

Reform der Pflegeversicherung Weichenstellung, aber auch Mängel

Der Deutsche Pflegerat (DPR) hat den Beschluss des Bundeskabinetts zur stärkeren Beteiligung der Pflegefachkräfte in der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Pflegereform begrüßt. „Die Weichen sind richtig gestellt“, erklärt Ratsvorsitzende Marie-Luise Müller. Die 12 Berufsverbände im DPR üben jedoch auch Kritik am vorliegenden Gesetzentwurf. Dieser muss jetzt noch von Bundestag und Bundesrat abgesegnet werden. Zum 1. Juli 2008 soll das Gesetz in Kraft treten.

➤ Grundsätzlich kritisiert der DPR, dass richtige Ansätze zu wenig und nicht konsequent genug umgesetzt seien. Auch reiche die vorgesehene Beitragserhöhung um 0,25% nicht aus, um die Pflegeversicherung dauerhaft finanziell abzusichern. „Das ist nicht mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein“, sagt Müller.

Als wichtiges Element der Reform nennt der Pflegerat unter anderem die Anhebung der Pflegeleistungsvergütung in den jeweiligen Stufen, die gesetzliche Absicherung der längst überfälligen Dynamisierung der verschiedenen Pflegesätze und die Stärkung der ambulanten Versorgung. „Damit kann das Zuhause als Ort der Vertrautheit und Sicherheit so lange wie möglich erhalten werden.“

Am stärksten von der Leistungsanhebung sollen an Demenz erkrankte Menschen profitieren. Laut Gesetzentwurf wird der zusätzliche Betrag für „Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ von derzeit bis zu 460 € auf bis zu 2.400 € im Jahr erhöht. Das gilt auch für Betroffene, die zwar noch keine Pflegestufe erreichen, wohl aber einen erhöhten Betreuungsbedarf haben. Der Pflegerat begrüßt diese Entscheidung. Das Gleiche gilt für das sechsmonatige „Pflegezeitangebot für Fami-

lienangehörige, die aktiv im Berufsleben stehen“. Dies sei ein wichtiges Signal an alle pflegenden Angehörigen. Ohne deren aufopferungsvolles Engagement würde das System der Betreuung zu Hause zusammenbrechen.

Ausdrücklich begrüßt der DPR den eingeschlagenen Weg des Gesetzgebers, „hochspezialisierte Pflegefachkräfte“ mit ärztlichen Aufgaben bis hin zu Verordnungsbefähigung zu beauftragen. Im Gesetzentwurf heißt es dazu, dass Pflegefachkräfte künftig stärker in die Gesundheitsversorgung einbezogen und entsprechende Modellprojekte ermöglicht werden sollen. Grundlage dafür ist Sozialgesetzbuch (SGB) V § 63. Dort ist unter anderem geregelt, dass die Krankenkassen Modellvorhaben zur Weiterentwicklung „der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren“ können. Damit Pflegekräfte eigenständig verordnen könnten, müssten jedoch im Krankenpflege- und Altenpflegegesetz Grundlagen für Zusatzqualifikationen geschaffen werden, fordert der Pflegerat. ■

