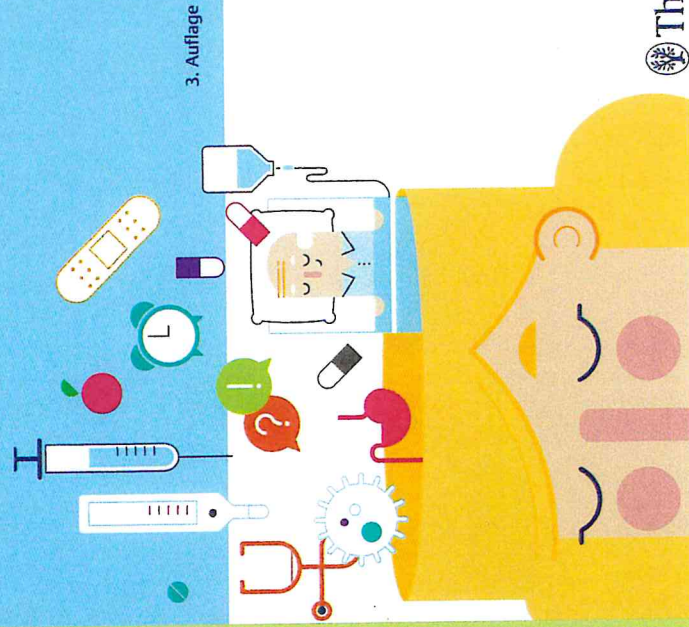


Pflegeassistenten

Lehrbuch für die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe und Altenpflegehilfe



3. Auflage

Thieme

1.1 Die Entwicklung der Pflege und der Pflegeausbildung

Die Geschichte der Krankenpflege ist so alt wie die Geschichte der Menschheit. Bereits vor 100.000 Jahren haben die **Urmenschen** Pflege als „**Brutpflege**“ ausgeübt. Sie beschränkten die Pflege zunächst auf die Versorgung des Nachwuchses. Ab der **mittleren Steinzeit** finden sich jedoch auch Beweise dafür, dass Menschen **untereinander Krankenpflege** ausgeübt haben.

Krankenpflege gehörte zum grundlegenden Können der Menschen in der Urgesellschaft. Sie war eine Form der gegenseitigen Hilfe. Erst später entwickelte sie sich zu einer speziellen Form der Heilbehandlung (Wolff u. Wolff 2008). 1938 wurde erstmals die Krankenpflegeausbildung in Deutschland gesetzlich geregelt. Somit reicht die Geschichte der **geregelten Ausbildung** erst **circa 80 Jahre** zurück.

Erste Krankenpflegeschulen entstehen. Die ersten öffentlichen Krankenpflegeschulen sind auf das Bestreben von Ärzten hin entstanden. Diese wollten dem Krankenpflegepersonal die Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die besonders für die gewissenhafte Beobachtung und Assistenz im Rahmen ärztlicher Diagnostik und Therapie erforderlich waren. Besonders bekannt und Vorbild für weitere Schulgründungen war die von dem Mannheimer Arzt und Hebammen-Lehrer **Franz Anton Mal 1781** gegründete „**Krankenwärter-Schule**“ in **Mannheim**.

Der Einfluss von Ärzten auf die Krankenpflegeausbildung blieb lange Zeit entscheidend und hat maßgeblich das pflegerische Berufsverständnis geprägt. So wurde in der ersten reichseinheitlichen Regelung der Krankenpflegeausbildung von 1938 die Leitung einer Krankenpflegeschule verpflichtend einem Arzt übertragen. Erst 1985 wurde durch das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege die **alleinige Leitung einer Schule durch eine Unterrichtschwester oder einen Unterrichtspfleger** möglich. Das Krankenpflegegesetz von 2003 schrieb vor, dass für die **Leitung und hauptamtliche Lehrtätigkeit Fachkräfte mit abgeschlossener Hochschulausbildung** erforderlich sind (Hundenborn 2004).

2017 wurde das **Pflegeberufegesetz (PflBG)** im Bundestag verabschiedet, das am 1.1.2020 in Kraft trat. Mit dieser grundlegenden Reform wurden die Ausbildungen in der Altenpflege, in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer **generalistischen Pflegeausbildung** zusammengeführt. Erstmals in der Reformgeschichte der Pflegeausbildung werden **bundes einheitliche Rahmenpläne** vorgelegt. Diese dienen den Ausbildungsstätten und den Ausbildungsträgern für die eigene curriculare Entwicklung der Ausbildung als Orientierungshilfe. Damit soll eine **bundes einheitliche Ausbildung** sichergestellt werden.

