



Die Zukunft der Pflege und ihre gesellschaftliche Bedeutung



Pflegemanagementkongress

Sonja Laag

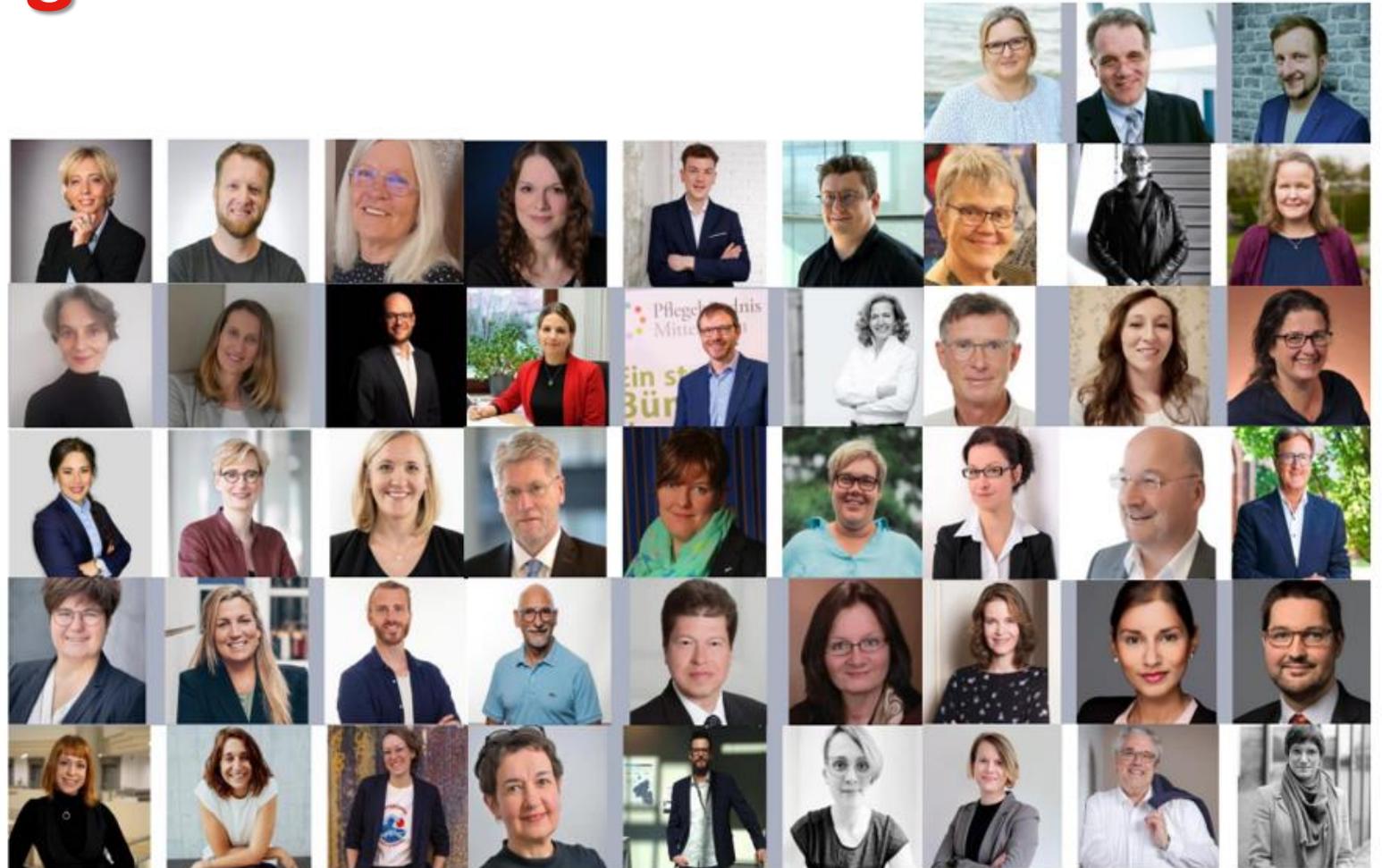
IPAG e.V.

Think Tank



Wer sind wir? Irgendwie ein Zufall...

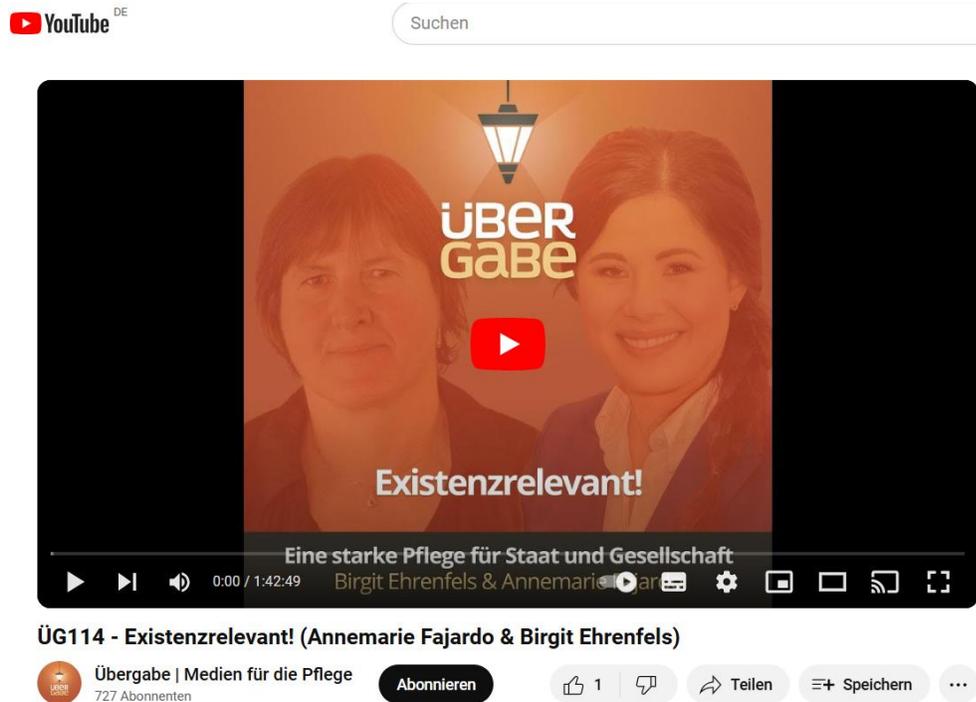
- **Think Tank** (gemeinnütziger Verein)
- Jeder bringt sich **ehrenamtlich** ein
- seit 2021 (gewachsen – aktuell 50)
- interprofessionell ausgerichtet, (derzeit noch v.a. pflegerisch besetzt)
- Wir arbeiten pflegerisch v.a. in der stationären & ambulanten Langzeitpflege, Dialyse, Krankenhaus, Beratung, Kommune, Hochschule
- Des weiteren arbeiten wir als Therapeut:innen, Ökonom:innen, Hauswirtschaftlerin, Gerontolog:in; Jurist & Krankenkassenmitarbeiterin
- Viele sind (berufs-)politisch aktiv



<https://www.i-pag.de/ueber-uns/>



Gesellschaftliche Bedeutung „der Pflege“



- Existenzrelevant.
- Differenzierung notwendig (wer ist überhaupt mit „Pflege“ gemeint?)
- „Aufhol-Jahrhundert“.



Aufriss

- Wandel ist jeden Tag.
 - > Was ist die Haupterzählung, was ist die Nebenerzählung?
- Es gab schon immer mehr „Leistungen“ als „Geld“.



Klimaveränderungen

Care Share ist kurz- mittel- und langfristig



Foto: Sonja Laag / Travemünde

Bewirken einander

Klima

- „gesammelte“ Wetter über längeren Zeitraum

Wetter

- bestimmter Zeitpunkt an einem bestimmten Ort durch vielfältiges Faktorengeschehen

„Wetter- & Klimamacher“

- Erdvoraussetzungen
- Menschliches Handeln



„Klimawandel“ im Gesundheitssystem

Finanzieller Druck war immer

Beitragsatzstabilität

„Solidarische Wettbewerbsordnung“

Zukunft

Wir müssen wissen,
wer und wie wir sein wollen...

Strukturen
angelegt
Arztpraxen
Krankenhäuser
Krankenkassen
Selbstverwaltung

Sozial-
korporatistisches
Paradigma
/
Regulierungs-
paradigma

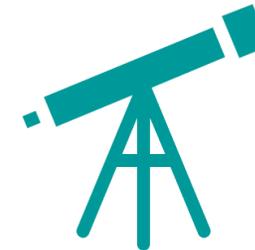
Über-
regu-
lierungs-
krise

Apertistischer
Liberalismus
/
Dynami-
sierungs-
paradigma

Pflegeversicherung

Über-
dynami-
sierungs-
krise

Einbettender
Liberalismus?