■ Weitere Informationen:
Bundesministerium für Gesundheit
www.bmg.bund.de

Editorial



Neuzuschnitt

Mit der Übernahme weiterer Tätigkeiten in die Pflegeberufe wird die Kooperation im Gesundheitswesen gestärkt. Durch die Entlastung der Ärzte wird es möglich, die teure Kostenart „Ärztlicher Dienst“ zu entlasten, teure Überstunden und Bereitschaftsdienste deutlich zu reduzieren und vor allem die Pflegenden in einem Segment verstärkt einzusetzen, das ihnen besonders liegt: In der Prozessverantwortung hat die Pflegeprofession sehr lange schon positive Erfahrungen unter Beweis stellen können. Dadurch können sich die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen verstärkt auf ihre originären Aufgaben konzentrieren – Diagnostik und Therapie, Forschung und Lehre. Die Pflegenden ihrerseits müssen natürlich ebenso entlastet werden. Der Einsatz von Servicepersonal ermöglicht es, dass Pflegenden sich auf die neuen Aufträge einstellen können. Auch der Patientenkontakt wird wieder verstärkt. Damit die Transfers in den Budgets sachgerecht erfolgen können, empfehle ich den Einrichtungen „Diagnosebezogene Tätigkeitsanalysen“. Natürlich hat das Klinikmanagement darauf zu achten, dass bei den Leistungserfassungen die verlagerten Kontingente sachgerecht abgebildet werden. Vor allem aber sollte der Neuzuschnitt unsere Patienten zufrieden stellen.

Hedwig François-Kettner
Präsidiumsmitglied im Deutschen Pflegerat

Nachrichten

Unterschriftenaktion „Uns reicht´s!“ gestartet

— Der Deutsche Pflegerat (DPR) unterstützt die vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe und der Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di initiierte Unterschriftenaktion „Uns reicht´s!“. Mit der Aktion wollen sich Pflegenden gegen unzumutbare Arbeitsbelastungen und Personalmangel wehren. Zentrale Forderungen sind: mehr qualifiziertes Pflegepersonal, bessere Rahmenbedingungen und Anerkennung der Leistungen der Pflegefachkräfte im Gesundheits- und Sozialsystem und damit mehr Sicherheit für die auf Pflege angewiesenen Menschen. Im Internet kann der Aufruf an die Politik, die Problemlage der Pflegenden endlich aufzugreifen und zu verändern, unterzeichnet bzw. Unterschriftenlisten heruntergeladen werden.

www.pflege-uns-reichts.de

Transparenz am Pflegemarkt durch Zertifikate

— Die „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ GmbH) will mit neuen Zertifikaten die Suche nach einem guten ambulanten Pflegedienst oder Pflegeheim vereinfachen. Nach Einschätzung der Präsidentin des Deutschen Pflegerates (DPR), Marie-Luise Müller, wird ein Großteil der rund 10.600 ambulanten Dienste und 12.000 stationären Einrichtungen an dem Verfahren teilnehmen. Angebote und Informationen für Heimbewohner gehörten ebenso zu den Kriterien wie die Einbeziehung von Angehörigen in Heimabläufe. Nicht nur eigene Darstellungen der Einrichtungen, sondern auch Kontrollbesuche gingen in die Bewertung ein. Bei den Krankenhäusern gibt es solche Zertifikate bereits seit 2001. In der KTQ sind neben Ärzten und Krankenkassen auch Pflegekräfte versammelt. Ihre Interessen werden durch den Pflegerat vertreten, der Gesellschafter der KTQ ist.

www.ktq.de

Im Gespräch mit Johanna Knüppel Primäre Pflege kann zentraler Baustein unserer Professionalisierung sein

Mehr Verantwortung für die Pflege? Die USA machen seit Jahren vor, wie das geht. Mit dem Konzept des Primary Nursing haben Pflegenden dort ein Organisationsmodell entwickelt und umgesetzt, das ihnen mehr Autonomie einräumt und Patienten einen festen Ansprechpartner beschert. Über das Konzept, das auch in Deutschland auf großes Interesse stößt, sprachen wir mit Johanna Knüppel, Gründerin des Deutschen Netzwerkes für Primary Nursing.

Frau Knüppel, wie ist die Idee des Primary Nursing entstanden und welche Idee steckt hinter dem Konzept?

