



**Franz Wagner**  
Bundesgeschäftsführer des DBfK

**Editorial**

**Die Zeit politischer Tabus ist vorbei**

**D**er Deutsche Pflergetag war ein großer Erfolg! Zum Jahresbeginn – und eher zufällig auch zum Beginn der Regierungsarbeit – wurden Zeichen gesetzt. Bundesgesundheitsminister Gröhe hielt seine erste politische Rede in der neuen Rolle und versprach entschlossenes Handeln in den dem DPR wichtigen Themenbereichen. Wie das konkret aussehen soll, blieb zwar noch etwas diffus, aber der DPR wird den Minister beim Wort nehmen. Weitere politische Gespräche werden nun folgen. Denn die Zeit rennt und die Pflegenden warten immer noch einer Verbesserung ihrer Lage. Um das zu erreichen, muss Geld bereitgestellt und der richtigen Verwendung zugeführt werden. Das wird dem einen oder anderen Stakeholder nicht unbedingt gefallen, aber inzwischen können die katastrophalen Folgen der schlechten Stellenausstattung in der Pflege für die Versorgungsqualität nicht mehr übersehen werden. Da darf es keine Tabus geben. Wenn ein System nicht funktioniert, muss es geändert werden. Es braucht eine fundamentale Verbesserung der Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit. Denn 150 Chinesinnen, die mit viel Aufwand für die Pflegearbeit in Deutschland vorbereitet werden, können die Löcher nicht stopfen, die Tausende deutscher Pflegenden, die aus dem Beruf flüchten, hinterlassen. Und endlich wehren sich die Pflegenden auch selber. Mit Initiativen wie „Pflege-liegt-am-Boden“ können wir hoffentlich eine Solidarisierung der Bevölkerung mit unseren Forderungen erreichen. Und natürlich machen uns die Fortschritte bei der Errichtung von Pflegekammern Hoffnung.

**Franz Wagner**  
Vize-Präsident des Deutschen Pflergerates (DPR)



In Kooperation mit

**Heilberufe**  
Das Pfleragemagazin

**IM FOCUS**

**Ist psychiatrische Pflege morgen noch leistbar?**

Das neue Entgeltssystem in der Psychiatrie kommt und die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) geht. Die PsychPV hat bisher für eine klare Zuordnung der Anzahl der Vollkräfte zu den therapeutischen Berufsgruppen gesorgt, zu denen auch die Pflege gehört. Fällt Anfang 2017 die PsychPV ersatzlos weg, gibt es für die Berufsgruppen in den psychiatrischen Krankenhäusern keinen verbindlichen Verteilungsschlüssel mehr. Das bedeutet, dass das mit den Krankenkassen verhandelte und sich aus der neuen Entgeltssystematik ergebende Personalbudget dem Spiel der freien Kräfte im Krankenhaus überlassen wird. Die Parallelen zum DRG-System der Somatik sind zu eindeutig und dort ist der Abbau der Pflegestellen nach dem Wegfall der Pflegepersonalregelung (PPR) noch heute deutlich zu spüren. Wir werden uns also womöglich auf Verteilungsprobleme vorbereiten müssen und sollten darauf achten, dass der Aufwand, den die Pflegenden leisten, auch entsprechend Berücksichtigung findet. Das Betreuungsintensitätsmodell (BIM), das für die Kalkulationshäuser maßgeblich von der BFLK entwickelt wurde und den Aufwand für den einzelnen Patienten pro Tag beschreibt, könnte dafür eine Grundlage bieten. Auf jeden Fall vermieden werden muss die Einführung einer „Mindestpersonalquote“ – weil sie allzu schnell zu einer Obergrenze für die Pflegenden wird. Hoffnung könnte machen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) per Gesetz den Auftrag erhalten hat, eine Empfehlung zur personellen Ausstattung der stationären Einrichtungen in der Psychiatrie zu erarbeiten.

**Georg Oppermann**

Stlv. Vorsitzender der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V., Mitglied im DPR

## 1. Deutscher Pfllegetag war ein Erfolg

# Pflegekräfte sind nicht ersetzbar

Der 1. Deutsche Pfllegetag war ein voller Erfolg. Dieses Fazit zieht Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pfllegerates und Mitinitiator des Kongresses. Die Veranstaltung mit über 1.500 Teilnehmern fand vom 23. bis 25. Januar in Berlin statt.