Modernisierungsgesetze →

1850 →

1945

1970

1980

2010

2020

2030

2040

Paradigmendarstellung nach Andreas Reckwitz (2020):

6 Das Ende der Illusionen - Politik, Ökonomie und Kultur in der Spätmoderne

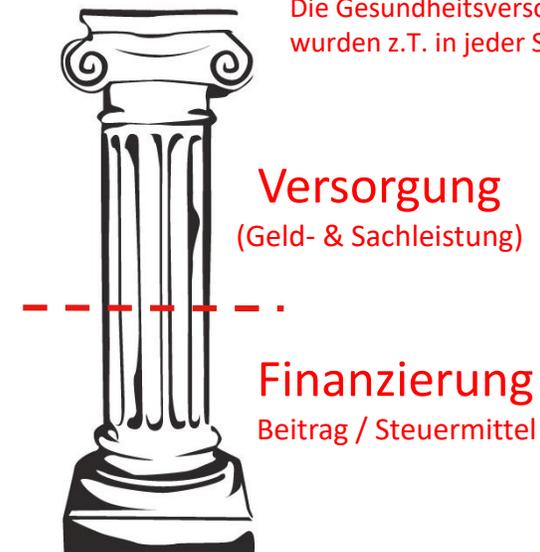


Versorgungssystem ist im „Lock-in-Effekt“



Allgemeine Grundsätze / Administration

Es fehlt an Mut, Wissen und Willen, neue große Linien zu denken.



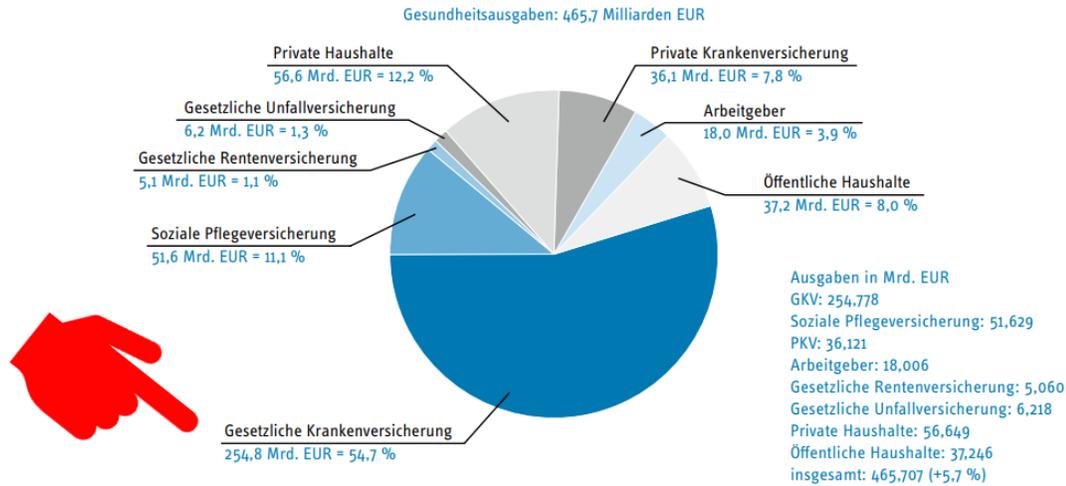


Gesundheitsausgaben-Korsett

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern

in Milliarden EUR und Anteil in Prozent

2021

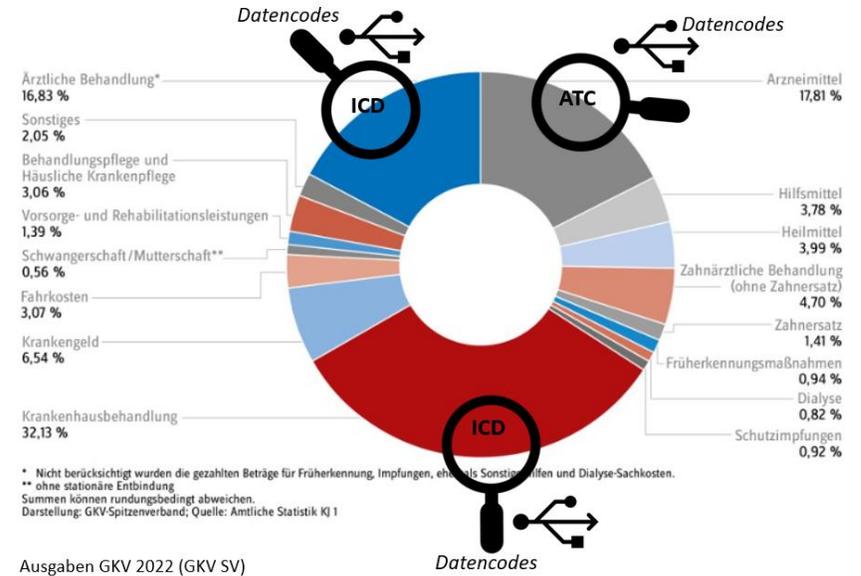


BIP in jeweiligen Preisen (saison- und kalenderbereinigte Werte nach X13) 2021: 3.592.516.000.000 EUR

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: StBA.

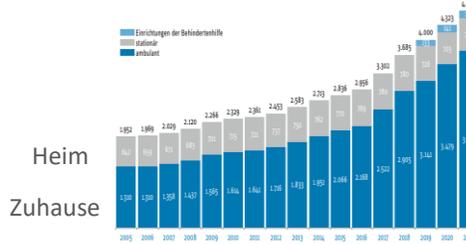
Anteil Gesundheitsausgaben am BIP: 13,0 %

Quelle: vdek 2024



SPV - Leistungspfängerinnen

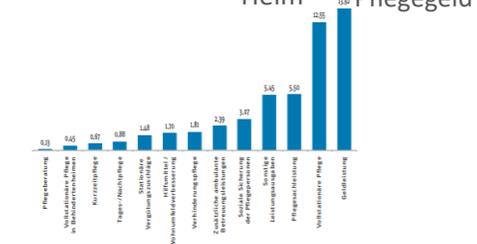
ambulant, stationär und Einrichtungen der Behindertenhilfe in Tausend
2005 - 2022



Heim
Zuhause

SPV - Ausgaben nach Leistungsbereichen

in Milliarden EUR
2021





Wo stehen unsere „Werte“?

Beatmung

14 WISSEN

Neigung zur Übertherapie

Mehr als jeder zehnte Mensch stirbt in Deutschland an der Beatmungsmaschine – ein Zeichen falscher Anreize und Strukturen in der Medizin, klagt der Intensivarzt Christian Karagiannidis.

Interview: Werner Bartens

Es ist ein Weckruf. Der Intensivmediziner Christian Karagiannidis von der Lungenklinik Köln-Merheim und der Universität Witten/Herdecke warnt: Wir beatmen zu viele Menschen, bei denen es keine realistische Aussicht auf einen Rückkehr in das Leben gibt. In Deutschland stirbt jeder Zehnte beatmet auf der Intensivstation – viel mehr als in den meisten industrialisierten Ländern. Im Fachmagazin *The Lancet Regional Health – Europe* hat ein Team um Karagiannidis die Daten von mehr als einer Million Patientinnen und Patienten ausgewertet, die in den vier Jahren von 2019 bis 2022 in Deutschland beatmet wurden. Was in falsch läuft, warum Beatmung und weshalb der Tod noch ist, erklärt Karagiannidis.

SZ: Herr Karagiannidis, Sie konkret? Christian Karagiannidis wagt es, über 80-Jährige. Das ist fünfmal so viele wie in Kana... ist extrem hoch. Das hohe Alter – aber die schlechtesten Strukturen, Krankenhäuser haben.

Jeder zehnte Mensch s... mungsmaschine, habe... Ja, das ist enorm. Elf Pro... der Durchschnitt. In 70 Jahren sind es sogar... die an einem Beatmung... ist wahnsinnig viel. Be...

In Umfragen geben fast alle Menschen an, friedlich zu Hause sterben zu wollen. In der Realität sieht es dann anders aus. Ja, etwa die Hälfte der Menschen in Deutschland stirbt im Krankenhaus. Tendenz steigend.

Geht es dabei um Übertherapie, oder steht auch der Wunsch der Angehörigen dahinter, auf den letzten Metern alles zu versuchen, auch wenn Ärzte davon abraten? Mehrere Aspekte spielen eine Rolle: Wir neigen zur Übertherapie am Lebensende, nicht nur bei der Beatmung. Das trifft beispielsweise auch auf die Krebsmedizin zu. Das letzte Lebensjahr produziert in vielen... die höchsten Kos... liegt das... und Angehör... se Geschicht... Arzt vorwer... nt zu haben.

Sie weisen auch auf die enormen Kosten hin. Man muss sich überlegen: Die Beatmungsmedizin kostet in der Bundesrepublik sechs Milliarden Euro im Jahr, das stationäre Budget betrug insgesamt für die Medizin 88 Milliarden Euro im Jahr 2022. Das ist eine Menge Holz, die Kliniken profitieren davon. Zum Vergleich: Die gesamte stationäre Kindermedizin hat nur 4,5 Milliarden Euro zur Verfügung; davon drei Milliarden für die nicht-beatmeten Kinder, 1,5 Milliarden für beatmete, besonders für die Frühgeborenen. Ein enormes Missverhältnis. Wir geben doppelt so viel für die Be...

Wollen Defizite... arbeiten oft... nd ohne lang... n dazu, mehr...

„Stuhrkamp | medizinhuman“

Giovanni Maio
Medizin ohne Maß?
Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit
TRIAS

Ein Klinikpatient mit Beatmungsschlä... internationalen Vergleich fragwürdig.

