



Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerats (DPR)

Editorial

Pflegende in den Mittelpunkt!

Der zweite Teil der Pflegereform nimmt Fahrt auf. Im Sommer soll der Entwurf des Pflegestärkungsgesetzes II kommen. Darin wird es im Wesentlichen um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gehen. Diese Reform, wie auch alle folgenden Reformen im Pflege- und Gesundheitsbereich, wird sich daran messen lassen müssen, welche Bedeutung sie den professionell Pflegenden beimisst. Wo bleiben die Pflegenden bei den Reformen? Was wird für sie getan? Und was muss für sie getan werden, dass sie auch in Zukunft der Pflege erhalten bleiben und viele weitere Pflegenden neu hinzukommen? Nicht nur für uns als Deutscher Pflegerat sollte das einer der wesentlichsten Erfolgsfaktoren sein: Jede Reform muss auch aus Sicht der die Leistungen erbringenden Menschen gedacht werden.

Besonders deutlich wird dies beim neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Er sieht einen neuen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung vor. Das ist die eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite wird er zu einem neuen Pflegeverständnis führen. Damit gehen auch neue Formen der Leistungserbringung einher. Konkret heißt dies, dass die Personalsituation in der Pflege daran angepasst werden muss. Ansonsten wird es zu Enttäuschungen kommen.

Auf dem 2. Deutschen Pfl egetag wollen wir uns vom 12. bis 14. März 2015 diese und weitere offene Baustellen genauer ansehen – und voranbringen. Nur gemeinsam kann uns dies gelingen. Die professionell Pflegenden müssen in den Mittelpunkt rücken. Sie sind einer der wesentlichsten Pfeiler der Pflege.

Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerats (DPR)



In Kooperation mit

Heilberufe
Das Pflegemagazin

IM FOCUS

Interessensvertretung kann nur Pflegekammer sein

„Die bayerische Pflegeministerin Melanie Huml ignoriert und missachtet die Interessen und das Votum der Pflegefachpersonen“, kritisiert der Präsident des Deutschen Pflegerats (DPR), Andreas Westerfellhaus. Der DPR-Präsident verweist auf eine vom Ministerium beauftragte repräsentative Befragung zur Errichtung einer Pflegekammer. Demnach habe sich jede zweite Pflegekraft in Bayern dafür ausgesprochen. Westerfellhaus erinnert zudem daran, dass 2011 der damalige bayerische Gesundheitsminister, Markus Söder (CSU), in der Süddeutschen Zeitung deutlich gemacht habe, dass die „größte Gruppe im Gesundheitswesen unbedingt eine eigene Stimme braucht“. Söder: „Mit einer Berufskammer könnten die Pflegekräfte ihre Belange selbst in die Hand nehmen.“ Es sei die größte ideelle Aufwertung, die die Pflegekräfte erhalten könnten. „Wenn man sich den aktuellen Vorschlag aus Bayern ansieht, dann ist von diesem Anspruch nicht viel geblieben. Die Verweigerung einer Pflegekammer ist ein Beweis für die Konzeptlosigkeit“, zeigt sich Westerfellhaus enttäuscht. Die Pflegefachpersonen in Bayern sollten sich dies „nicht bieten lassen“. Der DPR-Präsident gibt zu bedenken, „eine Pflege-Interessensvertretung im Rahmen einer Körperschaft des öffentlichen Rechts kann die Rechte der Pflegefachpersonen nicht im gleichen Maße vertreten, wie dies Aufgabe und zugleich Verpflichtung einer Pflegekammer ist.“ Erste Option könne nur die Bildung einer Pflegekammer sein. „Nur mit ihr ist tatsächlich gewährleistet, dass es zu keiner Verwässerung der Interessen der Pflegefachpersonen kommt.“ Konkret sieht das bayerische Konzept die Bildung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts vor, in der Pflegeverbände und einzelne Pflegekräfte freiwillig Mitglied werden können.

www.deutscher-pflegerat.de



Umgang mit erkrankten Heimbewohnern

Immer gleich ins Krankenhaus?

Sturzereignisse, Infektionen oder die unklare Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Heimbewohnern führen zur Einweisung in ein Krankenhaus. Mit Hilfe eines Forschungsprojekts suchte man nun nach Möglichkeiten, um die Zahl der Einweisungen zu reduzieren.

Ausgangspunkt des Forschungsprojekts „Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern im Altenheim“ innerhalb des NRW Ziel 2-Programms war die Frage, ob die Zahl der Einweisungen akut erkrankter Bewohnerinnen und Bewohnern aus Altenheimen in ein Krankenhaus reduziert werden kann und welche Lösungsansätze es geben könnte.