Knüppel: Die erste Entwicklung und praktische Umsetzung der „Primären Pflege“ erfolgte Ende der 1960er Jahre in den USA – während eines akuten Pflegeotstands in den Kliniken. Damals gab es drei Faktoren, die das Suchen nach einer besseren Organisationsform von Pflege begünstigten. Erstens die Forderung der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte nach stärkerer Professionalisierung. Zweitens die allgemeine Kritik der Gesellschaft an der Gesundheitsversorgung und drittens der – auch ökonomische – Druck, sich um eine höhere Versorgungsqualität zu kümmern. Vor diesem Hintergrund entwickelte die Pionierin des Primary Nursing, Marie Manthey, das Konzept. 1969 setzte sie es erstmalig im Universitätskrankenhaus Minneapolis um.

Aus welchen Elementen setzt sich Primary Nursing zusammen?

Charakteristische Kernelemente sind: Übertragung der Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen für die zugeteilten Patienten auf eine Pflegekraft, tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode, direkte Kommunikation mit dem Patienten und schließlich Übernahme der Ver-

antwortung für die Qualität der am Patienten beziehungsweise Bewohner erbrachten Pflege für die gesamte Aufenthaltsdauer – 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche.

Welche Erfahrungen liegen in Deutschland zur Umsetzung dieses Konzeptes bislang vor?

In Deutschland wuchs das Interesse an Primary Nursing erst Mitte der 1990er Jahre, zunächst in Krankenhäusern und Rehakliniken. Später zogen auch Einrichtungen der Altenpflege und die ambulante Pflege nach. In diesen Jahren gründete sich unter der Leitung von Thomas Fischer bereits ein deutsches „Expertennetzwerk Primary Nursing“, das sich allerdings wenige Jahre später wieder auflöste.

Seit etwa drei Jahren steigt die Zahl der Einrichtungen, die Primary Nursing zumindest in Teilbereichen einführen, kontinuierlich an. Dies steht sicherlich in Zusammenhang mit dem zunehmenden Wettbewerb der Anbieter untereinander, aber auch den Bestrebungen nach höherer Qualität in der Versorgung, Optimierung von Prozessen und Schnittstellen und einer stärkeren Patientenorientierung. Vor dem Hintergrund zunehmender Anfragen nach Informationen und Erfahrungsaustausch hat der DBfK dann 2006 einen Aufruf gestartet und

im Januar 2007 das heutige „Deutsche Netzwerk Primary Nursing“ gegründet. Hier arbeiten Anfänger und Experten aus allen Pflegebereichen gemeinsam mit Wissenschaftlern und sonstigen Interessierten an Themen, die sich im Zusammenhang mit der Etablierung des Konzepts ergeben.

Wie gestaltet sich das Verhältnis zwischen Stationsleitung und Primary Nurse? Kommt es hier nicht zu Spannungen wegen der Zuständigkeiten?

Die jeweiligen Aufgaben verändern sich. Darüber müssen sich alle Beteiligten klar sein und das auch wollen. Die Primary Nurse kommuniziert direkt mit Patienten, Angehörigen und am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Pflegefachliche Entscheidungen trifft sie allein, muss dies auch verantworten und gegebenenfalls darüber Rechenschaft ablegen. Stationsleitungen arbeiten – sofern sie noch in die direkte Patientenbetreuung eingebunden sind – nicht als Primary Nurses, sondern als zugeordnete oder unterstützende Pflegenden. Ihr Hauptaugenmerk richtet sich auf die Mitarbeiterentwicklung, das Qualitätsmanagement und die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Sie haben für den Rahmen zu sorgen, in dem gute Ergebnisse der Pflegearbeit erreicht werden können. Dazu gehört eine Dienstplangestaltung, die für Kontinuität und Ausgewogenheit der Mitarbeiterqualifikationen sorgt, ebenso wie der Blick auf eine gerechte Verteilung des Arbeitsvolumens und viele weitere Aspekte der Mitarbeiterführung.

Macht Primary Nursing den Arbeitsplatz „Pflege“ im Krankenhaus attraktiver und lockt damit mehr Nachwuchs in den Beruf?