Solidarsystem ist wie Bohrmaschine oder Grill?

Stiftung Warentest

Wonach suchen Sie?

Shop Abo & Flatrate Warenkorb Anmelden

Haushalt Multimedia Versicherungen Geld Gesundheit Steuern + Recht Mobilität Familie Ernährung Immobilien Altersvorsorge

Krankenkassenvergleich 2024

Krankenkasse – gibts auch günstig und mit Top-Zusatzleistungen

68 Krankenkassen aktualisiert

19.06.2024

564 7919



Wer unzufrieden mit seiner Krankenkasse ist – etwa weil der Service nicht stimmt oder die Kasse zu teuer geworden ist – sollte über einen Wechsel nachdenken. Durch einen Wechsel zu einer günstigen Kasse können Versicherte je nach Einkommen rund 230 Euro im Jahr sparen, Gutverdiener sogar über 400 Euro jährlich.

Der [Krankenkassenvergleich](#) der Stiftung Warentest hilft beim Check. Er zeigt Beitragsätze und Zusatzangebote von 68 Krankenkassen. Wählen Sie aus rund 200 Kriterien gezielt die Extras aus, die für Sie nützlich sind. Sie können entweder bei Ihrer eigenen Kasse stöbern und Extras entdecken, die Sie nutzen möchten – oder Sie vergleichen mehrere Kassen und wählen die aus, die am besten zu Ihnen passt.



Wo stehen unsere „Werte“?

Jeder Pflegeskandal ein Einzelfall?



IPAG-Mitglied
Andrea Würtz



Im April 2020 traf Andrea Würtz durch ihre Tätigkeit als Pandemiebeauftragte beim Gesundheitsamt Miesbach in Oberbayern auf die Seniorenresidenz Schliersee. Eine nachhaltige Soforthilfe und Evakuierung der Bewohner*innen gelang ihr nicht.

Andrea Würtz wendete sich nach Ausschöpfen aller offizieller Dienstwege und Beschwerdemöglichkeiten an Investigativjournalistinnen des Bayerischen Rundfunks. Ein Prozess steht bis heute aus.



Wo stehen unsere Werte?



Prof. Dr. Wolfgang Hinte

[Wolfgang Hinte über Sozialraumorientierung on Vimeo](#)

„Wir zahlen ein volkswirtschaftlich überhaupt nicht tragbares System bei dem wir, **erst wenn das Defizit attestiert ist, mit ganz viel Geld** auf den Tisch springen und gut arbeitende, aber teure Träger dafür zahlen, **das attestierte Defizit zu bearbeiten**, also z.B. das schwierige Kind wieder zu integrieren...**Geld fließt erst, wenn Menschen richtig kaputt sind** und nicht an der Stelle, wo man noch eingreifen kann.“



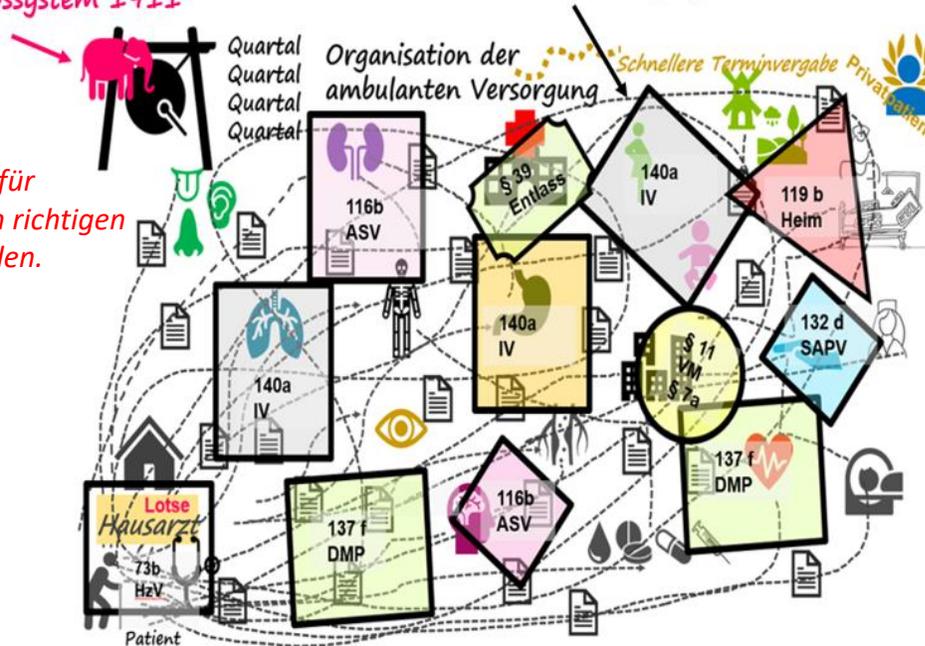
Wo stehen unsere Werte?



Arztzentriertes „RVO-Betriebssystem 1911“

Moderne integrierende Sondervertragssysteme

Oft gehört:
Mehr Selbstbeteiligung für Patienten, damit sie den richtigen Versorgungszugang finden.



Alle Honorarformen sind so angelegt, als würde die Feuerwehr nach der „Anzahl der Brände“ bezahlt.

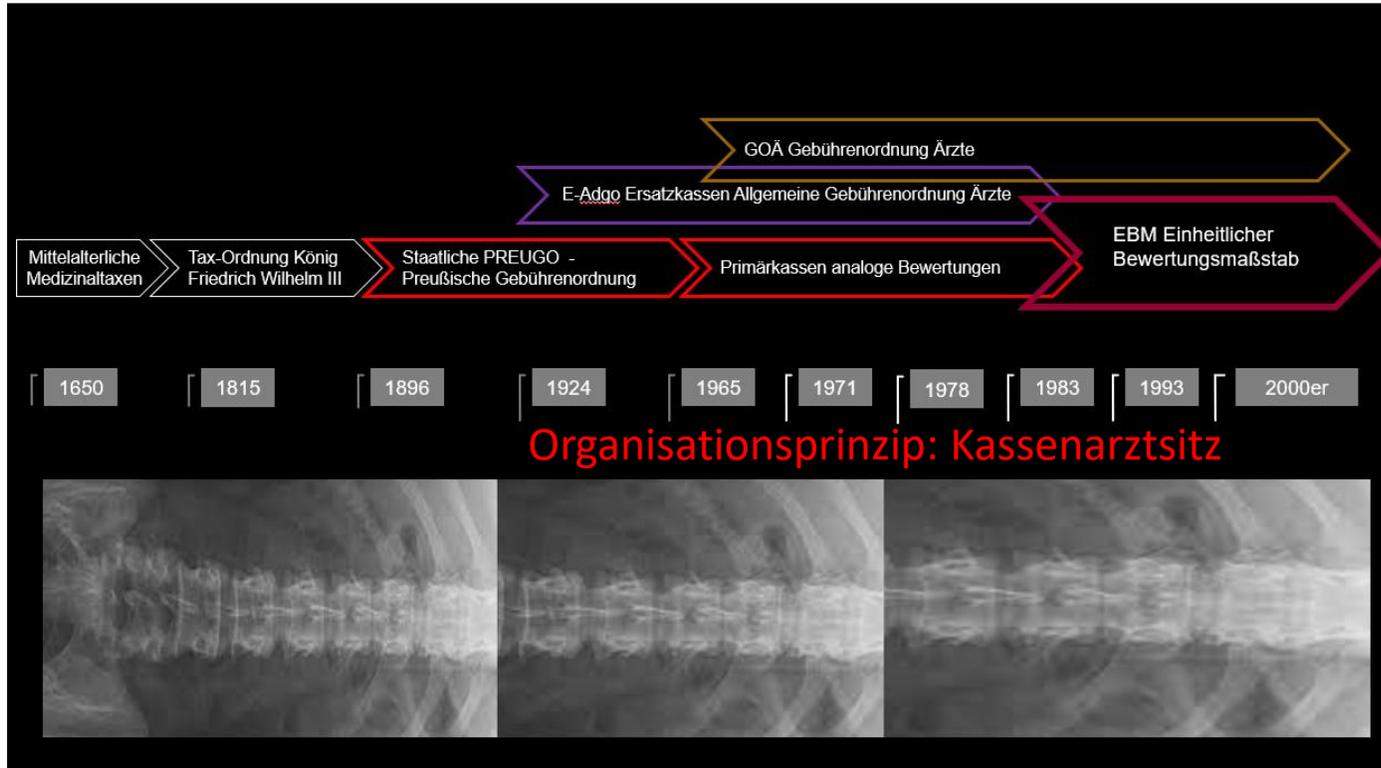
- Mengenausweitung, Abgrenzung, Bürokratie, Intransparenz, noch weniger Zeit, Projektitis (wie z.B. Innovationsfonds, etc.)
- Keine Interprofessionalität, keine (echte) Bearbeitung der Sektorenprobleme, Risikoselektion, kein Care-& Case Management, kein zeitgemäßes Heilberuferecht, etc.)



Versorgungsvertragswettbewerb auf veralteter Grundstruktur.
Das ist so, als würden wir Netflix auf VHS-Rekorder streamen wollen.