**M**it starken Worten fasst der Präsident des Deutschen Pfllegerates das Ergebnis des Kongresses zusammen: „Unsere Botschaften sind angekommen. Ohne professionell Pfllegende ist eine pfllegerische Versorgung der Menschen in unserer Gesellschaft nicht zu leisten, und diese wollen gehört und einbezogen werden. Sie auszublen-den wäre fahrlässig. Wir sind nicht ersetzbar.“

An Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe gewandt, sagte Westerfell-

haus: „Gehen Sie den Weg gemeinsam mit der Berufsgruppe und nicht über diese hinweg. Suchen Sie den direkten Weg zu uns“. Der Politik rief Westerfellhaus mit Blick auf den neuen Pfllegebedürftigkeitsbegriff weiter zu, „endlich einmal den Mut zu haben, etwas zu beginnen“. Dabei sollten zuerst die Leistungen bestimmt und dann die Geldfrage geklärt werden.

### Menschen im Mittelpunkt

Westerfellhaus sieht „jede Reform im Ansatz verpuffen und scheitern, wenn nicht

die pfllegenden Menschen im Vordergrund stehen. Denn sie sind es, die die Leistung erbringen. Was nützt es darüber nachzudenken, wie eine Reform aussieht, wenn am anderen Ende die Leistungserbringer nicht da sind, die diese umsetzen sollen? Deshalb brauchen wir einen nationalen Aktionsplan für die Pfllegenden und eine Pfllegekammer.“

Andreas Westerfellhaus betont im Lauf seiner Rede „Die Pfllegefachpersonen erwarten als erstes mehr Kolleginnen und Kollegen, um damit ihre Aufgaben sorg-



Andreas Westerfellhaus forderte Bundesminister Gröhe auf: „Gehen Sie den Weg mit uns gemeinsam.“ Dr. Heiner Geißler, Bundesminister a.D., kritisierte, dass in Zeiten einer durchgehenden Ökonomisierung der Patient zum Kostenfaktor degradiert wird.

fältig durchführen zu können. Wir müssen weg von der derzeitigen Minutenpflege im Dauerlauf.“

### **Mehr Geld im System allein genügt nicht**

Dabei bringe mehr Geld im System nur dann etwas, wenn zuerst die Rahmenbedingungen der Pflege geändert werden. Diese seien „ein ganz großes Problem“ für die Gewinnung und das Halten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Für eine Verbesserung will er einen gemeinsamen Schulterschluss von Verbänden, Gewerkschaften und Kassen.

### *Wir überlassen die Weiterentwicklung des Pflegeberufes nie wieder anderen – die Expertise liegt bei uns.*

Zusätzliches Geld will der Präsident des Deutschen Pfliegerates an das Personal anstatt in Werbung gebunden sehen. „Ich habe meine Zweifel, ob Hochglanzbroschüren zu einer guten Pflege beitragen“. Weiter sagte er: „Ich verstehe nicht, warum wir für eine Arbeitsleistung im technischen oder im Kfz-Bereich mehr Geld bereit zu zahlen sind, als für die Arbeit am Menschen. Wir haben einen attraktiven Beruf, der anständig bezahlt werden muss“.

### **Berufsgesetz muss klare Aussagen enthalten**

Endlich Handeln sei auch beim Berufsgesetz Pflege angesagt, mahnt Westerfellhaus. „Wir brauchen ein Berufsgesetz Pflege, welches klare berufsrechtliche Aussagen beinhaltet, wer welche Aufgaben in der Pflege erbringen darf.“ Hier gelte es Ressourcen zu heben und langfristige Versorgungssicherheit herzustellen. „Wir überlassen die Weiterentwicklung des Pflegeberufes nie wieder anderen – die Expertise liegt bei uns.“

### **Gröhe: Gute Pflege braucht Zeit**

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sagte bei der Eröffnung des Deutschen Pflergetags: „Das Thema Pflege ist ein klarer Schwerpunkt unserer Regierungsarbeit“. Der Minister will sich daher „mit ganzer Kraft für bessere Rahmenbedingungen der Pflegekräfte einsetzen“ und er betonte: „Sie haben einen Anspruch auf gute Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie und eine faire Vergütung.“ Gröhe weiß, „dass gute Pflege Zeit braucht“. Um Bürokratie abzubauen, will er die Dokumentationspflichten in der Pflege auf das Nötigste begrenzen. „Wir werden den Schritt zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zügig gehen“, zeigt er sich zuversichtlich und verspricht „eine Verbesserung für alle Betroffenen“.

