

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



**Interview mit Ulrike Elsner,
Vorstandsvorsitzende des
Verbandes der Ersatzkassen
e. V.: „Pflegeversicherung
verstehbar gestalten.“**

„Generalistik durchsetzen“

Karl-Josef-Laumann, der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, kündigt auf der Pressekonferenz des Deutschen Pflegetags ein neues Pflegeschulgesetz schon für den Sommer an.

„Mehr als Leistungszugang“

Mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs samt Assessments wird nicht nur ein Instrument für den Zugang zur Pflegeversicherung kommen, erklärt Nadine-Michèle Szepan von der AOK.

Stärken und Schwächen

Die Versorgungsqualität in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten ist besser geworden. Dies ist das zentrale Ergebnis des nun schon vierten MDS-Pflegequalitätsberichts.



Prof. Dr.

Reinhold Roski

Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und „Monitor Pflege“ sowie Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

„Ein großer Schritt“

>> **Titelinterview mit Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V.**

> S. 6 ff.

„Im Moment sind wir bei der Pflegereform wirklich auf einem guten Weg.“ So Ulrike Elsner, die Vorstandsvorsitzende des vdek, im Titelinterview. Schwierig wird es, wie immer, bei den Einzelheiten, z.B. bei der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, „wenn man die einzelnen Stufen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs von ihrer Wertigkeit her entsprechend berechnen will – das ist alles andere als trivial.“ Es gibt in Deutschland eine große Akzeptanz der Pflege, was sich z.B. darin zeigte, dass es keinen merkbareren gesellschaftlichen Widerstand gegen die Erhöhung des Beitragssatzes der Pflegeversicherung gab. Allerdings sagt Frau Elsner, müssen wir zu einer regelmäßigen Dynamisierung der Beiträge nach einer Formel ähnlich wie bei der Rentenversicherung kommen. Lesenswert.

Deutscher Pflēgetag

> S. 11 ff.

Der Deutsche Pflēgetag 2015, der vom 12. bis 14. März 2015 in Berlin stattfand, war für die Pflege ein großartiger Erfolg. Über 4.500 Professionals und Entscheider aus Pflege, Politik und Wirtschaft kamen zusammen, 175 Referenten und Moderatoren boten ein großes Spektrum von Themen, von denen wir viele auch in „Monitor Pflege“ bringen werden. Das ergab ein enormes Medienecho, das die Bedeutung und Relevanz der Pflege deutlich wahrnehmbar machte und den gesellschaftlichen Diskurs mit Fachinformationen versorgte. Dieses hohe Niveau und diese starke Verbreitung braucht die Pflege. Wir bringen Ihnen die Abstracts ausgewählter Vorträge, die auf dem Pflēgetag gehalten wurden. Mehr finden Sie auf der Seite: deutscher-pflēgetag.de.

Wissenschaftliche Beiträge

von Hagen und Kröll erläutern den sogenannten Pflege-TÜV der MDK-Qualitätsprüfung, das viel kritisierte System der Pflegenoten aus Verbrauchersicht. Die Kritik bezieht sich oft vor allem auf die berechneten Durchschnittsnoten; die Einzelergebnisse zeigen durchaus ein differenziertes Bild der Situation der Pflege, ihrer Problemfelder und regionalen Unterschiede. Die Autoren plädieren für eine Weiterentwicklung des Bewertungssystems und der Qualitätskontrollen.

> S. 21 ff.

Zahn u.a. beschreiben den Einsatz von Hausnotrufsystemen, die es Pflegebedürftigen ermöglichen, länger in eigenen Zuhause zu leben. Die Autoren untersuchen, wie diese Systeme in der Versorgungspraxis verbreitet sind und akzeptiert werden. Sie finden eine deutlich positive Akzeptanzentwicklung von Hausnotrufsystemen in allen Altersstufen der AOK Nordost-Pflegekasse. Dabei gibt es regionale Unterschiede, die z.B. auf den Gesundheitszustand, das Antragsverhalten, regional unterschiedliche informelle Netzwerke oder Versorgungsangebote zurückgehen.

> S. 26 ff.

