

## Neuzuschnitt der Gesundheitsberufe Autonomie und Geld neu verteilen

**In Kürze erscheint das neue Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen. Ein Schwerpunkt wird der Neuzuschnitt der Aufgaben unter den Gesundheitsberufen sein. Der Deutsche Pflegerat verspricht sich davon ein Signal für mehr Eigenständigkeit der Pflegeberufe. Professionell Pflegende müssten endlich als autonome Leistungserbringer in der Gesundheitswirtschaft anerkannt werden. Als Zaungast sei sich die Berufsgruppe zu schade.**

➤ Für die Präsidentin des Deutschen Pflegerats (DPR), Marie-Luise Müller, ist die Sache eindeutig: „Mehr Kooperation im Gesundheitswesen muss damit einhergehen, Autonomie und auch Geld neu zu verteilen“, erklärte sie anlässlich des „Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit 2007“ in Berlin.

Franz Wagner, Vize-Präsident des DPR und Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK), verwies auf das „große professionelle Potenzial“, über das Deutschlands 1,2 Millionen Pflegekräfte mittlerweile verfügen. In den vergangenen 15 bis 20 Jahren seien die Qualitätsansprüche in der Gesundheits- und Krankenpflege enorm gestiegen. So gäbe es heute beispielsweise an Universitäten und Fachhochschulen mehr als 50 verschiedene Pflegestudiengänge. „Über 10.000 Studienabsolventen bringen jeden Tag ein fundiertes Pflegewissen in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ein.“

Müller betonte, eine besondere Herausforderung der nächsten Jahre sei die Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen. „Kommt es hier zu keinem Durchbruch bei Prävention und medizinisch sinnvollen Therapien, wird der Anteil älterer Menschen mit

Demenz im Jahre 2020 bei rund 1,4 Millionen und im Jahr 2050 bei etwa 2,3 Millionen liegen.“ Die Medizin allein werde diese Aufgabe nicht stemmen können. Längst würden Untersuchungen belegen, dass etwa mit dem Einsatz von präventiven Hausbesuchen durch Pflegekräfte potenzielle Gefahren wie Weglauftendenz, Stürze, Bewegungsarmut und Depressionen reduziert werden können. „Hierzu bedarf es pflegerischer, gerontopsychiatrischer, psychologischer und physiotherapeutischer Erkenntnisse“, so Müller. Professionelle Pflege müsse endlich als „eigenständiger Leistungserbringer“ im Gesundheitswesen anerkannt werden. „Die heutige Reglementierung des Gesundheitsmarktes durch das ausschließliche Verordnungsmonopol der Ärzte und die mangelhafte Ausstattung der Vergütungen in der Pflegeversicherung schließen das fachlich hochwertige Pflegesystem vom Marktzugang aus.“ Das müsse sich ändern. „Pflege muss künftig auf gleicher Augenhöhe mit der Medizin agieren können. Als Zaungast ist sich dieser stolze Berufszweig zu schade.“ ■

■ Weitere Informationen:  
Deutscher Pflegerat e.V.  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)

## Editorial



## Gesprächsbedarf

In deutschen Kliniken und Krankenhäusern ist die Umsetzung der DRG-Finanzierung weit fortgeschritten. Der Deutsche Pflegerat hat von Beginn an alle Beratungen und Gremien zu diesem Thema tatkräftig unterstützt. Mit der Umsetzung der DRG-Finanzierung wird jedoch deutlich, dass diagnosebezogene Erlöse nicht in jedem Fall in ausreichendem Maße erforderliche Pflegeleistungen berücksichtigen, die z.B. in Nebendiagnosen oder nicht ausreichend dokumentierten Pflegeproblemen beinhaltet sind. Deshalb hat der DPR bei der für die DRG-Umsetzung zuständigen „InEK“ Gesprächsbedarf angemeldet und ein Projekt konzipiert. Unter wissenschaftlicher Leitung werden mittel- bis langfristige Analysen durchgeführt, die anschließend mit Hilfe von Pflegeindikatoren zur Verbesserung der Situation beitragen sollen. Pflegemanager/innen in deutschen Krankenhäusern sind aufgerufen, sich an dem Projekt zu beteiligen. In der ersten Phase ist keine aktive Mitarbeit erforderlich, sondern lediglich eine Gebühr zu entrichten, die für eine gründlichen Recherche und ein Analysepaket genutzt wird. Ich möchte Sie herzlich bitten, sich an diesem wichtigen Projekt zu beteiligen.