---

**Autor**  
**Funktion**

## **QUALITÄTSPRÜFUNGS-RICHTLINIEN**

### **BMG unterstützt Verbände**

**Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) sind zum 1. Februar 2014 in Kraft getreten. Der Entwurf des GKV-Spitzenverbandes wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt – allerdings mit diversen Auflagen.**

Der Deutsche Pfliegerat (DPR) hatte im Stellungnahmeverfahren deutlich gemacht, dass die von den Kassen geplanten Änderungen in den QPR-Kriterien nach wie vor die Dokumentation fokussiert und somit eine enorme Fehlleitung von Ressourcen mit sich gebracht hätten. Unter anderem fanden sich diverse strittige Prüfkriterien im QPR-Entwurf, die wissenschaftlich nicht haltbar sind und entgegen den Bestrebungen der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege erneut ein Mehr an Dokumentation mit sich gebracht hätten. Der Entwurf der QPR vermittelte den Anschein, als wolle der GKV-Spitzenverband alle Punkte, bei denen er sich in den Schiedsstellenverhandlungen zu den Pflergetransparenzvereinbarungen stationär (PTVS) nicht durchsetzen konnte, nunmehr über die QPR einbringen. Im Stellungnahmeverfahren konnten sich die Berufs- und Trägerverbände zu dem Entwurf der Kassen äußern. Die Stellungnahmen wurden jedoch nicht nur an den GKV Spitzenverband versandt, sondern – von der Mehrzahl der Verbände – auch direkt an das BMG geschickt. In den wesentlichen Punkten, die der DPR in seiner Stellungnahme kritisch angemerkt hat, wurden die QPR-Kriterien durch das BMG korrigiert:

- ▶ Es erfolgt eine Unterscheidung zwischen den Expertenstandards des DNQP und den gesetzlich verbindlichen Standards nach § 113a SGB XI.
- ▶ Die Durchführung von jährlichen standardspezifischen Audits wurde ersatzlos gestrichen.
- ▶ Die Kriterien zur Kontraktur wurden komplett gestrichen. Es findet sich nunmehr eine allgemein gehaltene Informationsfrage zu dem Thema im Prüfkatalog. Dies gilt derzeit jedoch nur für stationäre Pflegeeinrichtungen.
- ▶ Im stationären Bereich bleibt die Verantwortung für die Delegation von behandlungspflegerischen Maßnahmen weiterhin bei der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Darüber hinaus wurden Festlegungen hinsichtlich des Ablaufs der Prüfung, die bereits in der PTVS getroffen wurden, in der QPR konkretisiert.

- ▶ Die Auswertung der Dokumentation muss sich nach den zeitlichen Ressourcen der stationären Pflegeeinrichtung ausrichten und soweit möglich soll ein Mitarbeiter anwesend sein.
- ▶ Fachlich abweichende Einschätzungen der stationären Pflegeeinrichtung müssen protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt werden.

Das Signal ist deutlich: der GKV Spitzenverband kann keineswegs festlegen, wie die stationären Pflegeeinrichtungen ihr internes Qualitätsmanagement gestalten müssen. Die Dokumentation hat nach wie vor einen hohen Stellenwert. Mehr denn je wird aber das Thema Fachlichkeit wieder an Bedeutung gewinnen.

---

**Carola Stenzel**  
**Funktion**

## AUS DEN VERBÄNDEN

### Aus- und Weiterbildung in Anthroposophischer Pflege

Die Anthroposophische Pflege (AP) ist ein seit über 90 Jahren in Deutschland und weltweit praktiziertes integratives Pflegekonzept. Integrativ bedeutet, dass die nach dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft bestehenden Methoden ergänzt werden durch Pflegemethoden wie Rhythmische Einreibungen, therapeutische Waschungen oder Wickel und Auflagen. Hinzu kommen ganzheitliche Behandlungskonzepte für Erkrankungen und komplexe Pflegesituationen wie der perinatalen Pflege oder der Begleitung Sterbender. Da Menschenbild und Ethik die Pflegequalität prägen, besteht die dritte Säule der AP in der Schulung der inneren Haltungen durch Kunst, Reflexion und Meditation. Anthroposophische Pflege wird in der Berufsausbildung als integriertes Konzept an zwei Altenpflegeschulen (Frankfurt und Dortmund) und zwei Krankenpflegeschulen (Herdecke und Filderstadt) gelehrt. Circa 2.500 Pflegenden haben in den letzten 30 Jahren ihre Pflegeberufsausbildung an einer dieser Ausbildungsstätten mit dem staatlichen Examen abgeschlossen. Neben der anthroposophisch ausgerichteten Berufsausbildung qualifizieren Fort- und Weiterbildungen für die anthroposophische Pflegepraxis. Die Weiterbildung in AP gliedert sich in Grund- und Aufbaukurs mit je 200 Stunden sowie einer berufspraktischen Lernzeit. Sie wird nach einem internationalen Rahmenkurriculum an verschiedenen Orten in Deutschland angeboten.

