



Thomas Meißner
Stellvertretender Vorsitzender des AVG

Editorial

Die neue Pflegedokumentation

Der Deutsche Pflegerat unterstützt aktiv die bundesweite Implementierung der neuen Dokumentation in der Pflege und ruft zu einer möglichst großen Beteiligung auf. Drücken Sie den „Reset-Knopf“! Steigen Sie um auf die neue Pflegedokumentation! Nutzen Sie die Energie der derzeitigen Implementierungsphase mit einem Projektbüro auf Bundesebene, zahlreichen Schulungen und Hilfsmitteln. Durch die neue Pflegedokumentation werden die professionell Pflegenden endlich wieder in die Lage versetzt, selbst über einen wesentlichen Teil ihrer Arbeit zu entscheiden. Viel zu lange standen externe Strukturvorgaben im Zentrum der Dokumentationsarbeit. Das hat zu Frust, häufig auch zu Resignation geführt. Künftig stehen wieder das Know-how der Pflegenden sowie die Bedürfnisse der Patienten im Mittelpunkt. Das daraus gewonnene Selbstverständnis der professionell Pflegenden sollte zu einem Motivationsschub für die Pflege führen. Juristisch ist die neue Pflegedokumentation geprüft. Zudem führt eine präzisere pflegerische Information zu einer besseren Qualität. Gewährleistet ist darüber hinaus eine kontinuierliche Evaluation der neuen Pflegedokumentation. Mögliche Schwachstellen können somit umgehend behoben werden. Unterstützt und getragen wird das Projekt von einer breiten Mehrheit der Akteure der Pflege, bis hin zu den Prüfinstitutionen selbst. Bis Mitte Juni stehen bundesweit 640 geschulte Multiplikatoren zur Verfügung, um die individuelle Einführung zu begleiten.

Thomas Meißner
Mitglied des Präsidiums des Deutschen Pflegerats (DPR)

Die Stellungnahme des Deutschen Pflegerats zur neuen Pflegedokumentation finden Sie unter: www.dpr.de (-> Beruf->Fachinformationen). Die Projekthomepage mit den Anmeldemöglichkeiten finden Sie unter: www.ein-step.de



In Kooperation mit

Heilberufe
Das Pflegemagazin

IM FOCUS

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff nur mit neuem Personalschlüssel

Das Bundeskabinett hat eine Vorziehrefugung zum Pflegestärkungsgesetz II beschlossen. Demnach soll der GKV-Spitzenverband mit den Vorarbeiten an den neuen Begutachtungs-Richtlinien zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff beginnen. Aus Sicht des Deutschen Pflegerats benötigen wir eine solche Vorziehrefugung auch für die Verhandlungen der neuen Personalschlüssel in der stationären Pflege. Diese Verhandlungen müssen umgehend beginnen. Ansprechpartner hierfür sind Pflegekassen, Sozialhilfeträger und die Leistungserbringer auf Länderebene. Gleichermaßen in der Verantwortung stehen der Bund und die Länder.

Sicher ist, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird das heute geltende Pflegeverständnis nachhaltig verändern. Er wird zu einem Motivationsschub der professionell Pflegenden führen. Zugleich darf man jedoch die Erwartungen an ihn nicht zu hoch ansetzen. Denn durch seine Einführung wird es nicht gleichzeitig und automatisch zu mehr Personal in der Pflege kommen. Daher gilt es, die Zeit bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu nutzen.

Für dessen Erfolg spielt das Personal die wesentlichste Rolle. Denn die Personalschlüssel müssen dem neuen Pflegeverständnis angepasst werden. Ansonsten wird es zu Enttäuschungen kommen. Zugleich müssen – anders als heute – für alle Bundesländer die gleichen Vorgaben gelten. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kann in der Praxis scheitern, wenn nicht das für seine Umsetzung benötigte Personal vorhanden ist. Mit den Verhandlungen der neuen Personalschlüssel muss umgehend begonnen werden.

Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerats



Psychiatrie: Kassen verweigern Kostenerstattung

Gib Keimen (k)eine Chance

Psychiatrische Krankenhäuser haben den von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) erwarteten Personalschlüssel für Hygienefachkräfte ebenso einzuhalten wie somatische Krankenhäuser. Doch die Krankenkassen wollen das nicht akzeptieren und fordern eine Gesetzesänderung.

Krankenkassen scheinen in Frage zu stellen, ob Hygiene in der Psychiatrie relevant ist. Sie verweigern in Kostenverhandlungen die Übernahme der Kosten für Hygienefachpersonal und deren Qualifizierung in der Psychiatrie, wie es für die somatischen Krankenhäuser im § 4 Abs. 11 KHEntgG bereits seit 2013 verbindlich geregelt ist. Der Gesetzgeber scheint vergessen zu haben, die Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zur Vergütung der Behandlung und Personalkosten in Psychiatrischen Krankenhäusern entsprechend anzupassen.

Hygiene in der Psychiatrie?

Psychiatrische Krankenhäuser haben den von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) erwarteten Personalschlüssel für Hygienefachkräfte ebenso einzuhalten wie somatische Krankenhäuser. Gerade gerontopsychiatrische Abteilungen und die Behandlung von Patienten mit Drogenkonsum (Abszessbehandlung, Hepatitis etc.) sind besondere, hygienisch relevante Bereiche.

Auch die Infektionsschutzgesetze der Länder schreiben den Einrichtungslei-

tungen der (psychiatrischen) Krankenhäuser verbindlich vor, dass „die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokominale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden“. Hierbei wird keine Unterscheidung zwischen somatischen oder psychiatrischen Krankenhäusern vorgenommen. Die Einhaltung dieser Regelung wird anerkannt, wenn die veröffentlichten Empfehlungen der KRINKO beachtet werden. Die Prüfung obliegt den Gesundheitsämtern. Zuwiderhandlungen sind Sanktionsbewehrt.

Wenn gesetzliche Pflicht auf Beliebigkeit trifft

Werden in den Kostenverhandlungen zum Pflegesatz nach der Bundespflege-

satzverordnung (BPflV) die notwendigen Qualifizierungs- und Personalkosten für das Hygienefachpersonal sachgerecht und nachweislich zum Ansatz gebracht, erwidern Kostenverhandlern der Kassen, dass es „allgemeine Meinung der Kassen“ sei, dass sie „die Kosten aufgrund der fehlenden gesetzlichen Grundlage (BPflV) nicht übernehmen müssen“. Personalkosten für das pflegerische Hygienefachpersonal sind also von den psychiatrischen Einrichtungen selbst zu tragen. Es wird billigend in Kauf genommen, dass diese Planstellen der eigentlichen Behandlung der Patienten nicht mehr zur Verfügung stehen.

Gesetzgeber ist gefordert

Selbst eine Klarstellung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), dass eine Finanzierung zusätzlichen Hygienepersonals gemäß § 6 Abs. 1 Satz 4 BPflV a. F. verhandelbar ist, wird ignoriert. Die Psych-PV (Psychiatrie-Personal-Verordnung) öffnet mit § 3 Abs. 4 eine abweichende Vereinbarung zur Anzahl der Personalstellen, „wenn dies aufgrund besonderer Verhältnisse einer Einrichtung zur Sicherung ihrer Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit erforderlich oder ausreichend ist“. Auf dieser Grundlage kann nach Auffassung des BMG auch die Finanzierung von zusätzlichem Hygienepersonal vereinbart

werden. Hierzu wurde kassenseitig mitgeteilt, dass „das Bundesgesundheitsministerium schreiben [könne], was es wolle, solange die Gesetze nicht geändert sind, werde sich an der Haltung der Kassen nichts ändern“.

Wer sich nicht bewegt, muss also bewegt werden. Daher haben wir den Gesetzgeber aufgefordert, für die notwendige gesetzliche Klarheit zum Wohle der Patientenversorgung in der Psychiatrie zu sorgen.