Das Konzept eignet sich als Organisationsform nicht nur für den klinischen Bereich, sondern vor allem auch für

die Langzeitpflege. Für alle Bereiche gilt: Primary Nursing kann ein zentraler Baustein hin zur Professionalisierung, höheren Berufszufriedenheit und größeren Autonomie der Pflege sein. Viele Befragungen von Mitarbeitern nach Einführung von Primary Nursing deuten darauf hin. Dies ist allerdings nur möglich, wenn auch die Strukturen in den Einrichtungen dies zulassen und vor allem nicht gleichzeitig ein Personalabbau abgefedert werden soll.

Klinikmanager und Heimträger finanzieren in der Regel nur die organisatorische Innovation, die finanzierbar ist und Vorteile für die Position am Markt bringt. Welchen Benefit hat Primary Nursing für ein Krankenhaus, ein Pflegeheim und die dort zu versorgenden Patienten beziehungsweise Bewohner?

Primary Nursing erfordert nicht mehr, aber auch nicht weniger Personal als andere Organisationsformen in der Pflege. Als Modell zur Personalkostensenkung eignet es sich also nicht. Vorteile ergeben sich aber in vielfacher Hinsicht. Beispielsweise in Bezug auf eine höhere Patientenzufriedenheit, ein geringeres Risiko an Schnittstellen, eine Straffung von Prozessen und eine effizientere Kommunikation mit den Patienten. Gerade eine immer älter werdende Bevölkerung mit zunehmend chronisch erkrankten Menschen benötigt eine andere Form der Betreuung als sie in unseren Gesundheitseinrichtungen bisher vielfach praktiziert wurde. Primary Nursing kann deshalb mitentscheidend dafür sein, ob ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim im regionalen Wettbewerb bestehen wird. ■

Frau Knüppel, wir bedanken uns für das Gespräch.

Das Interview führte Thomas Hommel.



Johanna Knüppel ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und Koordinatorin für Gesundheitsökonomie (FH). Für den DBfK ist sie als Referentin mit Schwerpunkt „Pflege im Krankenhaus“ tätig. Zuvor war sie mehr als 30 Jahre in der Klinikpflege unterwegs – als Stationsleitung, Praxisanleiterin, Stomatherapeutin, Projektassistentin Pflegeforschung etc. Im Januar 2007 gründete sie unter dem Dach des DBfK das „Deutsche Netzwerk Primary Nursing“. Informationen: www.dbfk.de/fachgruppen/primary-nursing/index.htm

■ „Primary Nurse“

Ihre Geschichte ist kurz erzählt: Um aus De-professionalisierung wieder Professionalisierung zu machen, wurde das Konzept Primary Nursing in den 1960er Jahren erstmals am US-University of Minnesota Hospital umgesetzt. Danach übernimmt eine Pflegekraft die Verantwortung für die Pflege einer begrenzten Patientengruppe. Im Unterschied zur Funktionspflege oder Formen der Bereichspflege (z.B. der Gruppenpflege), übernimmt ausschließlich die Primary Nurse die Verantwortung für die Aufnahme des Patienten und die anschließende Pflegeplanung – somit also für den gesamten Pflegeprozess bis hin zur Entlassung. Ist die Primary Nurse nicht im Dienst, übernimmt eine Associate Nurse (vertretende Pflegekraft) die Aufgaben. Sie hält sich dabei strikt an die Vorgaben der Primary Nurse.

Pflegerat im Profil

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.