Pick und Brüggemann präsentieren die Ergebnisse des vierten MDS-Pflegequalitätsberichts, der auf Daten aus 23.211 Qualitätsprüfungen aus dem Jahr 2013 für 147.000 Pflegebedürftige beruht, die in Pflegeheimen und von ambulanten Pflegediensten versorgt wurden. Gesamtergebnis war eine Verbesserung der Versorgungsqualität, z.B. bei der Dekubitusprophylaxe und der Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Schwächen zeigten sich beim Umgang mit Ernährungsrisiken, beim Schmerzmanagement und bei der Medikamentenversorgung.

> S. 33 ff.

Call for Papers

Mit den wissenschaftlichen Beiträgen in „Monitor Pflege“ wollen wir zuverlässige Einblicke in die Realität der Pflege-Versorgung sowie in neue, innovative Pflege- und Versorgungskonzepte bieten, um zur Verbesserung der Qualität der Pflege und der Gesundheitsversorgung allgemein beizutragen. Ich bitte Pflegeforscher und Fachleute aus allen Bereichen der Pflege um die Einreichung von Manuskripten.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und viele Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski
Herausgeber „Monitor Pflege“

INHALT

„Ein großer Schritt“ / „Mehr Macht der Pflege“

Editorial: MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski
Editorial: MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Pflegeversicherung verstehbar gestalten“

Interview mit Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V.

„Wir müssen die Generalistik durchsetzen“

Karl-Josef-Laumann (Pflegebevollmächtigter) auf der Pressekonferenz des Pflgetags

Abstracts: Igl, Jorzig, Matzke, Neubauer, Schlechtweg, Stemmer, Bräutigam, Grigutsch und Pick

Kurzfassungen von auf dem Deutschen Pflgetag gehaltenen Vorträgen

„Mehr als nur ein Leistungszugangsinstrument!“

Kommentar von Nadine-Michèle Szepan (AOK-Bundesverband)

Überblick: Pflegekammern in Europa und Status in Deutschland

Wie in Europa Pflege meist selbstbestimmt verwaltet wird

„Synergien zwischen Qualität und neuen Ansätzen“

Kommentar von Dr. P.H. Heidemarie Kelleter M.A. (Diözesan-Caritasverband Erzbistum Köln)

WISSENSCHAFT

Pflegenoten in der stationären Pflege – eine kritische Evaluierung aus Verbrauchersicht

Dipl.-Dok. (FH) Frauke von Hagen / David Kröll, M.A.

Akzeptanz von Hausnotrufsystemen bei Pflegebedürftigen

Dr.-Ing. Thomas P. Zahn, M.Sc. / Dipl.-Inform / Volker Wenning / Dipl.-Ges.ök. Anika Reichert / Michaela Stevens / Patrick Nieswand / Dr. phil. Albrecht Kloepfer / Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung

Verbesserungen der Pflegequalität

Dr. Peter Pick / Jürgen Brüggemann

2/4 Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski

Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.



6

11

Herausgeber-Beirat

Wissenschaftlicher Beirat

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten Herdecke



12

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szepan

AOK-Bundesverband



17

Franz Wagner MSc, RbP,

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband e.V., Berlin



18

Andreas Westerfellhaus RbP

Präsident, Deutscher Pflegerat e.V. – DPR, Berlin



20

Praxis-Beirat

Harm van Maanen

Geschäftsführer der Schlüterschen Verlagsgesellschaft



21

26

33

Hinweis der Red.: Aus Gründen der Anerkennung und Fairness wird in allen redaktionellen Beiträgen, in denen es um Pflegende geht, möglichst nur die weibliche Form verwendet, wohlwissend und wertschätzend, dass Pflege auch durch männliche Personen ausgeübt wird.

Impressum Monitor Pflege

Monitor Pflege
Fachzeitschrift zur Versorgung,
Management und Forschung in
der Pflege

1. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölnerstr. 119, 53111 Bonn
www.erelection.org
mail@erelection.org
Verlagsleitung: Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
Kölnerstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
heiser@monitor-pflege.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste 1 vom
1.1.2015

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski, Hochschule
für Technik und Wirtschaft Berlin
roski@monitor-pflege.de

Chefredaktion

Peter Stegmaier

(verantwortlicher Redakteur)
Kölnerstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
stegmaier@monitor-pflege.de

Redaktion

Jutta Mutschler
mutschler@monitor-pflege.de
Olga Gilbers
gilbers@monitor-pflege.de

Marketing/Online

Anke Heiser
heiser@monitor-pflege.de
Kölnerstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0