Neu ist auch, dass zum ersten Mal bestimmte Tätigkeiten festgelegt wurden, die nur dreijährig ausgebildete Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern ausführen dürfen. Diese **vorbereiteten Tätigkeiten** der Pflege sind z. B. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfes des Pflegeempfängers und die Steuerung des Pflegeprozesses.

Die neue generalistische Pflegeausbildung wird in anderen EU-Mitgliedstaaten anerkannt werden.

Pflegende entwickeln die Lehrpläne mit. Krankenpflegepersonen erhoben schon früh die Forderung, dass nicht allein ärztliches, sondern auch pflegespezifisches Wissen Grundlage der Ausbildung sein muss. Dementsprechend wurden die Pflegenden frühzeitig in die Lehrplanentwicklung bzw. in die Auszubildungsgestaltung einbezogen. Im Jahr 1908 meldete **Agnes Karll**, eine der Begründerinnen der freiberuflichen Krankenpflege in Deutschland, diesen Anspruch an, jedoch wurde dieser Forderung erst Jahrzehnte später mit den Krankenpflegegesetzen von 1985 und 2003 entsprochen.

Auch die Dauer der Krankenpflegeausbildung sowie das Verhältnis von theoretischer und praktischer Ausbildung wurden seit den Anfängen einer geregelten Ausbildung in der Krankenpflege immer wieder kontrovers diskutiert. Die erste staatliche Ausbildungsregelung mit einer entsprechenden Prüfung war das 1938 verkündete „Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege“ mit den entsprechenden Durchführungsverordnungen.

Die Stundenzahlen für den ärztlichen Unterricht wurden jedoch erst mit dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege von 1985 zugunsten der Stundenzahlen für das Fach Krankenpflege deutlich reduziert.

Berufspolitik ist off fremdbestimmt. Nicht nur der Beruf selbst, sondern auch die Berufsausbildung sind in der Vergangenheit in hohem Maße durch andere Berufsgruppen und berufsrechtliche Instanzen mitbestimmt worden. Bis heute sind auch die Gestaltungsmöglichkeiten für die Ausbildung sowie die Kontrolle von Ausbildung und Berufsausbildung nicht völlig in den Zuständigkeitsbereich der Berufsgruppe übergegangen. So müssen beispielsweise Ausbildungsinteressen und Interessen der Berufsausbildung vor dem Hintergrund zu niedrig festgelegter Pflegeplanstellen aufgegeben oder im Sinne eines Kompromisses entschieden werden.

1.1 Die Entwicklung der Pflege und der Pflegeausbildung

Die Urmenschen übten Pflege in Form von Brutpflege aus.

Ab der mittleren Steinzeit kann Pflege als Form der gegenseitigen Hilfe nachgewiesen werden.

Vor circa 80 Jahren wurde eine geregelte, neuzeitliche Krankenpflegeausbildung ins Leben gerufen.

Erste Krankenpflegeschulen entstehen aufgrund der Initiative von Ärzten. Ziel war es, den Pflegenden Kenntnisse in der Beobachtung und Assistenz im Rahmen ärztlicher Diagnostik und Therapie zu vermitteln.

Seit 1985 war es auch sogenannten Unterrichtsschwester oder -pfleger möglich, eine Krankenpflegeschule zu leiten. Zuvor war dies ausschließlich Ärzten vorbehalten.

Das Krankenpflegegesetz von 2003 schrieb vor, dass Schulleitungen eine Hochschulausbildung benötigen.

Seit dem 1.1.2020 gibt es eine **generalistische Pflegeausbildung**, die die drei bisherigen Pflegeberufe in einem Berufsbild mit der Berufsbezeichnung **Pflegefachfrau/Pflegefachmann** vereint. Neben dem Grundsatz der altersphasenübergreifenden Pflege sind im neuen Pflegeberufesetz auch **vorbereitende Tätigkeiten** definiert.

Erst seit 1985 liegt der Schwerpunkt der Ausbildung auf pflegespezifischem Wissen. Zuvor stand ärztliches Wissen im Zentrum des Unterrichts.

Der Beruf und die Berufsausbildung der Pflegenden wurden in der Vergangenheit durch andere Berufsgruppen und berufsrechtliche Instanzen bestimmt.