[www.vfap.de](http://www.vfap.de); [www.qulitaet-ap.org](http://www.qulitaet-ap.org)

## 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](http://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:** Dr. Christoph Posch

**Chefredakteurin:** Katja Kupfer-Geißler  
Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin  
Tel.: 030 82787 5500, Fax: 030 82787 5505  
[heilberufe.de](http://heilberufe.de), [springerfachmedien-medizin.de](http://springerfachmedien-medizin.de)

## Entlastung pflegender Angehöriger In Familie pflegen

Die Familie ist eine wichtige Ressource für die gesunde Entwicklung von Kindern, aber auch die Unterstützung älterer und/oder chronisch kranker Familienmitglieder. Diese zu nutzen bedarf es jedoch spezieller pflegerischer Konzepte und besonderer Qualifikation Pflegenden.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Situation im Gesundheitswesen empfahl bereits 2009 die Umsetzung familienzentrierter Pflegekonzepte. Das von der WHO entwickelte Konzept Familiengesundheitspflege ist so ein Konzept. Heute kann konstatiert werden: Es ist in der Praxis angekommen. Familiengesundheitspfleger/innen und -hebammen besuchen im Auftrag der BARMER GEK betroffene Familien.

### Beraten und unterstützen

„Wie bewältige ich den Spagat zwischen Pflege und Beruf? Wann kann ich noch Freunde treffen? Was tun, wenn mir alles zu viel wird? Wo kriege ich Hilfe her?“ All das sind Fragen, mit denen Familiengesundheitspfleger/innen konfrontiert werden. Sieben Monate dauert die Begleitung. Familiengesundheitspfleger/innen beraten, unterstützen und geben Tipps zur Selbstsorge. Nach Einschätzung der Familienstruktur und der Wohnsituation werden gezielt Maßnahmen eingeleitet und z.B. ein Hilfenetzwerk aufgebaut. Vorrangiges Ziel der Hilfe (nach § 45 SGB XI) ist die Entlastung pflegender Angehöriger und die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. Derzeit können nur BARMER GEK-Versicherte diese Leistung in Anspruch nehmen, weitere Pflegekassen sind interessiert.

Beispiel: Frau M. leidet an Schizophrenie, Diabetes mellitus und ist hochgradig adipös. Sie hat nur noch vier Zähne und ist inkontinent. An den Beinen hat sie Wunden, die nicht zuheilen. Ihr Ehemann ist rüstiger Rentner und kümmert sich um Einkäufe und Haushalt. Für die Besuche beim Arzt wird ein Krankentransport bestellt, aber ansonsten kann sie die

Wohnung im dritten Stock nicht mehr verlassen. Der Sohn, 43 Jahre, lebt noch bei den Eltern. Er ist geistig und körperlich leicht behindert, aber berufstätig. Die Familie ist sozial isoliert. Herr M. ist sehr besorgt über den Gesundheitszustand seiner Frau und möchte helfen, merkt aber, dass ihm allmählich alles über den Kopf wächst.

Mit Unterstützung der Familiengesundheitspflegerin ist die Familie M. umgezogen. Davon profitierte vor allem der Sohn, der nun endlich eine eigene Wohnung hat. Er unterstützt den Vater weiter bei den Einkäufen. Frau M. ist nach einem Klinikaufenthalt besser medikamentös eingestellt. Dadurch können der Diabetes, die Ödeme und die damit verbundene Inkontinenz besser kontrolliert werden. Ein Zahnarzt, der Angstpatienten behandelt und Hausbesuche macht, wurde gefunden. Die Familiengesundheitspflegerin hat die Pflegestufe 2 durchgesetzt.

### Weiterbildung ist möglich

Neben den Hausbesuchen sind Familiengesundheitspfleger/innen auch im Rahmen des Projektes „Familiale Pflege“ tätig, arbeiten in Drogenberatungsstellen, im Entlassungsmanagement, in Reha-Kliniken oder im öffentlichen Gesundheitsdienst. Der DBfK e.V. bietet die Weiterbildung Familiengesundheitspflege auch 2014 und 2015 an.

**Andrea Weskam**

[www.familiengesundheitspflege.de](http://www.familiengesundheitspflege.de)