Fax +49 228 7638280-1

Abonnement

Monitor Pflege erscheint viermal
jährlich. 4 Ausgaben kosten 60 Euro
zzgl. Versandkostenanteil in Höhe
von 6,14 Euro pro Jahr in Deutsch-
land (Versandkosten Ausland: 54
Euro). Das Abonnement verlängert
sich automatisch um ein weiteres
Jahr, wenn es nicht spätestens sechs
Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres
schriftlich gekündigt wird.
Jahresvorzugspreis für Studenten
gegen Vorlage einer Immatrikula-
tionsbescheinigung 60 EUR zzgl.
jew. Versandkostenanteil.
Preisänderungen vorbehalten.

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

Kössinger AG - Fruehaufstraße 21
84069 Schierling - info@koessinger.
de - Tel +49-(0)9451-499124
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr ent-
haltenen einzelnen Beiträge und
Abbildungen sind urheberrechtlich
geschützt. Mit Annahme des Man-
uskripts gehen das Recht zur Ver-
öffentlichung sowie die Rechte zur
Übersetzung, zur Vergabe von Nach-

druckrechten, zur elektronischen
Speicherung in Datenbanken, zur
Herstellung von Sonderdrucken,
Fotokopien und Mikrokopien an
den Verlag über. Jede Verwertung
außerhalb der durch das Urheber-
rechtsgesetz festgelegten Grenzen
ist ohne Zustimmung des Verlags
unzulässig. In der unaufgeforderten
Zusendung von Beiträgen und
Informationen an den Verlag liegt
das jederzeit widerrufliche Einver-
ständnis, die zugesandten Beiträge
bzw. Informationen in Datenbanken
einzustellen, die vom Verlag oder
Dritten geführt werden.



Peter Stegmaier
Chefredakteur von „Monitor Pflege“ und „Monitor Versorgungsforschung“

Mehr Macht der Pflege

>> Wenn die Minigewerkschaften der Lokführer oder der Piloten streiken, kommt man eben ein paar Tage nicht von A nach B. Das mag dramatisch sein, aber ist nach Meinung von **Dr. Eckart von Hirschhausen**, hinnehmbar. Seiner Ansicht nach sollte die Pflege es sich einmal überlegen, selbst zu streiken. Dann komme, so der Mediziner und Kabarettist bei der Einführungs-Presskonferenz des Deutschen Pflgetags „ein Kranker nicht mehr vom Bett auf das Klo“. Okay, sagt er, schmunzelt, das höre sich erst mal gar nicht mal so arg an, doch: „Ich frage Sie nach zwölf Stunden noch einmal, was wirklich schlimmer ist?“ Nach einem halben Tag spätestens sei klar, was wirklich dringender sei: von Hamburg nach München oder vom Bett zum Klo zu kommen! Das Problem ist: Während sich ein paar Tausend Lokführer oder Piloten und wenn die nicht, dann die Fluglotsen, gefühlt im Dauerstreik befinden und für Wochen im Prinzip ganz Deutschland lahmlegen, macht so etwas die Pflege einfach nicht. Denn Pflegenden sind Gutmenschen, die ihre zu Pflegenden nicht im Stich lassen. Wenn sie dann doch einmal protestieren, machen sie das möglichst sozialverträglich, am besten in ihrer Freizeit. Wie in etwa schon 2008 mit der Aktion „Uns reicht's“ oder aktuell bei der echt gutgemeinten Aktion „Pflege am Boden“. Da legen sich bundesweit einige wenige Pflegenden und all jene, die das eher stumme Protest-Vorhaben unterstützen wollen, an möglichst zentralen Orten auf den Asphalt. Für immerhin ganze zehn Minuten und nennen das dann einen „bundesweiten Flashmob“. Gut, das ist besser als rein gar nichts und denen, die diese Aktion initiieren und organisieren und denen, die dabei mitmachen, gehört mein Respekt. Sie machen wenigstens etwas! Und das absolut ehrenamtlich und ohne jegliche Absicherung durch eine Streikkasse.

> S. 11 ff.