1.2 Das Gesundheitswesen

Definition

Den Kern des Gesundheitswesens bilden Personen und Einrichtungen, die Gesundheit erhalten, Krankheiten verhüten oder behandeln.

Merke

Professionell Pflegende sind Teil des Gesundheitssystems. Sie unterstützen Menschen in der Gesundheitsförderung sowie bei akuten und chronischen Erkrankungen und begleiten sie im Sterbeprozess.

1.2.1 Das Gesundheitswesen, ein wichtiger Wirtschaftszweig

Der Gesundheitsmarkt ist ein wichtiger Wirtschaftszweig. Jeder achte Beschäftigte in Deutschland arbeitet im Gesundheitswesen.

1.2 Das Gesundheitswesen

Definition

Das **Gesundheitswesen** oder **Gesundheitssystem** umfasst alle Personen, Organisationen und Einrichtungen, die an der Förderung und dem Erhalt sowie der Prävention und Behandlung von Krankheiten beteiligt sind.

Für viele Menschen ist der Erhalt oder die Wiederherstellung von Gesundheit ein zentraler Lebensinhalt. Ein gewisses Maß an Gesundheit ist die Grundvoraussetzung für alle Lebensaktivitäten. In den letzten Jahrhunderten haben sich daher zunehmend professionelle Strukturen um das Thema Gesundheit herum ausgebildet: Die **Personen und Einrichtungen**, die sich **beruflich** mit der **Erhaltung der Gesundheit** sowie der **Verhütung und Behandlung von Krankheit** befassen, bilden den Kern des **Gesundheitswesens**.

Merke

Mündige Bürger sollten sich mit den Strukturen, Funktionsprinzipien und Akteuren des Gesundheitswesens auskennen. Besonders beruflich Pflegende müssen sich bewusst sein, welche Aufgaben und welche Verantwortung sie als Berufsgruppe für die Gesellschaft übernehmen.

Professionell Pflegende (beruflich Pflegende) sind Teil des Gesundheitssystems und leisten ihren eigenständigen gesellschaftlichen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge, zur Krankheitsverhütung und zur Wiederherstellung von Gesundheit. Sie unterstützen Menschen und helfen bei akuten und chronischen Erkrankungen sowie im Sterbeprozess (Abb. 1.1).

Abb. 1.1 Beruflich Pflegende.



Sie unterstützen Menschen in der Gesundheitsförderung und helfen bei akuten und chronischen Krankheiten. Foto: Alexander Fischer, Thieme

Beruflich Pflegende sind dazu angehalten, Entwicklungstendenzen in der Gesellschaft sowie im Gesundheitswesen wahrzunehmen und sich an zukünftigen gesundheitsbezogenen Bedürfnissen der Bevölkerung zu orientieren. Sie sollten an öffentlich zugänglichen politischen Informationen und Diskussionen zum Thema Gesundheitswesen interessiert sein. Nur wer informiert ist, kann mitreden und mitgestalten.

1.2.1 Das Gesundheitswesen, ein wichtiger Wirtschaftszweig

Gesundheit ist ein kostbares Gut. Mit dem steigenden Wohlstand eines Staates und den wachsenden Ansprüchen der Bevölkerung nimmt auch die Bedeutung des Gesundheitsmarktes zu. Das Gesundheitswesen in Deutschland ist mit Gesamtausgaben von über 375 Milliarden Euro im Jahr 2017 (oder 4544 Euro pro Einwohner) ein bedeutender Wirtschaftszweig. Ende 2017 gab es 5,6 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen. Vor allem bei Frauen ist dieses Arbeitsfeld beliebt. Mehr als 75 % der Beschäftigten sind Frauen. Damit ist heute etwa jeder achte Erwerbstätige in der Gesundheitsbranche tätig und seit dem Jahr 2000 ist die Zahl der Beschäftigten um 1,5 Millionen gestiegen. Zum Vergleich: In der Automobilbranche arbeiten ca. 800.000 Menschen. Laut einer Schätzung des Deutschen Pflegeverbandes sind davon ca. 1,2 Millionen dreijährig ausgebildete Pflegekräfte. Die Bedeutung des Gesundheitswesens wird in den kommenden Jahrzehnten weiter wachsen: Geringe Geburtenzahlen und höhere Lebenserwartungen führen zu einer alternden Gesellschaft in Deutschland. Menschen über 60 werden bald die Mehrheit der Bevölkerung stellen. Viele Beschäftigte werden dann in Rente gehen und die Gesundheitsbranche verlassen.

Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen steigt. Bedingt durch die wachsende Anzahl älterer Menschen und die sich verändernden Familienstrukturen wird der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen weiter ansteigen – ebenso wie die Zahl der an Zivilisations- und Alterskrankheiten (z. B. Diabetes oder Demenz) erkrankten Menschen. Diese Entwicklungen werden Auswirkungen auf die Beschäftigungszahlen der Gesundheitsbranche haben. Ein im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums erstelltes Gutachten prognostiziert für das Jahr 2030 rund 6,7 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen.

Merke

Pflegeberufe haben Zukunft. Aufgrund der höheren Lebenserwartung sowie durch veränderte Familienstrukturen werden Pflegende in Zukunft dringend gebraucht. Jungen Menschen bietet die Pflege gute Chancen auf einen sinn erfüllenden und sicheren Arbeitsplatz.

1.2.2 Institutionen der pflegerischen und medizinischen Versorgung

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein komplexes System mit einer Vielzahl von Institutionen.

- Die medizinische Versorgung der Bevölkerung gliedert sich in 3 wesentliche Bereiche:
- Primärversorgung (ambulante Behandlung und niedergelassene Ärzte)
 - Akutversorgung (stationäre Versorgung in den Krankenhäusern)
 - Rehabilitation (medizinische, berufliche und soziale Leistungen in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen)

Alle medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit werden **stationär, teilstationär oder ambulant in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen** oder in anderen ambulanten und stationären **Gesundheitsinstitutionen** erbracht. Weitere Dienstleistungen werden im häuslichen Umfeld der Patienten und in stationären bzw. teilstationären **Pflegeeinrichtungen** durchgeführt (Abb. 1.2).

Abb. 1.2 Verweildauer.



Durchschnittlich verbringen Patienten etwa 7 Tage im Krankenhaus. Foto: Kösten Oborny, Thieme

Krankenhäuser

Die stationäre Gesundheitsversorgung erfolgt in der Regel in (Akut-)Krankenhäusern oder Versorgung- und Rehabilitationseinrichtungen.

Unter einem **Akutkrankenhaus** versteht man ein Krankenhaus, in dem Patienten stationär oder ambulant behandelt werden und eine Tag-und-Nacht-Aufnahmebereitschaft besteht. Im Jahre 2017 gab es in Deutschland 1942 Kliniken mit ca. 1,24 Millionen Beschäftigten. Im Jahr 2016 wurden 19,5 Millionen Menschen in Krankenhäusern stationär behandelt.

Die Verweildauer im Krankenhaus hat sich infolge neuer Behandlungsmethoden und aus Gründen der Krankenhauskosten senkenden zunehmend reduziert und betrug im Jahr 2016 im **Durchschnitt 7,3 Tage**. Da die Patienten im Vergleich zu früher immer schneller aus den Kliniken entlassen werden, dadurch mehr Patienten behandelt werden können und das Durchschnittsalter der Patienten steigt, ist der pflegerische und administrative Aufwand in den letzten Jahren größer geworden.

Trägerschaft

Der Sozialstaat muss die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten. Die Länder müssen flächendeckend Krankenhauskapazitäten sicherstellen bzw. Sorge tragen, dass andere Träger diese Aufgabe übernehmen können. Die verschiedenen Krankenhaussträger bzw. Krankenhausbetreiber (meist auch Besitzer) werden wie folgt voneinander unterschieden:

Öffentliche Träger. Zu diesen zählen der Bund (z. B. Bundeswehrkrankenhäuser), die Länder (z. B. Universitätskliniken) sowie die kommunalen Träger mit Kliniken in Städten und Gemeinden. Weitere öffentliche Krankenhaussträger sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, welche die berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhäuser betreiben.

Der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen wird auch in Zukunft steigen. Somit steigt auch die Anzahl der Beschäftigten in diesem Bereich. Beruflich Pflegende werden auch in Zukunft gebraucht.

Merke

1.2.2 Institutionen der pflegerischen und medizinischen Versorgung

- 3 wesentliche Bereiche sichern die medizinische Versorgung ab:
- Primärversorgung
 - Akutversorgung
 - Rehabilitation

Pflegerische Leistungen werden stationär, teilstationär oder ambulant in Krankenhäusern, in Rehabilitationseinrichtungen oder in anderen ambulanten und stationären Gesundheitsinstitutionen sowie im häuslichen Umfeld erbracht.