Hedwig François-Kettner  
Präsidiumsmitglied im Deutschen Pflegerat

## Nachrichten

### Pflege besser vergüten

— Mehr Anerkennung und eine bessere Vergütung der Leistungen von Pflegefachkräften fordert der Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes (DPV), Rolf Höfert. Während sich die Metallbranche nach Abschluss ihrer Tarifverhandlungen über 4% mehr Einkommen freue, habe es die Pflegeszene mit weiter sinkenden Gehältern zu tun. „Qualität wird hoch geschrieben, aber niedrig finanziert“, kritisiert Höfert. Die politisch Verantwortlichen müssten sich endlich der Frage zuwenden, wie angesichts des demografischen Wandels eine pflegerische Versorgung künftig sichergestellt werden kann. Das politische Interesse gelte derzeit ausschließlich „Kindertagesstätten und dem Bauchumfang der Bürger“.

### Kompromiss bei Pflegereform

— Die Große Koalition hat sich auf eine Erhöhung des Pflegebeitrags um 0,25 Prozentpunkte zum 1. Juli 2008 verständigt. Im Gegenzug sollen schon zum 1. Januar die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung um 0,3 Prozentpunkte gesenkt werden. Außerdem sollen zusätzliche Leistungen für Demenzerkrankte und für die ambulante Pflege bereit gestellt werden.

### „Schwarze Schafe“ benennen

— Der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages hat sich für eine bessere Betreuung pflegebedürftiger Menschen in Heimen eingesetzt. Eine entsprechende Petition wurde am 23. Mai dem Bundesgesundheitsministerium sowie den Fraktionen im Bundestag und in den Landtagen weitergeleitet. In der Eingabe wird kritisiert, dass die bei Kontrollen aufgedeckten Mängel in Pflegeheimen nicht veröffentlicht werden dürften und nicht einmal die Angehörigen der Betroffenen informiert würden.

## Interview mit Dirk Hunstein

### Ohne Pflege kein optimales DRG-System

**Diagnosebezogene Fallgruppen sind der Versuch, Patienten nicht mehr wie früher nach der Dauer der Liegezeit abzurechnen, sondern den „Fall“ entsprechend dem Schweregrad seiner Diagnose(n) zu vergüten. Bislang sind die Fallpauschalen aber eine rein medizinische Angelegenheit. Pflegeleistungen würden nicht hinreichend abgebildet, betont Pflegewissenschaftler Dirk Hunstein.**

**Herr Hunstein, Akutkrankenhäuser rechnen ihre Leistungen seit Januar 2004 nach diagnosebezogenen Fallgruppen – G-DRGs – ab. Die Vergütung soll „leistungsgerecht“ und „ressourcenbezogen“ erfolgen. Eine wichtige Leistung beziehungsweise Ressource in einem Krankenhaus ist die Pflege. Wird der geleistete Pflegeaufwand in dem System derzeit ausreichend berücksichtigt?**

**Hunstein:** Erstaunlicherweise spielen Pflegedaten bei der Zuweisung des Patienten zu einer Fallgruppe überhaupt keine Rolle. Auch bei der Kalkulation der Kosten je Fallgruppe werden sie nicht ausreichend berücksichtigt. Die Pflegepersonalregelung (PPR) kann zwar für die einmal jährlich stattfindende Kostenberechnung genutzt werden. Sie umfasst aber nur Leistungen, die in der Zeit von 6:00–20:00 Uhr erbracht werden. Dadurch bleibt fast die Hälfte des Tages unberücksichtigt. Außerdem entspricht sie inhaltlich längst nicht mehr einem modernen Pflegeverständnis und den damit verbundenen Pflegeleistungen. Für eine Kalkulation des Pflegeaufwands in Minuten, der sich dann in Kosten pro Tag und Fall umrechnen lässt, ist sie also nicht geeignet. Außerdem gibt es mittlerweile genügend Belege dafür, dass sich das, was Pflegendes tun, nicht linear von der ärztlichen Diagnose ableiten lässt. Gemeinsam mit der Universität Witten/Herdecke haben wir beispielsweise untersucht, welche pflegerischen Tätigkeiten bei Patienten