Vergleichbar mit den wochenlangen Streiks von Minigewerkschaften oder aktuell den Ausständen der Beschäftigten im öffentlichen Dienst ist das aber nun gewiss nicht. Das rührt Arbeitgeber und diejenigen, die schlechte Arbeitsbedingungen und ebensolche Gehälter verhandeln, überhaupt nicht: Das sind nämlich starke Arbeitgeberverbände und eben jene etablierten Gewerkschaften, durch die sich die professionell Pflegenden in Sachen Arbeitskampf und Lohnverhandlungen seit Jahren vertreten haben lassen: Man sieht auch an der aktuellen Studie „Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient“ – erstellt durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) im Auftrag des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung – wie „gut“ ihnen das bisher gelang. Zwischen dem Lohn einer Altenpflegerin in Schleswig-Holstein und einer in Nordrhein-Westfalen liegen satte 500 Euro. Wieso? Das fragt der Patienten- und Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, **Karl-Josef Laumann**, zurecht!

> S. 13

Doch vielleicht braucht es die von Hirschhausen angeregte Bett-Klo-Eskalation auch (noch) gar nicht. Einen wichtigen Hinweis auf das, was man vor dem Schrauben an einer Eskalationsspirale machen könnte, gab **Dr. Rainer Hess**, der ehemalige unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in seinem Vortrag „Wer darf was“, indem er die immer noch ungelöste Problematik Delegation und Substitution aufarbeitete. Er regte an, die bereits 2011 vom G-BA verabschiedete „Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben“ nach SGB V §63 Abs. 3c zu beachten. Mit diesem Paragraphen wird die Möglichkeit derartiger Modellvorhaben klipp und klar geregelt – nur leider wieder einmal in einer Kann-Regelung. Wenn wundert es da groß, dass die hier gefragten Krankenkassen mit solchen, immerhin seit vier Jahren möglichen Modellvorhaben, bisher noch nicht einmal angefangen haben. Hess: „Wenn ich aber keinen Modellversuch habe, kann ich ihn auch nicht in die Regelausbildung umsetzen, da hilft nur Politik.“ Will sagen: Druck auf dieselbe.

Doch dafür ist die bisher nur ehrenamtlich vertretene Pflege institutionell weder genügend durchsetzungsfähig noch finanziert und auch nicht legitimiert genug. Dazu bräuhete es eine ausgebaute Kammerstruktur auf Landes- und natürlich möglichst schnell eine ebensolche auf Bundesebene. Eine derartige Pflege-Kammerung gibt es übrigens in Europa und auf der ganzen Welt schon längst, selbst in Ghana, Sambia und Simbabwe. Deutschland fängt immerhin erst jetzt zaghaft damit an: in Rheinland-Pfalz. <<

> S. 18

Seien Sie die Ersten und melden sich kostenlos an bei:

www.wir-sind-die-pflege.de
oder
www.wearecare.net



Ihr

Peter Stegmaier,
Chefredakteur „Monitor Pflege“

P.S.: Geben auch Sie der Profession Pflege ihr Gesicht, melden Sie sich an bei www.wir-sind-die-pflege.de



DEUTSCHER PFLEGETAG 2015

PFLEGE STÄRKEN MIT STARKEN PARTNERN

Veranstalter



Gründungspartner



Premiumpartner



Organisator



In Kooperation mit



DANKE, DASS SIE DABEI WAREN
beim Deutschen Pflegetag 2015!

- mit mehr als 4.500 Gästen,
175 Referenten und 80 Ausstellern

Die Pflege hat beeindruckt:

- mit mehr als 5.000 Tweets
- über 200 Presseartikeln,
- über 20 TV-Beiträgen in über
50 Sendungen
- über 300 Radiobeiträgen

Interview mit Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e.V.

„Pflegeversicherung verstehbar gestalten“

Ulrike Elsner ist seit Juli 2012 Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek). Die Juristin und Sozialrechtlerin, seit 1994 für den Ersatzkassenverband, zunächst in den Landesverbänden Berlin und Sachsen tätig, übernahm das Amt von Thomas Ballast, der als stellvertretender Vorstandsvorsitzender zur Techniker-Krankenkasse wechselte. Sie ist eine vehemente Verfechterin der Selbstverwaltung und seit Juni 2010 ehrenamtliche Richterin am Bundessozialgericht.

>> In diesem Jahr wurden 20 Jahre Pflegeversicherung gefeiert, die 1995 – gegen viele Widerstände – eingeführt wurde. Man kann es sich heute eigentlich gar nicht mehr vorstellen, dass es vor nur 20 Jahren noch nichts Vergleichbares gab.