„Berufsverbände“, da sind sich die Verantwortlichen beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) sicher, „bilden in modernen Gesellschaften ein wichtiges Element im System gesellschaftlicher Willensbildung und Interessensvertretung.“ Ganz besonders gilt das wohl für die Gesundheitswirtschaft, wo sich eine Vielzahl von Interessensvertretern tummeln – und mitunter beharken. Geht es um die Belange der Pflege, kommt keiner am DBfK vorbei. 1903 von Agnes Karll in Berlin gegründet, arbeitet der DBfK heute in fünf Regionalverbänden und unter Federführung des Bundesverbandes, der Gründungsmitglied des Pflegerates ist. „Die größte Herausforderung für die Pflege im 21. Jahrhundert wird sein, den eigenen Nachwuchs zu sichern“, betont Franz Wagner, DBfK-Bundesgeschäftsführer und Vize-Präsident des Pflegerates. Die demografischen Entwicklungen führten nicht nur zu immer älteren Menschen. „Sie bringen auch immer weniger junge Berufseinsteiger mit sich.“ Dass Gesellschaft und Politik dies endlich erkennen und gegensteuern, gehört zu den wichtigsten Aufgaben des Verbandes, der auch mutige Visionen nicht scheut. So heißt es etwa im „Aktionsprogramm 2010“ des DBfK: „Es gibt im Gesundheitsministerium ein Ressort ‚Pflege‘, das von einer/einem Pflegenden geleitet wird.“

■ www.dbfk.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



Prof. Heinz Lohmann
Berater in der Gesundheitswirtschaft
Vorsitzender der
„Initiative Gesundheitswirtschaft“

Porträt Heinz Lohmann

Der Austausch mit ihm ist ein Gewinn. Vor allem dann, wenn es um seine Lieblingsthemen geht: die moderne Kunst und die Gesundheitswirtschaft. Letztere umfasse auch die rund 1,2 Millionen Pflegefachkräfte in Deutschland, deren Arbeit er sehr schätzt. Im Streit um neue Kompetenzen empfiehlt Heinz Lohmann den Pflegenden aber: „Konzentriert Euch auf das, was Ihr könnt.“

➔ Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, leitende Tätigkeiten in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Sektor, 13 Jahre im Vorstand des ehemaligen Gesundheitsunternehmens LBK Hamburg GmbH, heute Berater in der Gesundheitswirtschaft und Gesellschafter eines Kongressveranstalters, Lehre an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg, daneben wissenschaftlicher Leiter des Fachkongresses „Krankenhaus Klinik Rehabilitation“ im Rahmen des „Hauptstadtkongresses“, Autor zahlreicher Publikationen: Heinz Lohmann hat viel gemacht und bewegt noch immer viel. Wer mit ihm spricht – zum Beispiel über die Zukunft der Krankenhäuser – findet Gefallen an der Klarheit seiner Aussagen. „Kliniken müssen sich auf das besinnen, was sie können: Medizin und Pflege“, sagt er. „Den Rest – Logistik, Einkauf, Küche, Reinigung etc. – können sie getrost denen überlassen, die das besser machen.“ Strategische Partnerschaften mit externen Dienstleistern aus Industrie und Services seien ein „Gebot der Stunde“, meint Lohmann. Viele Krankenhäuser

seien sich über ihr Leistungsprofil gar nicht richtig im Klaren. „Wir haben es häufig mit Anbietern von Irgendwie-Medizin zu tun: Es gibt irgendeine Organisation, in der irgendwelche Leute irgendwelche Leistungen für die Patienten erbringen.“ Ziel aber müsse „strukturierte Markenmedizin aus einem Guss“ sein.

Pflegekräfte im Krankenhaus stehen nach Ansicht Lohmanns ebenfalls vor einer Grundsatzentscheidung: „Alles zu beanspruchen als eigene Aufgaben – und damit die eigenen Kompetenzen zu nivellieren. Oder sich auf die Kompetenzen zu konzentrieren, die Pflege auszeichnen. Ich empfehle, den zweiten Weg zu gehen.“ ■

■ DPR-Termin!

Der „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2008“ u. a. mit dem Kongress „Krankenhaus Klinik Rehabilitation“ und dem „Deutschen Pflegekongress“ findet vom 4.–6. Juni 2008 im ICC Berlin statt.
www.hauptstadtkongress.de