Krankenhäuser

Akutkrankenhäuser können Patienten ambulant und stationär behandeln. Patienten können dort Tag und Nacht aufgenommen werden.

Ein Patient bleibt durchschnittlich 7,3 Tage stationär im Krankenhaus. Der Altersdurchschnitt der Patienten steigt.

Trägerschaft

Es gibt unterschiedliche Krankenhaussträger: öffentliche, freigemeinnützige oder private Krankenhaussträger. Die Länder sorgen dafür, dass flächendeckend Krankenhauskapazitäten vorhanden sind.

Freigemeinnützige Krankenhausbetreiber: sind zum Beispiel die Kirchen (Diakonie und Caritas) oder das Deutsche Rote Kreuz.

Private Krankenhausträger: Bedingt durch die finanziellen Schwierigkeiten haben viele Städte und Landkreise, aber auch Bundesländer ihre Krankenhäuser an private Träger übergeben. Somit ist der Anteil der privaten Krankenhäuser gestiegen, der der öffentlichen Krankenhäuser hingegen hat sich reduziert. Die Zahl der freigemeinnützigen Krankenhäuser ist im Wesentlichen konstant geblieben.

Leistungsvergütung

Die Vergütung der Krankenhausleistung erfolgt über die Krankenversicherung. In den letzten Jahren wurde das Vergütungssystem in das sogenannte DRG-Fallpauschalensystem überführt (DRG: Diagnosis Related Groups).

Definition

DRG-Fallpauschale: In einem diagnosespezifischen Fallgruppenpauschalensystem werden Leistungen, die in einem Krankenhaus für einen Patienten erbracht werden, anhand der Haupt- und Nebendiagnosen des Patienten in eine Fallgruppe eingestuft und danach unabhängig von der Verweildauer vergütet.

Jede Neuaufnahme eines Patienten definiert einen neuen Fall, welcher die weitere Behandlung kennzeichnet. Die Höhe der Fallpauschale richtet sich nach festgeschriebenen Kriterien. Hierbei spielen neben der Grunderkrankung und den Nebendiagnosen auch eventuell eingetretene Komplikationen und individuelle kostenrelevante Abweichungen von der Behandlung eine Rolle. Die festgestellten DRGs werden von dem Leistungsträger „Krankenhaus“ an den Kostenträger „Krankenversicherung“ gemeldet und von diesem bezahlt.

Organisationsstruktur

In Krankenhäusern gibt es unterschiedliche Fachrichtungen und Spezialabteilungen, in denen kranke Menschen ärztliche und pflegerische Hilfeleistung erhalten.

Fachabteilungen

Nach Zielsetzung und gesetzlichem Auftrag ist fast jedes Krankenhaus in verschiedene Fachabteilungen unterteilt, z. B.

- Innere Medizin – sie befasst sich mit der Vorbeugung, Diagnose und (nichtoperativen) Therapie von Krankheiten wie z. B. Herz- und Lungenerkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Stoffwechselerkrankungen oder Bluterkrankungen
- Chirurgie – operative Behandlung von Erkrankungen. Hierbei gibt es unterschiedliche Fachrichtungen wie z. B. Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie oder Herzchirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe – Behandlung von Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Behandlung und Überwachung von Schwangerschaften und Begleitung bei Geburten
- Urologie – Behandlung der harnbildenden und harnableitenden Organe, also von Niere, Harnleiter, Harnblase und Harnröhre
- Onkologie – Behandlung von Menschen mit Krebserkrankungen
- Dermatologie – Behandlung von Menschen mit Hauterkrankungen
- Neurologie – Behandlung von Menschen mit Erkrankungen des Nervensystems
- Psychiatrie – Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Pädiatrie – Kinderheilkunde
- Geriatrie – Behandlung von Krankheiten des alternden Menschen.

Stationen. Jeder medizinische Fachbereich kann in unterschiedliche Stationen unterteilt sein. So kann es beispielsweise im Fachbereich Innere Medizin Stationen geben, auf denen schwerpunktmäßig Menschen mit Herzerkrankungen („Kardiologie“) oder Erkrankungen der Verdauungsorgane („Gastroenterologie“) behandelt werden. Es gibt aber auch multidisziplinäre Stationen, in denen Menschen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern von Spezialisten aus verschiedenen Fachgebieten therapiert werden.