Kognitive Einschränkungen provozieren Heimeinweisungen

Das Projekt startete 2013 und befindet sich zurzeit in seiner Abschlussphase. Es konnten vier Einrichtungen aus Nordrhein-Westfalen gewonnen werden, an dem von der EU und dem Land NRW

geförderten Projekt teilzunehmen. Aktuell leben in Deutschland mehr als 760.000 Menschen in Alteneinrichtungen. Zu beobachten ist, dass der Umzug in ein Altenheim immer später stattfindet. So lange wie möglich möchten die Bundesbürger in ihren eigenen vier Wänden alt werden. Sie entscheiden sich zunehmend später – und zumeist nicht freiwillig – für den Umzug in ein Altenheim. Ein Hauptgrund, der dazu führt, die eigene Wohnung zu verlassen und die Versorgung in einem Altenheim zu suchen, ist neben anderen Erkrankungen der fortschreitende demenzielle Prozess der betroffenen Personen. Denn 60 bis 70% der Menschen, die in einem Altenheim leben, leiden unter kognitiven Veränderungen.

Häufige Einweisungsdiagnosen

Ausgangspunkt der Untersuchung war die Frage nach den häufigsten Ursachen für die Einweisung akut erkrankter Altenheimbewohner/innen in ein Krankenhaus. Hierzu wurden mehr als 1.200 Datensätze von Bewohnern gesammelt und bei 120 eine vertiefte Dokumentationsanalyse durchgeführt.

Deutlich wurde dabei, dass neben Sturzereignissen, Infektionen, Magen-Darm-Problemen, Schmerz, neurologischen Erkrankungen und Synkopen, unklare Verschlechterungen des Gesundheitszustandes zu einer Einweisung führten. Entgegen der Annahme, dass Bewohner/innen insbesondere am Mittwochnachmittag oder am Wochenende in ein Krankenhaus eingewiesen werden würden, stellte sich eine Normalverteilung über die Woche dar. Dabei zeigte sich jedoch, dass meist die Einbeziehung eines Notarztes zu einer Einweisung führte; der behandelnde Hausarzt hingegen veranlasste deutlich weniger Einweisungen.

Es zeigte sich auch, dass zwischen den Alteneinrichtungen und den Kliniken, in welche die Altenheimbewohner/innen eingewiesen wurden, keine klare Kommunikation bestand. Nur in einer Einrichtung wurden die Bewohner/innen von Mitarbeitern des Altenheims begleitet. Die Alteneinrichtungen dagegen bekamen nur selten Entlassungsbriefe von den zuständigen Krankenhäusern; die Hausärzte erhielten diese verspätet. Besonders auffällig war, dass in fast allen Entlassungsbriefen der Hinweis stand, der/die Bewohner/in sei mit einer Exsikkose eingeliefert worden, obwohl die Einrichtungen nachweislich über einen umfänglichen Flüssigkeitsplan verfügten. Es muss davon ausgegangen werden, dass besonders Menschen mit dementiellen Veränderungen in einem Krankenhaus nicht ausreichend und dem Zustand angemessen Flüssigkeit angeboten wurde.

Steigende Kosten

Beispielhaft wurde an der ICD Pneumonie nachgewiesen, dass es weder für Altenheime noch für Krankenhäuser ein Gewinn ist, Bewohner/innen in ein Krankenhaus zu verlegen beziehungsweise diese aufzunehmen. Um die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu reduzieren, wurden im Rahmen des Projektes drei Lösungswege generiert:

1. Ausbau von Versorgungsnetzen
2. Erweiterung der Pflegeexpertise
3. Virtuelle Implementierung von Krankenhausbetten in Altenheimen

Im Ergebnis wurde deutlich, dass der Phase vor dem Einzug eines Betroffenen in eine Alteneinrichtung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Eine frühzeitige Absprache mit dem Bewohner und seinen Angehörigen, wie im Falle einer eventuellen Krankenhauseinweisung zu verfahren ist, ist von zentraler Bedeutung. Dies trägt – neben der fachlichen Expertise eines Altenheimes – deutlich zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen bei. Für die Bewohner/innen bedeutet dies eine geringere Belastung und für alle Beteiligten würden sich die Kosten deutlich reduzieren.

Prof. Christel Bienstein
Universität Witten/Herdecke

STUDIE

Ungleiche Bezahlung in der Pflege belegt

Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, hat gemeinsam mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) in Berlin die Studie „Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient“ vorgestellt.