Die „deutsche“ System-Arztzentrierung



Versorgungsverständnis
 Ambulante Versorgung
 =
 ärztliche Versorgung

ÖGD, Pflegedienst, pflegende Angehörige, Sozialberatung, etc. werden systemisch nicht als Versorgung gesehen.

PKV/GKV-Dualität

Konflikt wird
 a) nicht mehr und vorher schon
 b) „falsch“ bearbeitet
 (siehe „Bürgerversicherung“)

Es geht um „Angleichung“,
 nicht darum, „Neues“ zu erschaffen.



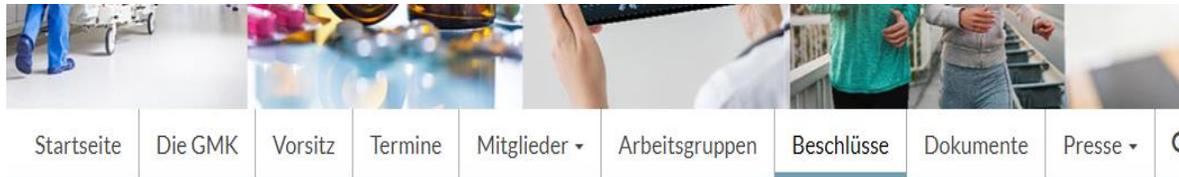
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV_-_Dezember_2019.pdf





„Lock-in-Effekt“

Wir verteidigen die Vergangenheit mit viel Geld und Engagement, weil uns Wechselkosten und Wechselbarrieren als zu hoch erscheinen.



Beschlüsse

Wählen Sie ein Jahr:

Beschlüsse der GMK 12.06.2024 - 13.06.2024

TOP: 3.17 Stabilisierung der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fassen folgenden Beschluss:



4. Landesarbeitsgemeinschaft „Instrumente der Sicherstellung der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung der AOLG“ wird beauftragt, Vorschläge für konkrete bundesgesetzliche Maßnahmen zu erarbeiten.



- Historisch gewachsene fragmentierte Sicherstellungen ...
- ... der anhaltende Fingerzeig auf die anderen bei Investitionsmittel, versicherungsfremden Leistungen, etc.
- ärztliche Honorarsysteme „angleichen“
- „Die Einzelpraxis ist tot“, „das kleine Krankenhaus muss weg“
- Stärkere Eigenversorgung für Pflege
- Mehr Steuern, mehr Beiträge
- Stärkere Selbstbeteiligung steuert Patientenströme
- Solidarische Wettbewerbsordnung
- Kommunen können keine Versorgung organisieren
- Innovationen „in die Regelversorgung“ überführen
- Der Hausarzt als Lotse
- usw.



... und dann noch „neue“ Herausforderungen



© kattv2016 - stock.adobe.com

Bevölkerungsprognose 2024 |

24.06.2024

Gleichwertige Lebensverhältnisse nicht aus dem Blick verlieren

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) hat seine Bevölkerungsprognose aktualisiert. Demnach wird sich die Bevölkerungszahl inmehr



DStGB
Deutscher Städte- und Gemeindebund

[s. Homepage 2024 | DSTGB](#)



© Thaut Images - Fotolia.com

Tag der Daseinsvorsorge |

21.06.2024

Grüne Städte, Landkreise und Gemeinden, blaue Speicher – Mammutaufgabe
Klimaanpassung

Der Klimawandel stellt Deutschlands Städte, Landkreise und Gemeinden und ihre Bürgerinnen und Bürger vor große Herausforderungen.mehr

Gesellschaft

Kabinetts beschließt neuen Rahmen für die Gesamtverteidigung

Das Bundeskabinett hat die neuen Rahmenrichtlinien für die Gesamtverteidigung (RRGV) beschlossen. Die Überarbeitung dieser Richtlinien ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der nationalen Sicherheit. Die neuen Richtlinien lösen die RRGV von 1989 ab.





Was machen wir nun?

- Care Share Versorgungspolitik.



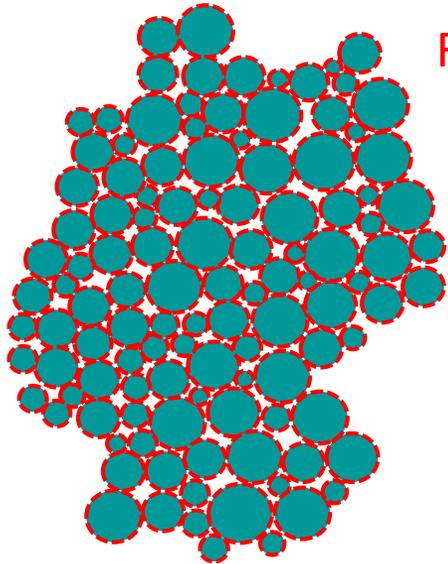
Care Share ist Versorgungsinfrastruktur



Der „Leistungskatalog“ ist „nur“ ein Element der Versorgung.
„Sachleistungen“ liegen nicht (mehr)
„griffbereit“ im Regal.



Kernpunkte Care Share



Regionalisierung

- **Gemeinwohlorientierung**
 - Digitalisierung
 - Evidenzausrichtung
 - Bürgereinbeziehung
- **Agile Rechtsentwicklung**



Interprofessionalität
Neue Leistungskataloge,
Honorarformen, Betriebsmodelle



Care Share
Finanzierung



Modernisierte
Selbstverwaltung
(Gremienstrukturen)



Care Share 13: Neue Governancessstruktur



Neue „Rechts-Hardware“: Zielstruktur **Regionaler Care Share Verbund** als neue durchgängige **Verantwortungsrechtsstruktur** statt getrennter Sicherstellungsaufträge.



Shared Leadership aus alten und neuen Akteuren; gemeinwohlorientiert & kooperativ



Integrierte und interprofessionelle Versorgungsplanung.



Integrierte & interprofessionelle Versorgungsorganisationverträge + neue Leistungskataloge



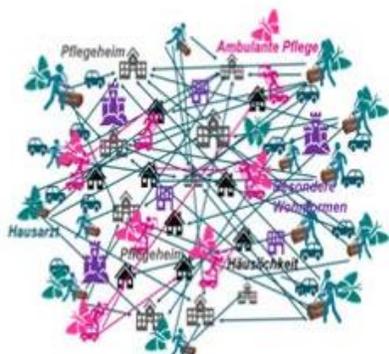
Care Share: Bsp. aufsuchende Versorgung

HEUTE

Aufsuchende Versorgung nach:

Modell Schmetterling

- regional unkoordiniert
- *logistisch* unstrukturiert
- analog
- monoprofessionell
- ohne Expertenmanagement



Historisch gewachsen...

auch die Rechtsgrundlagen

§

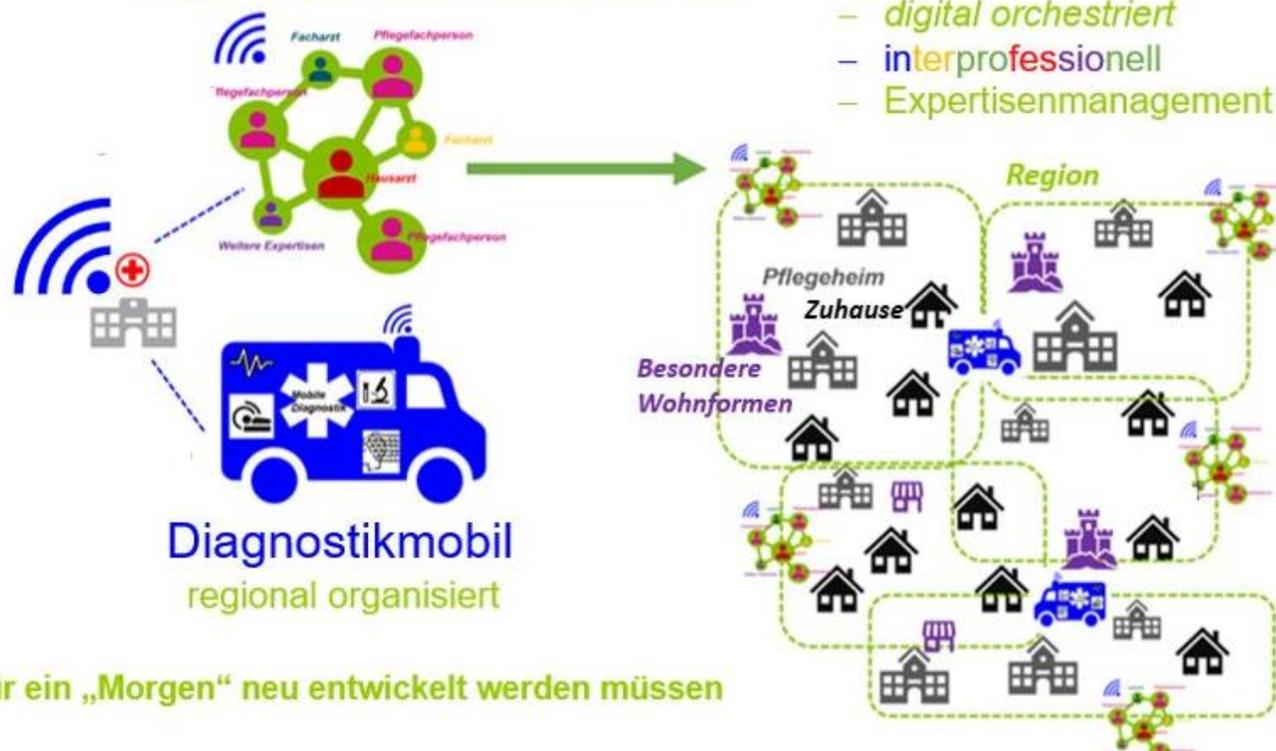
➔ die für ein „Morgen“ neu entwickelt werden müssen

MORGEN Aufsuchende Versorgung nach:

Modell *Versorgerteam*

u.a. niedergelassene Ärzt:innen
Pflegefachpersonen, Therapeut:innen

- *regional koordiniert*
- *logistisch sinnvoll*
- *digital orchestriert*
- *interprofessionell*
- Expertenmanagement



Diagnostikmobil
regional organisiert



Care Share-Verträge

Ohne HKP-Verordnung (SGB V) oder Pflegebedürftigkeitsbegriff (SGB XI), sondern „Berufspflege“ versorgt, wie sie es erlernt hat.