mit Myokardinfarkt durchgeführt werden. Laut DRG-Systematik müsste der Pflegeaufwand bei allen Patienten mit der gleichen Diagnose in etwa gleich sein. In der Studie kam es allerdings vor, dass Patienten, für deren Behandlung die geringste Vergütung gezahlt wurde, den mit Abstand höchsten Pflegeaufwand aufwiesen. Kurzum: Der Pflegeaufwand ist nicht primär abhängig von der ärztlichen Diagnose, sondern von der Pflegebedürftigkeit!

**Warum ist es so schwer, den Pflegeaufwand in den DRGs abzubilden?**

Häufig wird bei der Ermittlung des Pflegeaufwands lediglich auf die erbrachten Leistungen geschaut. Die Reduktion auf die Leistungen birgt aber die Gefahr einer Abwärtsspirale: Wenn beispielsweise zu wenig Personal vorgehalten wird, können erforderliche Leistungen nicht erbracht werden. Aus der Dokumentation wird nur erkennbar, dass weniger Leistungen erbracht wurden. Daraus ließe sich folgern, dass auch der Leistungsbedarf gesunken ist und daher noch mehr Personal abgebaut werden kann. Diese Diskrepanz kann nur dann widerlegt werden, wenn der Nachweis gelingt, dass der Bedarf zwar vorhanden war, dieser aber nicht gedeckt werden konnte. Auch konnten wir in Studien nachweisen, dass es nicht die Tätigkeit als solche ist, die den (Zeit-)Aufwand verursacht, sondern der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit – was eigentlich selbstverständlich ist, aber immer wieder ignoriert wird.

Um den Pflegeaufwand messen zu können, muss zuerst erfasst werden, wie pflegebedürftig ein Patient ist. Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit lassen sich zum Beispiel durch Pflege-diagnosen oder über die Messung von Patientenfähigkeiten ausdrücken. An dieser Stelle kommen Assessment-instrumente ins Spiel.

#### Was hat es damit genau auf sich?

Die Instrumente dienen im Wesentlichen der strukturierten und standardisierten Erfassung von Patientenfähigkeiten und -zuständen sowie einer abschließenden Bewertung. Dabei geht es nicht um umständlich ausformulierte Problembeschreibungen, sondern um eine kurze Einschätzung (Messung) der Fähigkeiten und der Beeinträchtigung eines Patienten. Sie kennen dies von Dekubitus-Risiko-Skalen, in denen ebenfalls verschiedene Fähigkeiten und Zustände mit Zahlenwerten ausgedrückt werden und bei denen am Ende ein Diagnosevorschlag generiert wird: Dieser Patient hat ein erhöhtes Risiko, einen Dekubitus zu bekommen – und jener Patient nicht. Aus dem Assessment lassen sich dann die erforderlichen Maßnahmen ableiten und begründen. Wenn ich beide Informationen habe – den Patientenzustand und die Pflegeintervention – kann ich letztendlich auch den Pflegeaufwand bestimmen. Aus dieser Verknüpfung von Patientenfähigkeiten und Pflegeinterventionen resultiert übrigens ein wichtiger Nebeneffekt, denn so kann auch die Qualität der Leistungserbringung nachgewiesen werden: Ohne eine Einschätzung des Dekubitusrisikos wusste ich bisher nur, dass ein Patient gelagert wurde. Mit der Einschätzung des Dekubitusrisikos aber wird aus diesem Sachverhalt die Information: „Erfolgreiches Verhindern eines Dekubitus“. Dieser qualitative Aspekt wurde bei der Pflegeaufwandsmessung bisher stets vernachlässigt, stellt aber ein

wichtiges Kriterium dar, denn so lässt sich bewerten, mit welchem Aufwand welches Ergebnis erreicht wurde.