Frank Vilsmeier

Pflegedienstleiter, Vorstandsmitglied Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie – BFLK

Bewegung in der Tarifpolitik

Steigende Vergütung für Lehrende ab Juli 2015

Intern ist die Meldung bereits bekannt: Die Bundeskommission der arbeitsrechtlichen Kommission im Deutschen Caritasverband e.V. hat in ihrer Sitzung Ende März einen Meilenstein für die Vergütung ihrer Lehrer beschlossen: Ab Juli gibt es mehr Geld für Lehrende.

Mit der neuen Anlage 21a der Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR), die ab dem 01.07.2015 greift, wird die seit langem eingeforderte Novelle der Vergütungsstrukturen der Lehrenden an Pflegeschulen endlich umgesetzt. Der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialwesen (BLGS) e.V. war persönlich mit seiner Fachexpertise in die Kommission berufen worden und konnte viele seiner berufspolitischen Forderungen einbringen.

Bisher war in den AVR der Caritas die Bezeichnung „Unterrichtsschwester mit mindestens einjähriger Weiterbildung“ noch das Maß der Dinge. Das hatte zur Folge, dass die Lehrenden an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen im früheren „KR-Bereich“ einsortiert und mit der Entgeltgruppe 9 als Einstiegsvergütung im System der Pflegenden in Krankenhäusern entlohnt wurden.

Damit spielte der Grad der Qualifizierung bis dato keine Rolle bei der Vergütung – lediglich das Lebensalter und die dauerhafte Zugehörigkeit zu einem Dienstgeber führten zu Lohnsteigerun-

gen. Dieses ist als überholt zu bewerten, da die Aufsichtsbehörden in den Bundesländern teilweise den Masterabschluss als Grundlage für die Lehrerausbildung an Pflegeeinrichtungen einfordern (das Masterniveau wird im Übrigen auch vom BLGS als Mindestqualifikation gefordert).

Der lange Weg zum Pflegelehrer

Schaut man sich die langen Wege bis zum Beginn der Lehrtätigkeit an, ist die tarifliche Umstellung mehr als angebracht. Denn: Grundvoraussetzung für eine Lehrtätigkeit in der Pflege ist eine dreijährige Pflegeausbildung. Selbst wenn sich danach sofort ein Bachelorstudium mit direktem Übergang in das Masterstudium anschließt, ist man im schnellstmöglichen Fall nach acht Jahren am Beginn einer schulischen Lehrerausbildung. Das ist eine längere Ausbildungszeit als ein Grundstudium der Medizin – auch wenn der Vergleich hinken mag.

Im Bereich der Altenpflege wurde, „historisch gewachsen“, immer schon

anders vergütet. Teilweise deutlich besser als in den Krankenpflegeschulen, teilweise aber auch deutlich schlechter. Der Kommission ist es nun gelungen, alle in der Lehre der Gesundheitsberufe tätigen Personen gleichzuschalten – egal, aus welchem Ausbildungszweig sie stammen.

Caritas leistet Pionierarbeit

Dass der Caritasverband neue Wege beschreitet und in diesem Bereich Pionierarbeit leistet, ist in der Tat als Meilenstein zu bewerten. Andere Tarifpartner sind nun dringend aufgefordert nachzuziehen, da ansonsten der Markt die Regulation vornimmt. Die Beschlusstexte mit den Entgelttabellen sind unter www.caritas.de/diecaritas/fuermitarbeiter/arbeitsrechtlichekommission/beschluesse/ak-beschluesse im Internet zu finden.

Carsten Drude M.A.

Vorsitzender BLGS e.V.
www.blgs-ev.de

AUS DEN VERBÄNDEN

**DBfK startet
„Manifest der Pflegeberufe“**

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) hat ein „Manifest der Pflegeberufe“ herausgegeben. Das Manifest zeigt das Missverhältnis zwischen dem auf, was Pflegefachpersonen in ihrem Beruf leisten (könnten) und was ihnen an Rahmenbedingungen geboten wird. Es enthält sechs Kernaussagen:

1. Ich bin ein Leistungsfaktor und kein Kostenfaktor. Ich will, dass der Wert meiner Leistung anerkannt wird.
2. Ich Sorge für Würde im Alter – wenn man mir die Chance gibt. Ich will, dass mehr Zeit für die Pflege des Einzelnen bleibt.
3. Ich Sorge für Nachhaltigkeit – wenn man mich lässt. Ich will, dass andere von meinem Wissen profitieren.
4. Ich setze mein Wissen ein, aber nicht zum Dumpinglohn. Ich will, dass meine Arbeit mit guten Arbeitsbedingungen und angemessener Vergütung gewürdigt wird.
5. Ich bringe vollen beruflichen Einsatz – im Dienst. Ich will, dass auch mir Respekt entgegengebracht wird.
6. Ich bilde den Berufsnachwuchs aus – nur so hat Pflege eine Zukunft. Ich will, dass die Pflegeausbildung attraktiver wird.

Der DBfK ruft alle beruflich Pflegenden auf, selbstbewusst öffentlich zu sagen, was sie in ihrem Beruf erwarten und das Manifest mitzuzeichnen. Als Unterstützungsmaterial stehen Poster und eine Postkartenreihe zur Verfügung.

www.dbfk.de/manifest

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 | Urban & Vogel GmbH
Aschauer Str. 30, 81549 München
Tel.: 089 203043-1300, Fax: 089 203043-1370

Director Professional Care: Falk H. Miekley

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

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Auch an die Kinder denken

Im Kontext der Diskussion um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist es notwendig, dass die spezifische Situation von kranken Kindern und Jugendlichen und ihren Familien adäquat abgebildet wird. Denn auch hier ändert sich das Krankheitsspektrum und werden sich neue Pflegebedarfe ergeben.

Durch die Fokussierung auf die Bedarfe der älter werdenden Gesellschaft besteht die Gefahr, dass die Erfordernisse von Kindern, Jugendlichen und deren Familien in den Hintergrund geraten. Von den Veränderungen der familiären Lebensformen und der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind auch Kinder und Jugendliche betroffen, auch hier wandelt sich das Krankheitsspektrum – chronische, psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen nehmen zu. Eltern bedürfen immer mehr der Unterstützungs- und Beratungsleistungen im Zusammenhang mit der Pflege gesunder, kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher. Daher ist es uns als BeKD e.V. ein besonderes Anliegen, den Blick auf die Erfordernisse der betroffenen Familien zu richten.

Durch die unabdingbare Verbundenheit und Abhängigkeit des Kindes von seinen Bezugspersonen muss die Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen immer im Zusammenhang mit dem Unterstützungsbedarf für die Eltern erfasst werden.

Projekt „Pflegebedürftigkeit von Kindern“

Der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) e.V. hat zusammen mit der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKiND) e.V. ein Projekt zur „Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen“, initiiert und finanziert. Die Durchführung des Projektes erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld.

Auf der Grundlage einer Untersuchung von Prof. Dr. E. Holoch zur „Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen aus Perspektive der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ (2009) wurde von einer Expertengruppe aus Wissenschaft und Praxis der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammen mit Dr. K. Wingefeld und Dr. H. Cramer ein Einschätzungsinstrument zur Erhebung des Pflegebedarfes bei Kindern und Jugendlichen erarbeitet. Die Besonderheit dieses Instrumentes liegt darin, dass auch der Unterstützungsbedarf der Eltern in der Pflege ihrer Kinder explizit erfasst und abgebildet wird. So lässt sich beispielsweise der Bedarf an Anleitung und Beratung in diesem Bereich darstellen und begründen.

Im Praxistest

Der Zwischenbericht hierzu wurde im Januar 2015 veröffentlicht. Derzeit wird das Einschätzungsinstrument in einem breit angelegten Praxistest im ambulanten und klinischen Setting erprobt, erste Ergebnisse werden zum Jahresende erwartet.

Mithilfe des Einschätzungsinstrumentes soll in weiteren Projektschritten die sich daraus ergebenden erforderlichen Leistungen und deren Umfang erfasst und dargestellt werden. Auf dieser Grundlage lässt sich auch der Personalbedarf sowohl quantitativ als auch qualitativ darstellen und begründen.

Frauke Leupold

Vorsitzende BeKD e.V.
Mitglied im Deutschen Pflegerat (DPR)