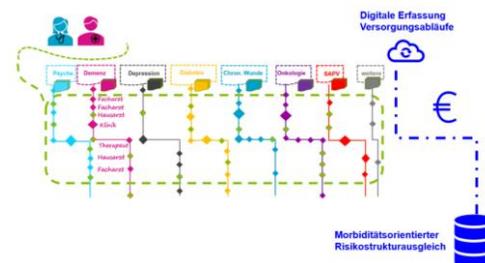
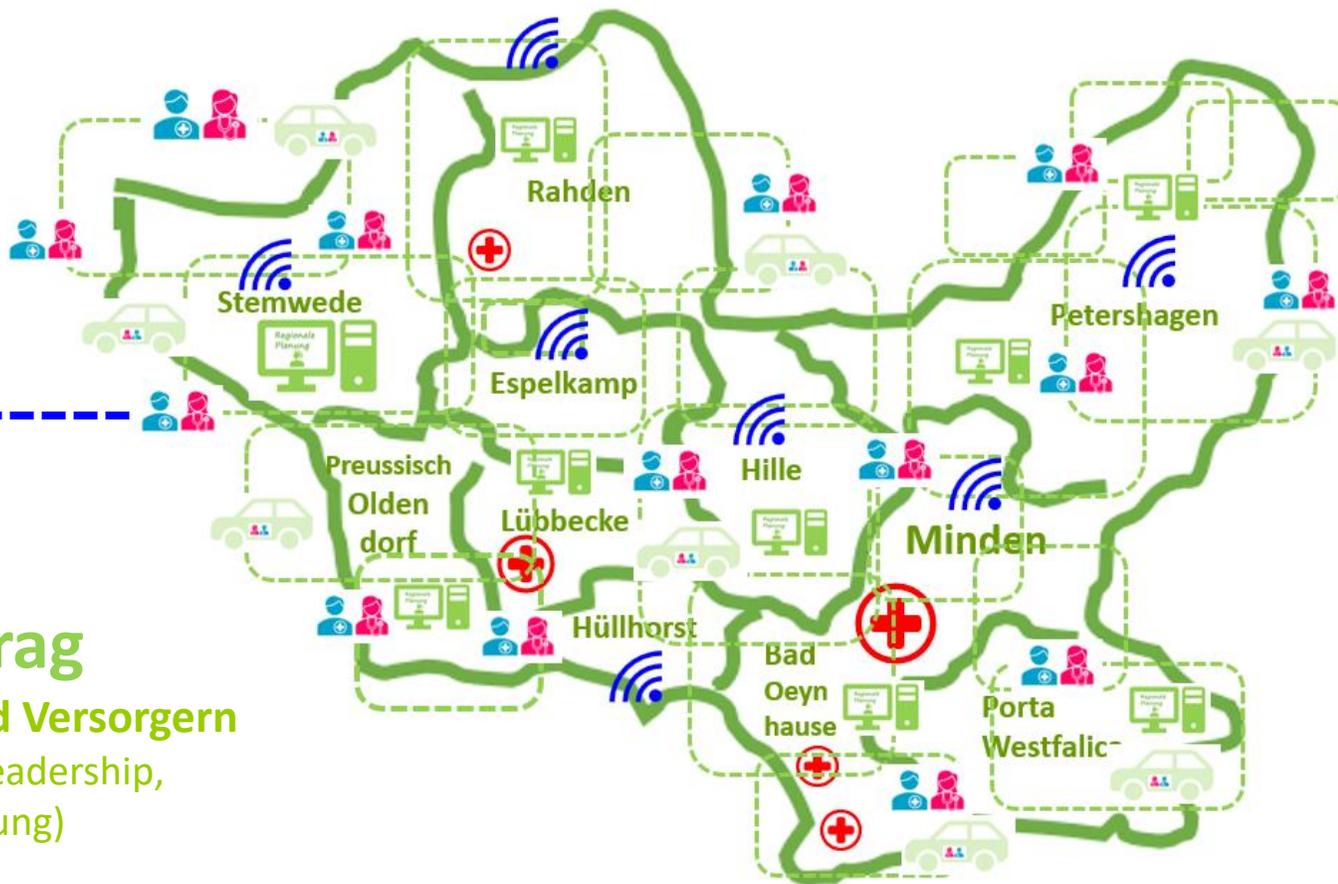
Tandem-Verträge

Hausarzt + Pflege + interprofessionell

Chronic Care

Versorgungspfadverträge mit Care- & Case Management

Spezialisierte Zentren im In- und Ausland



Regionalvertrag
zwischen Region und Versorgern
(v.a. Planung, Shared Leadership, Umsetzung, Sicherstellung)

+
Monoprofessionelle
Single-Leistungskataloge
(für Care Share + Zusatzversicherung)

Kontur: Kreis Minden Lübbecke (Ostwestfalen)