#### Das alles ist leicht gesagt, aber schwer umgesetzt.

In der Tat. Denn Assessmentinstrumente, die auf der einen Seite so praxisnah und pragmatisch sind, dass sie auch in Zeiten hoher Arbeitslasten eingesetzt werden können und auf der anderen Seite nachweisen können, dass sie den üblichen wissenschaftlichen Gütekriterien entsprechen, sind im akutstationären Bereich noch äußerst rar. Aber es gibt sie und sie werden auch genutzt, wie man etwa bei uns im Haus, im Klinikum Köln-Merheim und einigen anderen Kliniken in Deutschland sehen kann.

#### Welche Konsequenzen drohen, wenn im Pauschalpreis für die bestimmte Krankenhausleistung der Pflegeaufwand nicht adäquat einberechnet ist?

Die Konsequenzen sind einfach, aber dramatisch: Sofern es der Pflege nicht gelingt, ihren Anteil an der Gesundheitsversorgung zu quantifizieren, geht der massive Stellenabbau im Pflegebereich weiter. Mit „quantifizieren“ meine ich sowohl den ökonomischen als auch den qualitativen Anteil. In den USA etwa ging mit Einführung der DRGs ein massiver Stellen- und Qualitätsverlust in der Pflege einher. Erst nachdem in Studien nachgewiesen werden konnte, dass die Zahl der Komplikationen, wie Mortalität, Dekubitalulzera, Pneumonien, Infektionen etc. zugenommen hatte, wurde mühsam gegengesteuert. Leider machen wir in Deutschland vieles nach, anstatt aus den Fehlern der anderen zu lernen. Dabei geht es nicht vorrangig um mehr Geld im Gesundheitssystem, sondern darum, dass die Pflege den Anteil am Kuchen erhält, der ihr zusteht. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.



Dirk Hunstein (44), Krankenpfleger und Diplom-Pflegewirt ist als Abteilungsleiter der HSK Pflegeforschung/-entwicklung an der HSK Dr. Horst Schmidt Klinik in Wiesbaden tätig. Für den Deutschen Pflegerat begleitet er als wissenschaftlicher Berater die aktuelle Projektinitiative zur „adäquaten Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System durch Pflegeindikatoren“.

## ■ DPR-Initiative

Der Pflegerat hat eine Projektinitiative zur „adäquaten Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System durch Pflegeindikatoren“ gestartet. In dieser Initiative soll im ersten Schritt ein Modell entwickelt werden, wie der Pflegeaufwand in den einzelnen DRGs besser erfasst werden kann. Hunstein: „Was wir heute schon wissen, ist, dass es Indikatoren für einen erhöhten Pflegeaufwand gibt. Hierzu gehören sicher Daten zu Patientenfähigkeiten und Pflegeleistungen. Mit welchen Instrumenten diese aber erhoben werden sollen, wie diese Indikatoren konkret aussehen sollen und wie gut sie geeignet sein werden, den Pflegeanteil in den DRGs abzubilden, muss im zweiten Schritt untersucht werden. Damit hätten wir die Chance, weltweit erstmalig die Pflege in einem DRG-System abzubilden.“ Infos: [www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)

## Pflegerat im Profil

### Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (BA) e. V.