Spezialabteilungen

Neben den Fachabteilungen gibt es weitere Spezialabteilungen:

Ambulanzen. Die meisten Krankenhäuser verfügen über eine Notfallambulanz, die rund um die Uhr besetzt ist. In dieser findet z. B. die Erstversorgung von Notfallmäßig eingewiesenen Patienten statt. Es gibt aber auch Intensivambulanzen, in denen Patienten mit besonderen Problemstellungen zur Vorstellung und diagnostischen Abklärung oder zur Nachbehandlung nach einem stationären Aufenthalt kommen. Die Intensivambulanzen gibt es für vielfältige Fachbereiche wie z. B. in Psychiatrischen Kliniken.

Leistungsvergütung

Krankenhausleistungen werden durch die Krankenversicherung bezahlt.

Definition

Neben der Grunderkrankung und den Nebendiagnosen fließen auch evtl. eingetretene Komplikationen und individuelle kostenrelevante Abweichungen von der Behandlung in die Ermittlung der DRG-Fallpauschale mit ein.

Organisationsstruktur

Fachabteilungen

In der Regel ist jedes Krankenhaus in verschiedene Fachabteilungen unterteilt.

Operationsabteilung. In Operationsabteilungen werden operative Eingriffe unterschiedlicher Fachbereiche durchgeführt. Die technische Ausstattung und der Personaleinsatz während einer Operation sind hoch. Ärzte (Anästhesisten, Chirurgen) und Pflegenden arbeiten eng im Team zusammen. Pflegenden übernehmen die sachgerechte und individuelle Vorbereitung und Nachbetreuung der Patienten (Abb. 1.3). Speziell ausgebildete Operationsplegekräfte assistieren während der Operation. Sie reichen Instrumente und andere Materialien an oder lösen organisatorische Aufgaben. Pflegekräfte, die eine Fachweiterbildung in der Anästhesie und Intensivpflege absolviert haben, sind in Kooperation mit den Anästhesisten für die Vorbereitung, Überwachung und Nachsorge des gesamten Narkoseverlaufes zuständig.

Intensivstationen. Auf Intensivstationen werden Patienten mit schweren bis lebensbedrohlichen Krankheiten oder Verletzungen intensivmedizinisch und intensivpflegerisch behandelt (Abb. 1.3). Die Pflegenden betreuen im Vergleich zu einer Allgemeinstation kleine Patientengruppen und verfügen häufig über eine Weiterbildung zur Fachkraft für Intensivpflege und Anästhesie.

Abb. 1.3 Spezialabteilungen.



Spezialabteilungen innerhalb eines Krankenhauses sind z. B.

- a die Operationsabteilung
- b die Intensivstation

Foto: Kirsten Oberny, Thiene

Ambulante Pflege

Ende 2017 waren laut Pflegestatistik 3,4 Millionen Menschen im Rahmen der Pflegeversicherung als pflegebedürftig eingestuft. 2,5 Millionen wurden zu Hause versorgt, davon 1,76 Millionen alleine durch Angehörige oder andere nahestehende Personen. Ist dies nicht oder nicht vollständig möglich, übernehmen Pflegenden von ambulanten Pflegediensten bzw. Sozialstationen teilweise oder vollständig die häusliche Pflege.

Trägerschaft

Die Einrichtungen der ambulanten Pflege werden häufig von privaten oder öffentlichen Trägern betrieben. Die pflegerische Dienstleistung im häuslichen Umfeld wird gegen Bezahlung erbracht. Die öffentlichen Träger bezeichnen ihre Einrichtungen in der Regel als „Ambulanten Pflegedienst“, die kirchlichen Träger als „Sozialstation“.

Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste hat sich in den letzten 20 Jahren um ca. 30% erhöht, 2017 waren es 14.050.

Leistungsvergütung

Um Leistungen aus der Kranken- bzw. Pflegekasse zu erhalten, schließen die ambulanten Pflegeeinrichtungen einen Versorgungsvertrag mit den Kranken- und Pflegekassen ab. Die erbrachten pflegerischen Dienstleistungen werden nach einem festgelegten Vergütungssystem bezahlt.

Möchte ein Patient die Dienstleistung eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen, muss ein Pflegevertrag zwischen ihm und der pflegerischen Einrichtung geschlossen werden.

Die häusliche Pflege soll die notwendige pflegerische Versorgung gewährleisten, die ambulante ärztliche Behandlung unterstützen und/oder einer Krankenhausbehandlung bzw. stationären pflegerischen Versorgung entgegenwirken.