Die Studie über die Verdienstmöglichkeiten in der Pflege belegt, „dass man als Pflegekraft schon gut verdienen kann“, heißt es seitens des Pflegebevollmächtigten. „Es bestehen aber je nach Region deutliche Unterschiede. Als Krankenpfleger verdient man eher gut, als Altenpfleger deutlich schlechter. Zudem hat nur rund jede zweite Pflegefachkraft eine Vollzeitstelle. Bei den Helferberufen in der Pflege liegt die Teilzeitquote teilweise sogar deutlich über 70%.“

Weit entfernt vom Grundsatz „gleiche Arbeit, gleicher Lohn“

„Die Lohnunterschiede zwischen der Alten- und der Krankenpflege machen deutlich, dass Deutschland einen einheitlichen Pflegeberuf und somit eine generalistische Pflegeausbildung benötigt“, bewertet Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerats (DPR), die Ergebnisse. „Denn mehr denn je sind wir weit davon entfernt, dass in der Pflege für die gleiche Arbeit der gleiche Lohn gezahlt wird“, ergänzt Westerfellhaus und stimmt damit der Einschätzung des Pflegebevollmächtigten Karl-Josef Laumann zu.

Besorgt zeigt sich der DPR-Präsident, dass Fachkräfte der Altenpflege im Vergleich zur Krankenpflege im Durchschnitt in ostdeutschen Bundesländern 30% und in westdeutschen Bundesländern rund 18% weniger Einkommen haben. Darüber hinaus zeige die Studie, dass die Fachkräfte in der Altenpflege gegenüber vergleichbaren anderen Fachkräften bis zu 18% weniger verdienen. „Diese Ergebnisse machen deutlich, dass reagiert werden muss. Eine angemessene Bezahlung ist ein Zeichen der Wertschätzung. Die Kostenträger und die Verantwortlichen in den Einrichtungen dürfen sich hier nicht aus der Verantwortung ziehen. Auch wenn dadurch in manchen Regionen Deutschlands die Pflege teurer wird“, betont Westerfellhaus.

Pflegende in der ambulanten Versorgung sind benachteiligt

Pflegefachpersonen in der ambulanten Pflege verdienen bis zu einem Drittel weniger als bei einer vergleichbaren Tätigkeit in Krankenhäusern. Im Vergleich stationäre Pflege und Krankenhaus liegen die Unterschiede bei bis zu einem Viertel. „Die Lohnschere muss nach oben hin geschlossen werden“, macht der Präsident des Deutschen Pflegerats deutlich. „Die gewaltigen Lohnunterschiede erfordern mutiges Handeln.“

Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung schlägt vor, dass die Pflegekassen künftig von allen Trägern der Pflegeeinrichtungen den Nachweis verlangen können, ob ein angemessener Lohn auch tatsächlich bezahlt werde. Die hierfür nötige Gesetzesänderung will Laumann im Pflegestärkungsgesetz II verankert sehen.

Unfreiwillige Teilzeit in der Pflege

Weiter liefere die Studie „erstmalig auch belastbare Erkenntnisse über die Gründe für die hohe Teilzeitquote“, betonte Laumann bei der Vorstellung der Ergebnisse. Beispielsweise seien in den westdeutschen Bundesländern für Altenpflegefachkräfte hier vor allem persönliche und familiäre Gründe ausschlaggebend, darunter das Fehlen von Kinderbetreuungsplätzen. Dagegen arbeite in den ostdeutschen Bundesländern die Hälfte von ihnen nur deshalb in Teilzeit, weil sie keine Vollzeitstelle finden. Für den Pflegebevollmächtigten passt diese „unfreiwillige Teilzeit nicht mit der Klage über den Fachkräftemangel zusammen“. Aus seiner Sicht können man diesem Mangel bereits „dadurch ein Stück weit entgegen-treten, indem mehr Teilzeit- in Vollzeitstellen umgewandelt werden“.

Moritz Ernst

AUS DEN VERBÄNDEN

Lehrende solidarisieren sich

Es herrscht Aufbruchstimmung unter den Lehrenden – dieses zeigte sich insbesondere bei der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e.V. (BLGS). Traditionell fand diese Sitzung im Rahmen des Kongresses Pflege 2015 Ende Januar in Berlin statt.