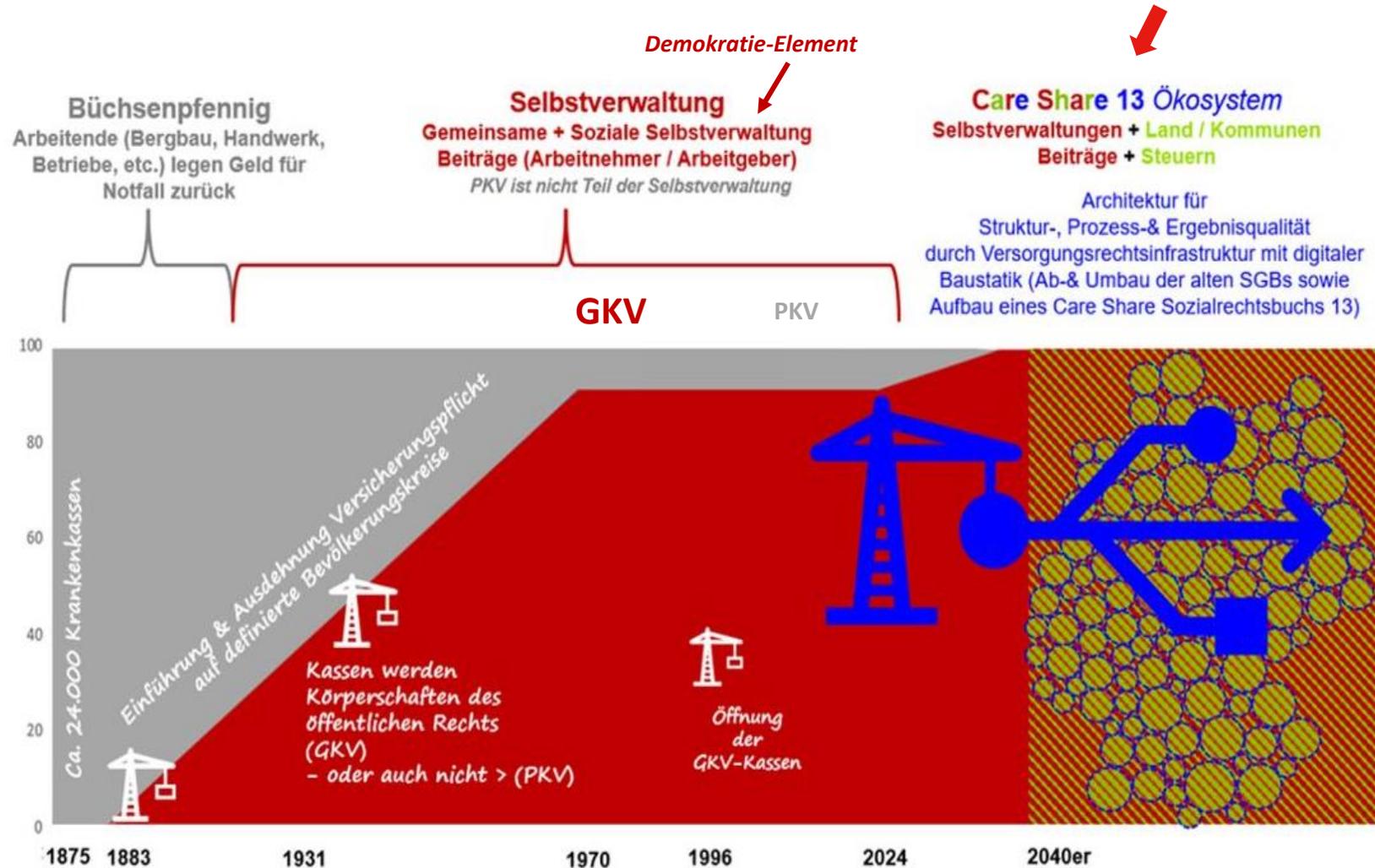


Versorger & Betriebsmodelle & Honorar

- **Anbietervielfalt** (settingübergreifende Möglichkeiten statt Sektoren)
 - Klassisch Arztsitze
 - Schon entstandene Kooperationsformen (MVZ, Gemeinschaftspraxen, Regionale Zentren, etc.)
 - Gesundheitsnetzwerke mit Versorgungsauftrag
 - Care Share Verbund
 - Pflegeanbieter
 - Krankenhaus
 - etc.
- **Multistakeholder-Administrations- & Abrechnungsmanagement**
 - z.B. Netzwerke als abrechnungsberechtigter Leistungserbringer
 - Für interprofessionelle Leistungserbringer (z.B. komplexe Behandlungskonzepte)
- **Diversifizierte Honorarsysteme**
 - Care Share Versorgung (Einzelleistung, Pauschalen, Komplexe, Vorhaltekosten, anteilig, etc.)
 - Single-Leistungskataloge (für Care Share als auch monoprofessionell)
 - Zusatzleistungen (Zusatzversicherungssegment > medizinisch, pflegerisch, Hauswirtschaft, etc.)



Von „Kassenleistung“ zur Daseinsvorsorge



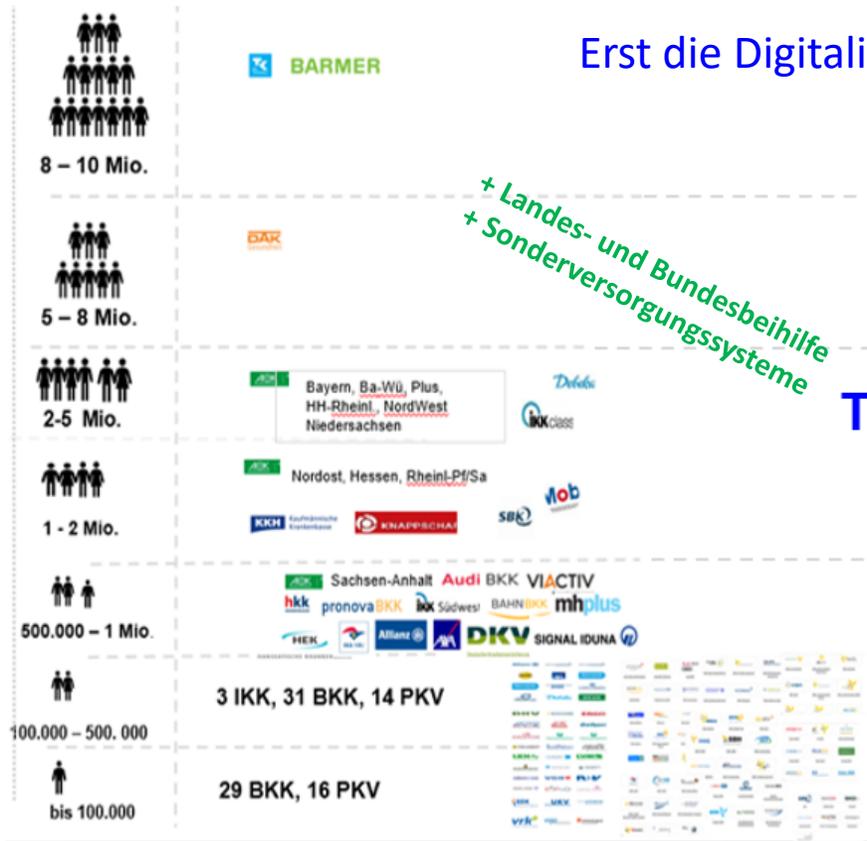


Kostenträgertransformation

Zeitalter: Alte Industrien

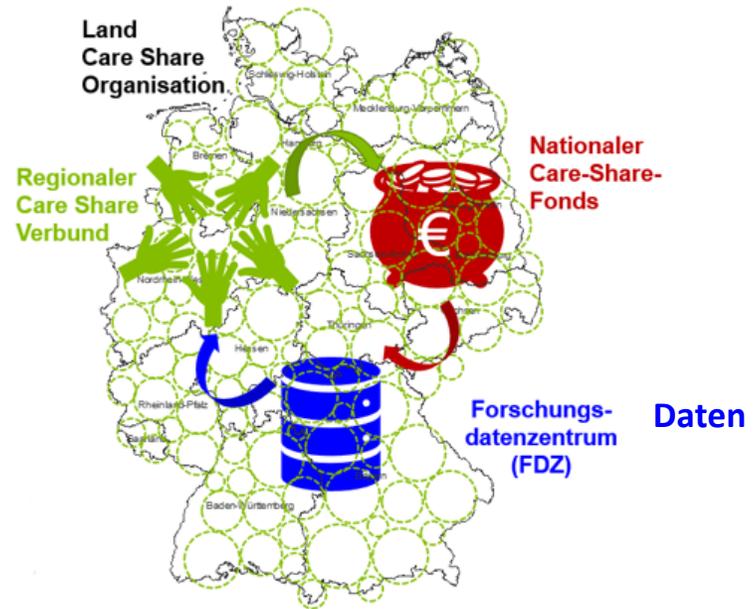
Zeitalter: Ökosystem

Erst die Digitalisierung macht es möglich



+ Landes- und Bundesbeihilfe
+ Sonderversorgungssysteme

Institution
Organisation
Transformation
Finanzierung
Recht



2020

2045



Care Share Finanzierung folgt neuer Versorgung

Zeitalter: Ökosystem

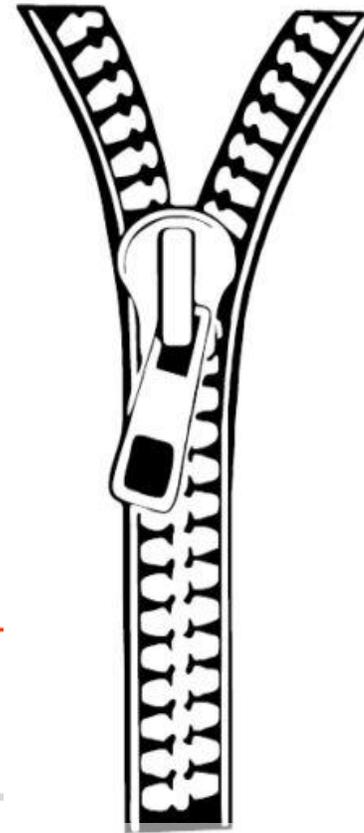
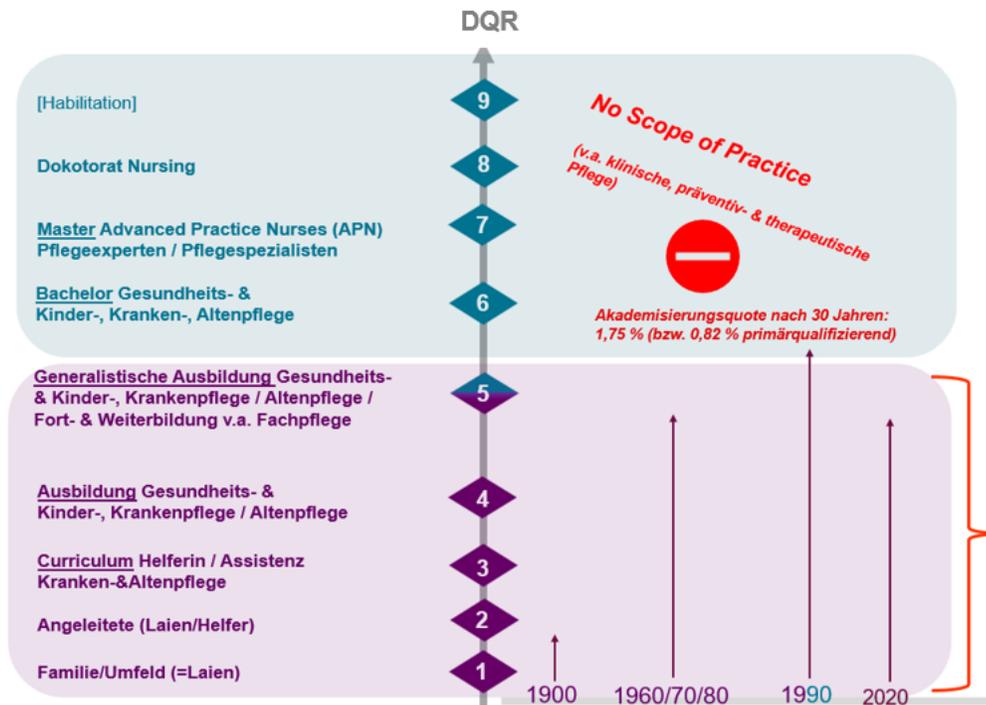