Im Jahr 2003 befand der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen in seinem Gutachten: „Pflege wird nach allgemeiner Einschätzung in immer höherem Maße zu einer der wichtigsten Leistungen des Staates an seine Bürger. Unumstritten ist, dass diese Leistungen hohes Qualitätsniveau erfordern.“ Zwei Sätze, die so auch aus der Feder der Mitglieder im Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (BA) e. V. hätten stammen können. „Professionelle Pflege in Deutschland ist ein Dienstleistungsangebot auf dem Gesundheitsmarkt“, sagt Vorsitzender Michael Breuckmann. „Pflegequalität ist eng verknüpft mit Qualität der pflegeberuflichen Bildung. Dafür machen wir uns stark.“ Im BA engagieren sich Lehrerinnen und Lehrer an Pflegeschulen, Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, Dozentinnen und Dozenten an Berufsfachschulen, an Fort- und Weiterbildungsstätten, Professorinnen und Professoren an Fachhochschulen und Universitäten mit Pflegestudiengängen sowie Studierende der Pflege. Der BA ist Gründungsmitglied des DPR. In einer Zeit, in der das Gesundheitswesen gesellschaftspolitisch auf dem Prüfstand stehe, dürfe Pflege nicht zum „Spielball“ werden. Sie müsse vielmehr als „eigenständige Profession“ anerkannt werden.

■ [www.ba-ev.de](http://www.ba-ev.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](http://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](http://www.heilberufe-online.de)

**Verlag:** Urban & Vogel GmbH, Neumarkter Str. 43, 81673 München, Tel.: 089 43721300, Fax: 089 43721399, [www.urban-vogel.de](http://www.urban-vogel.de)



Prof. Dr. Doris Schiemann (60)  
Fachhochschule Osnabrück  
Fakultät Wirtschafts-  
und Sozialwissenschaften

## Porträt Doris Schiemann

**Doris Schiemann wollte eigentlich Kunst studieren und Malerin werden. „Aber das ließ sich in der Familie nicht durchsetzen.“ Also ging sie in die Pflege. Bereut hat sie den Schritt nie. Warum auch. Sprosse für Sprosse ist sie auf der Karriereleiter nach oben gestiegen. In diesem Jahr wird sie mit dem Pflegepreis des Deutschen Pflegerates ausgezeichnet.**

➔ Doris Schiemann bildete sich erst zur Stationsleiterin weiter, arbeitete dann in der Intensivpflege und studierte Lehramt und Erziehungswissenschaften. 1993 promovierte sie zum Thema „Postnatales In-Rooming“. Noch im gleichen Jahr wurde sie von der Fachhochschule Osnabrück zur Professorin für Pflegewissenschaft berufen. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit ist seither die Qualitätsentwicklung. „Den meisten Pflegenden ist durchaus klar, dass sie einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten können. Es bestand aber lange Zeit Unsicherheit darüber, welche Instrumente und Methoden wirksam sind.“ Damit sich das ändert, betreibt Schiemann gemeinsam mit einem hochkarätig besetzten Lenkungsausschuss den Aufbau des „Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege“ (DNQP). Fünf „Nationale Expertenstandards“ hat das Netzwerk mittlerweile veröffentlicht. „Für viele Einrichtungen stellt die Einführung der Standards eine wichtige Grundlage zur kontinuierlichen Weiterentwicklung von Pflegequalität dar.“ Im Oktober will die Konsensuskonferenz des DNQP ihren neuen Standard zum

Thema „Menschen mit chronischen Wunden“ vorstellen. Wie seine Vorgänger, ist auch dieser Standard allein von Pflegeexperten entwickelt worden. Dennoch besteht großes Interesse an einem intensiven Fachdialog mit anderen Berufsgruppen, sagt Schiemann. So werde die Bundesärztekammer bei jedem Standard um eine Stellungnahme gebeten. „Damit erfahren unsere Standards die Akzeptanz durch die Mediziner vor Ort.“ Selbstverständlich ist dem DNQP auch die enge Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat. „Das gemeinsame Auftreten und das Einvernehmen über die Methodik und Inhalte der Expertenstandards innerhalb und außerhalb der Berufsgruppe werden sehr genau beobachtet und fördern ihre Legitimation.“ ■

### ■ DPR-Termin

Verleihung des „Deutschen Pflegepreises 2007“ an Prof. Dr. Doris Schiemann im Rahmen der Eröffnung der 6. Internationalen Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft am 25. September in Nürnberg.

[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)  
[www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)