Das zentrale, immer noch vorherrschende Thema ist die generalistische Pflegeausbildung und die diesbezügliche Positionierung des BLGS. Selbstverständlich ist der Verband als Mitgliedsverband des Deutschen Pflegeverbandes „Pro-Generalistik“ eingestellt, die möglichen Auswirkungen auf die Bildungseinrichtungen müssen jedoch differenzierter betrachtet werden. Es sickern immer mehr Informationen zur Planung des neuen Pflegeberufgesetzes durch, die mit Hoffnung aber auch großer Sorge betrachtet werden. Nicht akzeptabel aus Sicht der Lehrenden ist beispielsweise ein möglicherweise größer werdender Einfluss der Ausbildungsträger auf die praktische Ausbildung/die Einsatzplanung. Positiv betrachtet wird hingegen die Diskussion über die Qualifikationsanforderungen für Lehrende, möglicherweise einhergehend mit der Verpflichtung zu kontinuierlicher Fortbildung. Der BLGS wird sich weiterhin aktiv in den Gestaltungsprozess des neuen Pflegeberufgesetzes einbringen. Unterstützung erhält er dabei von zwei neuen Landesverbänden, die sich aller Voraussicht nach im Jahr 2015 formieren: Die Landesverbände Berlin und Baden-Württemberg im BLGS stehen kurz vor ihren Gründungsveranstaltungen.

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

Leitung Zeitschriften Redaktion: Markus Seidl

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

Implementierung des Strukturmodells Im Praxistest

Im Januar 2015 begann die bundesweite Implementierung der neuen Dokumentation in der Pflege. Das IGES Institut GmbH errichtet gemeinsam mit der Expertin Elisabeth Beikirch ein Projektbüro zur flächendeckenden Umsetzung des Projekts „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“.

Angesichts von bis zu 70 Blättern Papier für die Dokumentation eines pflegebedürftigen Menschen, war eine Entlastung der Pflegefachpersonen bei der Pflegedokumentation überfällig. Der DPR hat daher die Entstehung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege von Beginn an begleitet und unterstützt.

Erfolgreiche Erprobungsphase

Schon in der ersten Erprobungsphase des Strukturmodells löste das Projekt eine breite Welle positiver Rückmeldungen aus: Es zeigte sich, dass das Strukturmodell sowie die neu entwickelte „Strukturierte Informationssammlung (SIS)“ den Pflegedokumentationsaufwand deutlich reduziert, wissenschaftlich fundiert ist, den haftungsrechtlichen, leistungsrechtlichen Anforderungen nach SGB V und SGB XI genügt sowie gleichzeitig der Pflegefachlichkeit Raum gibt.

Doch es gab auch Kritik: So wurde argumentiert, dass der Einsatz des vierstufigen Pflegeprozesses mit einem Verlust an Informationen einhergehe. Dieser Kritik kann entgegen gehalten werden, dass schlüssige Maßnahmen, die auf der Grundlage der SIS entwickelt werden, Probleme, Ressourcen und Ziele auch dann erfassen, wenn diese nicht explizit in der Pflegedokumentation aufgeführt werden. Das Ausformulieren aller Zwischenschritte der Pflegeplanung im Detail hat vor allem während der Ausbildung eine didaktische Bedeutung.

Ein weiterer Kritikpunkt bezog sich auf das Fehlen von Informationen zum sozialen Umfeld, zu Angehörigen oder Anga-

ben zur Biographie. Konzeptionelle Modelle und spezifische Informationen, die für die Pflege bestimmter Menschen wichtig sind, müssen auch weiterhin dokumentiert werden und können dem Strukturmodell hinterlegt werden. Wie das geschieht, können vor allem die Pflegefachpersonen einer Einrichtung vor Ort entscheiden.

Bundesweite Implementierung

Das Strukturmodell und die SIS stellen eine Verständigung der maßgeblichen Akteure und Institutionen über die unverzichtbaren Grundanforderungen an die Pflegedokumentation dar. Diese basieren auf nachvollziehbaren Kriterien, folgen einer schlüssigen Logik und sind wissenschaftlich begründet. Seine Nutzung sollte jedoch nicht verbindlich vorgeschrieben werden; denn es geht nicht um Fremdbestimmung der Pflege, sondern um eine Befreiung der Profession und um eine Besinnung auf sich selbst.

Der Deutsche Pflegerat schlägt daher vor, diesem neuen Arbeitsinstrument eine Chance zu geben und es jetzt – auch im Rahmen des bundesweiten Implementierungsprojektes – zu erproben. Es wird die Pflege verändern und sie ein Stück zu ihren Wurzeln zurückführen.

Dr. Ute Haas

Referentin des Deutschen Pflegerats