden. Dafür wurden jeweils Arbeitsgruppen eingerichtet. „Auf dem Rhein-Neckar-Kongress werden wir aktuell erarbeitete Kriterien für eine Neuordnung der Gesundheitsberufe vorstellen“, kündigt Hug an.

■ Weitere Informationen: www.heilberufe-online.de

Nachrichten

Im Fokus: Behandlung chronischer Wunden

— Genaue Angaben, wie viele Menschen an Wundheilungsstörungen leiden, gibt es nicht. Schätzungen besagen, dass etwa 4 % aller Deutschen – also drei bis vier Millionen Menschen – betroffen sind. Die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden rückt deshalb immer mehr ins Blickfeld der Pflege und damit auch der homecare Leipzig sowie der Pflegemesse Leipzig vom 29. September bis 1. Oktober. Zahlreiche Veranstaltungen widmen sich der Thematik. „Ein roter Faden durch alle Vorträge, Seminare und Workshops ist dabei die interprofessionelle Behandlung“, betont Steve Strupeit, Vize-Präsident Pflege der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW), wissenschaftlicher Mitarbeiter der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg und Mitglied des Kongressbeirates der homecare Leipzig. Interprofessionelle Behandlung werde notwendig durch die Vielfalt der Ursachen und Störfaktoren bei der Wundheilung. Nur wenn die Professionen vernetzt sind, kann die Auswirkung von pathologischen Gesundheitszuständen auf die Wundheilung und Wundbehandlung ergründet werden. Der Arzt im Gesundheitsteam stellt die Diagnose und verordnet eine Therapie.

www.pflegemesse.de

Impressum

Herausgeber: Deutscher Pflegerat (DPR) – Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen, Salzufer 6, 10587 Berlin („Haus der Gesundheitsberufe“), Tel.: 030 21915757, Fax: 030 21915777, www.deutscher-pflegerat.de

Redaktion: Thomas Hommel; „PflegePositionen“ ist eine regelmäßige Teil-Beilage in **Heilberufe** – Das Pflegemagazin
Chefredakteurin: Katja Kupfer-Geißler (verantwortlich), Ehrenbergstr. 11–14, 10245 Berlin, Tel.: 030 2045600
Fax: 030 20456012, www.heilberufe-online.de

Verlag: Urban & Vogel GmbH, Neumarkter Str. 43, 81673 München, Tel.: 089 43721300, Fax: 089 43721399, www.urban-vogel.de

Nach Studie der Rechtsmedizin Hamburg „Dekubitusprophylaxe gehört in den GKV-Leistungskatalog!“

Der Pflegerat hat erneut die Aufnahme der Dekubitusprophylaxe in den Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gefordert. Patienten werde dadurch viel Leid erspart und die Krankenkassen könnten Millionen von Euro einsparen.

➤ Hintergrund der Forderung des Rates ist die aktuelle Studie der Hamburger Rechtsmedizin zur Situation älterer Menschen in Hamburg und Umgebung. Ergebnisse der Studie machten deutlich, „dass den Themen Dekubitus und Dekubitusprophylaxe weiterhin unsere verstärkte Aufmerksamkeit und Intervention bedürfen“, betont der Rat. Weiter heißt es: „Der Deutsche Pflegerat unterstützt nach wie vor die Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, der gegenwärtig vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) aktualisiert wird. Namhafte Experten haben die in der Literatur beschriebenen Auswirkungen und Ergebnisse in die Aktualisierung einbezogen und damit ein sektorenübergreifendes anzuwendendes Muster für den Umgang mit Dekubitalgeschwüren bzw. deren Prophylaxe beschrieben. Am Pflegewissenschaftlichen Institut der Charité Universitätsmedizin Berlin wurde 2009 bereits zum achten Mal eine bundesweite Prävalenzerhebung durchgeführt.“

„Der in 2008 darin nachgewiesene Risikostand in 37 Pflegeheimen und 19 bundesweiten Kliniken zeigt die Risikogruppen in diesem Zusammenhang auf. Insgesamt wurden 3.192 Personen mit einem Dekubitusrisiko in der Studie erfasst. In den Kliniken entsprach dies einem Anteil von 39,4 % und in den Pflegeheimen sogar von 62,5 %. Die Prävalenz von Dekubital-

geschwüren in den Kliniken betrug 12,7 % und in den Pflegeheimen 7,3 %. Dabei variierten die Unterschiede: Selbst wenn die Risikogruppen vergleichbar waren, wurden Differenzen in der Prävalenz festgestellt. In Hamburg wurde seit 2001 regelhaft eine Erfassung zu der Dekubitusbehandlung durchgeführt. Auch wenn festzustellen ist, dass es rückläufige Bewegungen gibt, so ist jeder einzelne Dekubitus für die Patienten oder den Bewohner eine sehr schwere Bürde und verursacht unendliches Leid. Der Deutsche Pflegerat fordert seine Berufsangehörigen zu weiterer intensiver Intervention in diesen Feldern auf. Die Rahmenbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Versorgung. Die Krankenkassen und Pflegekassen sowie die Träger der Einrichtungen werden daher aufgefordert, vor allem ausreichend Personal und die entsprechenden Rahmenbedingungen – wie Materialien zur Lagerung, Prophylaxe und Behandlung – zur Verfügung zu stellen. Nur mit verbindlicher und guter Strukturvorhaltung ist ein besseres Ergebnis zu erzielen. Die Prozessverantwortung liegt bei Trägern und Pflegekräften gemeinsam.“ ■

— Weitere Informationen
www.deutscher-pflegerat.de