Merke

Seit 1992 wird alle 2 Jahre eine Pflegestatistik erstellt. Diese enthält sowohl Daten über die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland als auch Daten über Pflegeheime und ambulante Dienste. Ziel ist es, Angebot und Nachfrage nach pflegerischer Versorgung zu erfassen und diese Informationen der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Ambulante Pflege

Die meisten Pflegebedürftigen werden zu Hause von Angehörigen, nahestehenden Personen und/oder von Pflegenden ambulanter Pflegedienste bzw. Sozialstationen versorgt.

Trägerschaft

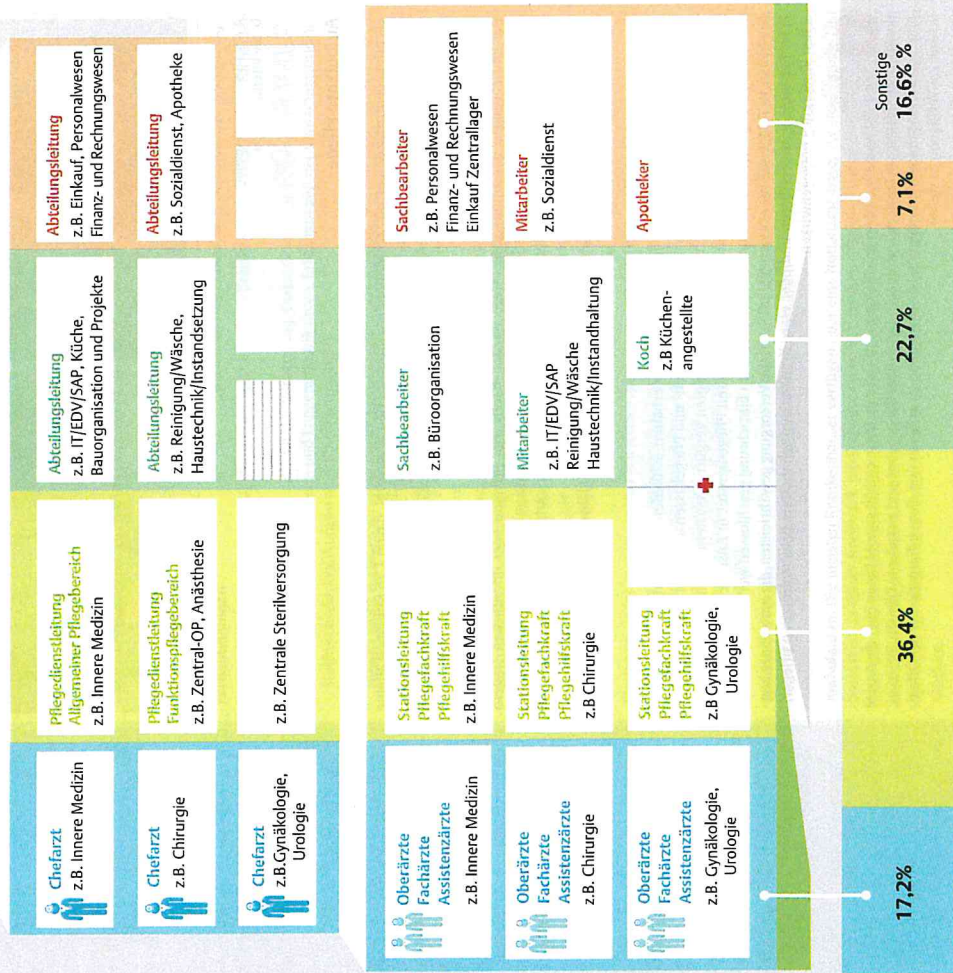
Die Einrichtungen der ambulanten Pflege werden meist von privaten oder öffentlichen Trägern der Freien Wohlfahrtspflege (z. B. Caritas, Diakonie, Deutsches Rotes Kreuz) betrieben.

Leistungsvergütung

Die Leistungen der ambulanten Pflege werden durch die Kranken- oder Pflegeversicherung bezahlt.

Um die Dienste eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen, muss der Patient einen Vertrag mit der ausgewählten Einrichtung abschließen.

Merke



DURCHSCHNITTliches PERSONALAUFKOMMEN IM KRANKENHAUS (Statistisches Bundesamt 2014)

Stationäre Pflegeeinrichtungen

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, den Alltag nicht mehr selbstständig bewältigen zu können und auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Von 3,4 Millionen Menschen, die im Rahmen der Pflegeversicherung als pflegebedürftig eingestuft sind, werden rund 24 % stationär betreut.