- **Gesundheitsfonds wird „Nationaler Care Share Fonds“**
Mischfinanzierung aus Versichertenbeiträgen, Steuern, Sonstige
 - „Alter Kassenwettbewerb“ / GKV-PKV-Dualität / Beihilfe / Sondersysteme werden für Hauptversorgung aufgehoben (keine Risikoselektion)
 - Hauptversorgung ist Daseinsvorsorge mit Care Share Verträgen
 - Wettbewerb im „Zusatzversorgungssegment“ findet separat statt
 - Zusatzversorgung (Leistungskataloge 2. und 3. Gesundheitsmarkt)
 - „Renditedeckel“ und %-Refinanzierung für Care Share-Investitionen
-
- **Land Care Share Organisation**
 - Beruht auf zu modernisierenden Selbstverwaltungsstrukturen der GKV als auch kommunaler Selbstverwaltung Länder / Kommunen (PKV hat keine Versorgungsverträge und ist nicht Teil der Selbstverwaltung, sondern „punktuell“ beteiligt)
 - **Regionaler Care Share Verbund**
 - Regionalbudget für Care Share Versorgung
-
- **Integriertes Datenmanagement (statt Datenfriedhöfe)**



Auflösung SGB XI Pflegeversicherung

Berufspflege



SGB XI
auftrennen

Angehörige & Alltag

LinkedIn 19.06.2024

Beitrag von Brigitte Bührlen



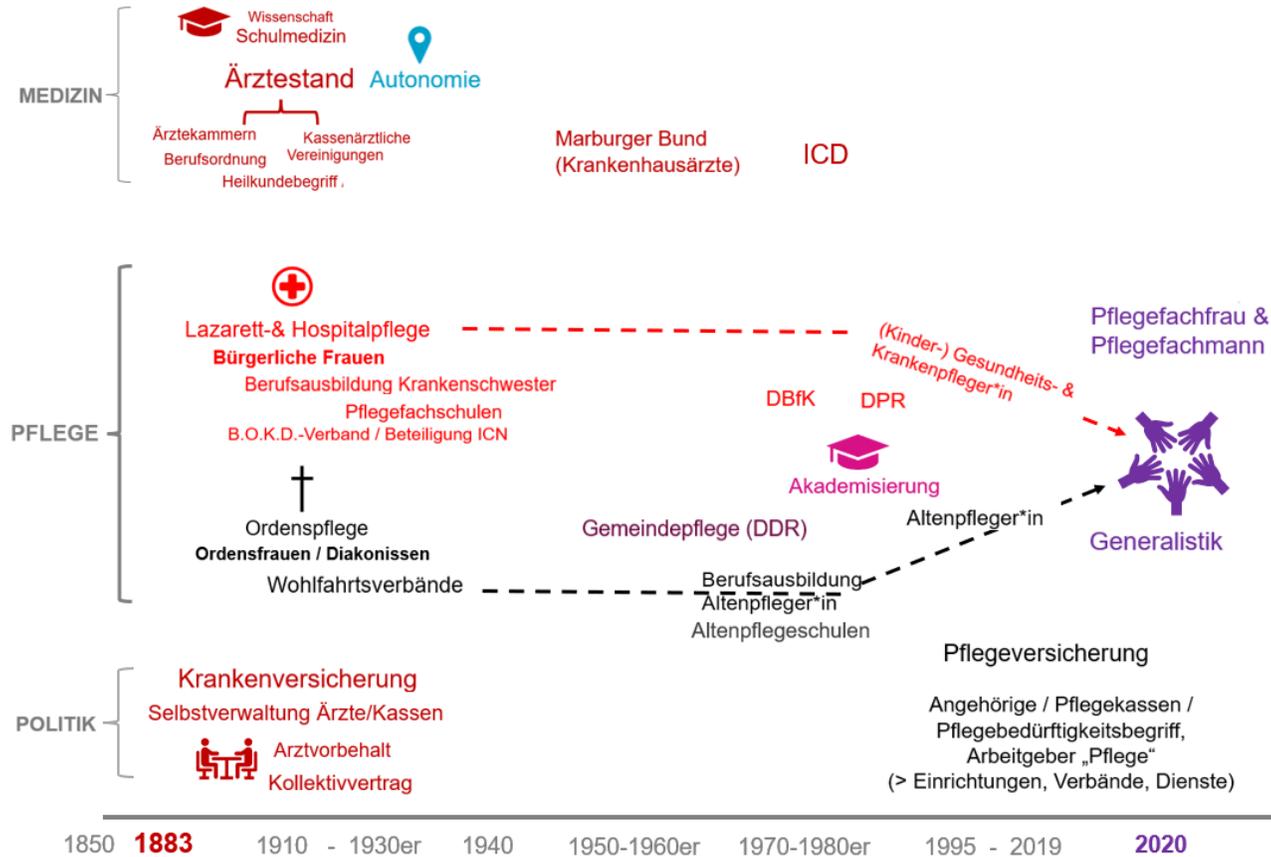
Brigitte Bührlen

Stifterin, 1. Vorsitzende bei Wir! Stiftung pflegender Angehöriger
6 Tage · Bearbeitet

Immer wieder werde ich gefragt, warum die Angehörigenpflege nicht mehr im politischen Fokus steht.
Ganz einfach: "Pfleger Angehörige" existieren rechtlich gesehen gar nicht.
Wir Bürger und Bürgerinnen sind laut BGB moralisch verpflichtet uns um EhepartnerInnen (§1353) und Kinder sowie Eltern (§1618a) zu kümmern. Eine Unterstützung dabei von Seiten des Staates, also der Solidargemeinschaft ist rechtlich nicht verankert.
Sorge- und Pflegeleistungen müssen subsidiär, also privat und unentgeltlich erbracht werden.



Berufspflege braucht Fundament



One Minute Wonder

Wissen in nur 60 Sekunden



Gewerkschaft - Berufsverband - Pflegekammer Wer macht was?

Aufgaben	Gewerkschaften (z.B.: ver.di, BochumerBund)	Berufs- verband (z.B.: DBfK)	Pflegeberufe- kammer
Tarifverhandlungen	✓	✗	✗
Arbeitszeitgestaltung	✓	✗	✗
Personalbemessung	✓	✓	✗
Karriereplanung	✗	✓	✗
Interessenvertretung in der Politik	✗	✓	✓
Ethische Grundsätze entwickeln (z.B.: ICN)	✗	✓	✓
Leitlinien/Standards auf nationaler Ebene	✗	✗	✓
Entwicklung der Profession Pflege	✗	✗	✓
Inhalte von Aus- und Weiterbildungen	✗	✗	✓
Vertretung ALLER Fachkräfte der Pflege	✗	✗	✓

2024 2026 2028

Pflegekompetenzgesetz u.a.





Bürokratie wuchert aus alten Strukturen

„Arztanfrage“: Kostenträger & MD „recherchieren der Versorgungssituation hinterher.“

ICF nur in stationärer Reha „halbwegs“ bekannt, ansonsten „Fehlanzeige“ im gesamten System.



NANDA, NIC, NOC etc. sind in Deutschland unbekannt.

Adaptiv rollstuhl
~~Elektrokrankenfahrzeug~~

Änderung tel. besprochen 8.1.24 8:00

Welche Einschränkungen in Bezug auf die Mobilität (ICF) bestehen?	
Welche Einschränkungen in Bezug auf die Armkraft (ICF) bestehen?	
Welche Wegstrecken können noch selbstständig - ohne Elektrokrankenfahrzeug, ggf. mit Hilfe anderer Hilfsmittel (z. B. Rollator, Stock, Unterarmgehstützen) - schmerzfrei, auch unter Berücksichtigung von Pausen, zurückgelegt werden?	Wohnung <input type="checkbox"/> Mobilität ohne E-Fahrzeug gegeben <input type="checkbox"/> Mobilität ohne E-Fahrzeug nicht gegeben Wohnumfeld <input type="checkbox"/> Spaziergänge <input type="checkbox"/> Arztbesuche <input type="checkbox"/> Einkäufe <input type="checkbox"/> Besuch beim Nachbarn Zeit Dauer der verbleibenden Mobilität (einfacher Weg): _____ Minuten
Bestehen Einschränkungen	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein
Werden die Verkehrssicherheit gefährdende Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja, folgende: 1. _____ Dosis: _____ 2. _____ Dosis: _____ <input type="checkbox"/> nein



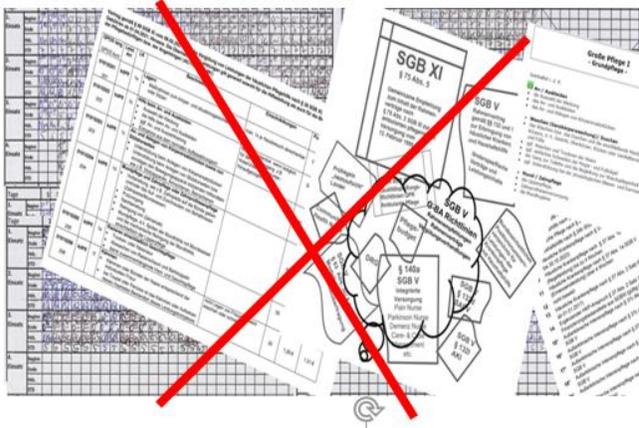
Lägen in einer für alle an einem Fall betroffenen Fachkräfte institutions(setting)übergreifend codierte Daten vor, bräuchte es diese Fragen nicht.