Trägerschaft

Die meisten Pflegeheime werden von freien Trägern, viele von privaten und nur wenige von öffentlichen Trägern geführt. Ein Großteil der Altenheime bietet Pflegeleistungen sowohl in vollstationären Pflegeeinheiten als auch in teilstationären Versorgungseinheiten an. In teilstationären Abteilungen werden die Bewohner tagsüber in sogenannten Tagespflegeeinrichtungen versorgt. Besteht bei einem Patienten im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt ein erhöhter Pflegebedarf, steht in einer stationären Einrichtung ein Kurzzeitpflegeplatz zur Verfügung. Dort kann für einen begrenzten Zeitraum eine vollstationäre Versorgung in Anspruch genommen werden. Kurzzeitpflegeplätze werden auch dann häufig genutzt, wenn pflegende Angehörige Erholungsurlaub nehmen möchten.

Leistungsvergütung

Wird ein Mensch pflegebedürftig, hat er aufgrund der gesetzlichen Pflegeversicherung Anspruch auf finanzielle Leistungen. Die Träger der Altenheime schließen sowohl mit den Kranken- und Pflegekassen einen Versorgungsvertrag als auch mit den Heimbewohnern einen Pflegevertrag ab. Die Vergütung der stationären oder teilstationären Pflege wird in Pflegesatzverhandlungen zwischen den Heimträgern und den Kostenträgern ausgehandelt.

Die Pflegeversicherung übernimmt entsprechend der Eingruppierung eines Patienten in einen Pflegegrad eine bestimmte finanzielle Grundleistung. Die Höhe der finanziellen Leistung hängt dabei von der Art der Versorgung, also ambulant oder stationär, sowie vom Umfang der Pflege durch Angehörige oder beruflich Pflegende ab. Leistungen werden auf Antrag, je nach Pflegebedarf, eingestuft und gewährt.

Antragsberechtigt ist ausschließlich der Pflegebedürftige. Die fünf Pflegegrade orientieren sich an der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit von Pflegeempfängern. Menschen gelten laut Pflegeversicherung als pflegebedürftig, wenn sie in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind und für mindestens 6 Monate auf pflegerische oder betreuerische Hilfe angewiesen sind. Im Gesetz wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit in § 14 Abs. 1 definiert: „Pflegebedürftig (...) sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“

Mit dieser Definition wird gesetzlich festgelegt, dass körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen bewertet werden müssen.

Die Einstufung erfolgt auf Antrag bei der Pflegekasse durch den Medizinischen Dienst (MDK). Mit Hilfe eines Begutachtungsassessments (NBA) wird festgestellt, was der Pflegebedürftige noch kann. Der Fokus liegt auf dem Grad der Selbstständigkeit eines Menschen bei Aktivitäten in sechs pflegerischen Bereichen, die mit Punkten bewertet werden.

- **Mobilität:** z.B. körperliche Beweglichkeit, Fortbewegung innerhalb der Wohnung, des Wohnbereichs oder das Überwinden von Treppen.
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Verstehen und Sprechen, Orientierung zu Ort und Zeit, Sachverhalte begreifen, Risiken einschätzen, andere Menschen im Gespräch verstehen.
- **Verhaltensweise und psychische Problemlagen:** z.B. Unruhe in der Nacht, Abwehr pflegerischer Maßnahmen, Ängste und Aggressionen, die für den Betroffenen selbst und andere belastend sind.
- **Selbstversorgung:** z.B. Essen und Trinken, selbstständiges Waschen und Anziehen, Benutzung der Toilette.

• **Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Belastungen:** z.B. die Fähigkeit, Medikamente selbst einnehmen zu können, Blutzuckermessungen selbst durchzuführen und interpretieren zu können; die Fähigkeit mit Hilfsmitteln zurechtkommen; selbstständige Arztbesuche.

• **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** z.B. den Tagesablauf selbstständig gestalten zu können; mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und soziale Angebote ohne fremde Hilfe wahrnehmen können.

Die Differenz zwischen den Kosten für den Heimplatz und dem Betrag, den die Pflegeversicherung finanziert, muss der Bewohner selbst zahlen.

Da viele alte Menschen nicht über eine ausreichende Rente oder genügend Privatvermögen verfügen, um diesen Differenzbetrag aufzubringen, sind Sozialhilfeträger neben den Pflegekassen die wichtigsten Kostenträger.