Geringer Platz für Dokumentation veranschaulicht „geringes“ Verständnis von „allem, was jenseits der ärztlichen Leistung“ ist.

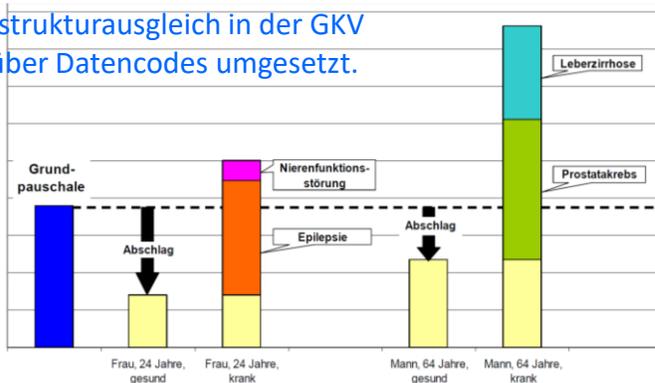
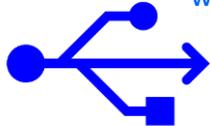


Berufspflege braucht Datensprache



Digitalisierung bedeutet nicht, alte Verträge, verzerrte Kalkulationsmasken und wildwüchsige Abrechnungspositionen zu elektrifizieren.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich in der GKV wird über Datencodes umgesetzt.



Beeinträchtigte Urinausscheidung [P]

Impaired urinary elimination (00016) (1973, R 2006, LOE 2.1)
Domäne 3: Ausscheidung/Austausch
Klasse 7: Harntraktfunktion

Diagnosetyp [Dokumentationsform]: aktuelle Pflegediagnose (PES)
Zuordnung der Pflegediagnose nach Pflegemodellen/-klassifikationen s. Kap. 6.

Definition: Störung der Urinausscheidung

Beeinflussende Faktoren [E]

- mehrere Ursachen
- sensomotorische Beeinträchtigung
- anatomische Obstruktion
- Harnwegsinfektion
- [mechanisches Trauma, Flüssigkeits-/Volumenveränderungen, psychogene Faktoren, chirurgische Urinableitung].

Bestimmende Merkmale [od. Symptome] [S]

subjektive

- Häufigkeit [Pollakisurie (häufiges Wasserlassen/-lösen)]
- Drang
- Verzögern
- Dysurie
- Nykturie [Enuresis]
- Störung der Urinausscheidung.

objektive

- Inkontinenz
- Harnverhalt.

Klientbezogene Pflegeziele oder Evaluationskriterien

Der Klient

- äußert, seinen Zustand zu verstehen.
- erkennt die spezifischen ursächlichen Faktoren.
- erreicht ein normales Ausscheidungsverhalten oder beteiligt sich an Maßnahmen zur Korrektur/Kompensation von Defekten.
- zeigt Verhaltensweisen/Methoden, um einen Harnwegsinfekt zu verhüten.

P = Problem =
Diagnosetitel

NANDA-Diagnose

E = Etiologie zu
Deutsch: Ätiologie =
Ursache einer
Krankheit = Feld in
den Diagnosedetails

S = Symptom =
Krankheitszeichen =

Bernhard Beck Daniel Schümann
Technische Hochschule Deggendorf



IPAG-Mitglieder sind in der
NANDA –I German Language
Network Group



Zieltexte



„Pflegerische Angehörige“ neu denken

Screenshot: IPAG



Wir haben gemeinsam festgehalten:

1. Der ambulante Bereich wird im Vergleich zur stationären Pflegeversorgung wenig beachtet, obwohl die Pflegeleistungsleistung Zuhause erfolgt.
2. Die Rollen beruflich Pflegender und pflegender Angehöriger sind klar voneinander abzugrenzen. Gleiches gilt für Aufgaben wie Betreuung, Hauswirtschaft etc.
3. Pflegerische Angehörige haben den 24h-Blick und Fachexpertisen. Die Berufspflege hat einen „erweiterten“ Blick darauf, was die Person mit Pflegebedarf benötigt und wie sie bestmöglich bestmöglich unterstützt werden kann.
4. Die Pflegesituationen sind sehr unterschiedlich. Es sollte die Pflegearrangements in finanzieller und sachlicher Leistungsfähigkeit individuell gestaltet werden können.
5. Beitragszahler verlieren „Geld“, wenn es zwar nach Gesetz viele Ansprüche gibt, diese aber aufgrund fehlender Angebote nicht eingelöst werden können. Damit die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen die vor Ort zumindest verfügbaren Angebote selbst bedarfsorientiert nutzen und stellen können, ist ein Budget erforderlich.
6. Die Unterversorgung weitet sich aus: Pflegedienste ziehen sich zurück aus komplexen Pflegesituationen heraus oder Pflegebedürftige nehmen die Leistungen nicht mehr in Anspruch, weil sie diese nicht mehr finanzieren können. Hohe Eigenanteile – und damit die Kosten – diskreditieren inzwischen den Ursprung Gedanken der Pflegeversicherung.
7. Regelungen wie auch finanzielle Leistungen für pflegerische Angehörige sind erforderlich, denn pflegerische Angehörige können die Versorgung ausfüllen. Die finanzielle Gestaltung ist jedoch eine Herausforderung (s. u.a. IPAG FAQ Lohnersatz).
8. Pflegerische Angehörige müssen als Interessenvertretung institutionalisiert werden.

Klares Rollen- & Aufgabenprofil

Geldleistungen neu entwickeln

Institutionalisierung

Wissen der Angehörigeninitiativen für Weiterentwicklung einbeziehen!

Pflegerische Angehörige brauchen eine Stimme in der Politik

IPAG-Mitglied
Horst Michaelis
Hessen



wir pflegen!
Interessenvertretung und Selbsthilfe
pflegender Angehöriger e.V.



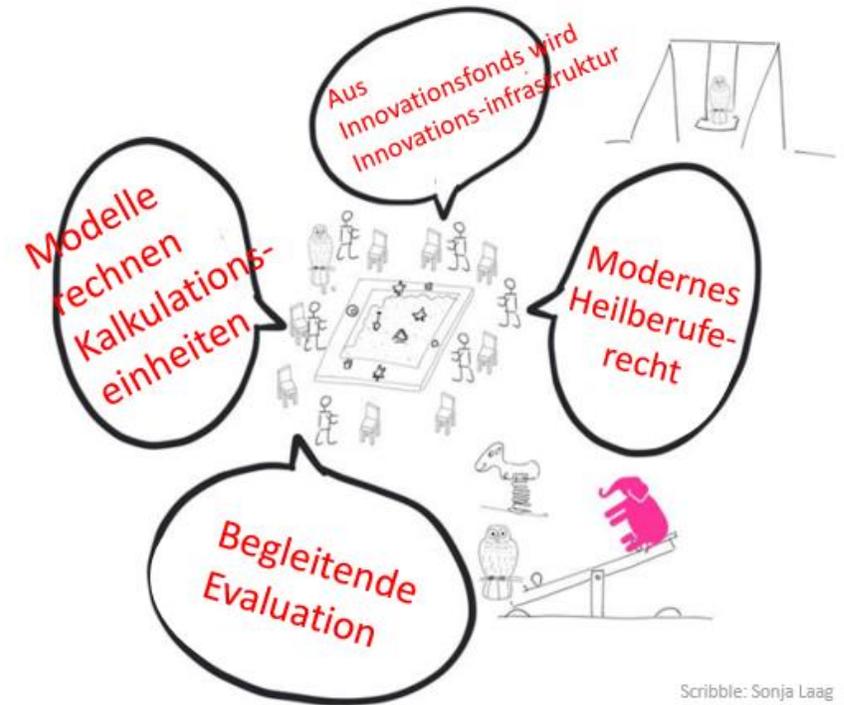
Architekturkommission Sandbox für agile „Echt-Entwicklung“

Care Share - Regulierung im Reallabor
erproben und dann neues Recht verschriftlichen!

- Die innovativen Konzepte haben wir schon lange, es fehlt der Kontextrahmen, der sich ändern darf!
- Aktive Regionen als „Ausgang“ nehmen und zu...
- ...Reallaboren für Erprobung und Skalierung machen
- Neue SGB-Struktur vordenken & praktisch entwickeln
- Bund-Länder-Kommune-Selbstverwaltung übergreifend plus „agile“ Projektszene
- Professionalisierung / Institutionalisierung Pflege
- u.v.m.

Was sind Reallabore?

Reallabore (englisch.: „regulatory sandboxes“) machen es möglich, Innovationen für eine befristete Zeit unter möglichst realen Bedingungen und unter behördlicher Begleitung zu erproben, die im allgemeinen Rechtsrahmen an Grenzen oder auf offene Fragen stoßen. Reallabore bieten als Testräume für Innovation und Regulierung verschiedene Potenziale, die gerade auch für den digitalen und nachhaltigen Wandel von Wirtschaft und Gesellschaft von Bedeutung sind:





Danke!



„Air-Earth“

Die großen Linien neu denken.