Es ist ein Meilenstein in der Sozialpolitik, dass mit diesem Schritt die fünfte Säule in der Sozialversicherung aufgebaut wurde. Vor der Einführung der Pflegeversicherung konnten sich viele Menschen Pflegeleistungen nicht leisten und waren deswegen auf Sozialhilfe angewiesen. Das ist erfreulicherweise heute nicht mehr der Fall. Man hat aber schon damals diskutiert, ob die Pflegeversicherung ein Leistungsgesetz oder eine Versicherung sein soll, wobei die Entscheidung auf letzteres gefallen ist. Auch das war damals ein Novum: Es wurde ja eine Art Teilkaskoversicherung eingeführt.

Die Bevölkerung will im Grunde lieber, dass es eine Vollkaskoversicherung wäre.

Richtig, aber so war nun einmal die damalige politische Entscheidung – natürlich auch, um den Beitrag in einem kommunizierbaren und auch darstellbaren Rahmen zu halten. Nun geht es aber darum, das erreichte Teilkasko-Niveau auch halten zu können. Nachdem es lange Zeit keine Dynamisierung der Beiträge gegeben hat, wurde mit den aktuellen Gesetzesvorhaben eine vierprozentige Dynamisierung in den Pflegestufen vorgesehen. Ich finde es gut, dass das jetzt gekommen ist. Was dringend nötig war, um dem aufgelaufenen Bedarf zu begegnen. Es hat sich schon viel zu lange einiges angestaut, was leider zu einer schleichenden Entwertung der Leistungen geführt hat.

Wenn auf der einen Seite die Preise steigen, auf der anderen aber die Bezugsgrößen festgeschrieben sind, wird es schwierig.

Darum wünschten wir uns beim vdek, dass es beim Thema Dynamisierung nicht nur nach drei Jahren einen gesetzlichen Prüfauftrag gibt, sondern dass eine automatische Anpassung erfolgt, vergleichbar mit der Rentenversicherung – dafür aber bitte eine möglichst einfache Formel.

Was ist denn in diesen 20 Jahren Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen passiert?

Da ist einiges geschehen, z. B. der Aufbau der Pflegestützpunkte, die Einführung der Pflegeberatung und der Pflegenoten, aber auch die Förderung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen oder mehr Zuschüsse für Wohngruppen. Gerade in den letztgenannten Maßnahmen bilden sich für mich auch ein Stück unserer Gesellschaft und die unterschiedlichen Lebensformen ab, die bis in die Pflege hinein Akzeptanz finden.

Sehen Sie auch das Pflegestärkungsgesetz I, das seit 1. Januar dieses Jahres in Kraft ist, positiv?

Sicher, nur hätten wir uns das früher gewünscht. Doch nun sollten wir einfach nach vorne schauen und sehen, dass wir die Umsetzung schnell und möglichst reibungslos hinbekommen.

Wo sehen Sie denn die Hauptprobleme bei der Umsetzung?

Das Pflegestärkungsgesetz I ist eben nur ein Zwischenschritt ...

... zum Pflegestärkungsgesetz II, das 2017 in Kraft treten soll.

Darum kann man das Pflegestärkungsgesetz I nicht alleine betrachten, sondern muss sich immer vor Augen halten, dass wir damit nur die halbe Wegstrecke beschreiten. Das heißt, wir können derzeit eigentlich nur Einzelmaßnahmen betrachten, wie etwa neue Leistungen und Betreuungsschlüssel für kognitiv eingeschränkte Menschen. Das alles sind gute und richtige Ansätze, doch wirklich zielführend wird erst das Gesamtkonzept sein mit dem neuen Begutachtungs-Assessment und dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Es gibt erste Zwischenergebnisse des Gutachtens, das das Begutachtungs-Assessment überprüft hatte und in dem festgestellt werden sollte, ob die neuen Pflegebedürftigkeitsstufen auch praktikabel sind und dem Pflegebedürftigen gerecht werden.

Im Wesentlichen ist herausgekommen, dass das entwickelte Assessment bei den Beteiligten zu recht positiven Ergebnissen geführt hat. Erfreulich ist, dass das System an sich funktioniert. Nur hier und da gibt es Präzisionsbedarf. Ein zweites Gutachten bezieht sich auf den unterschiedlichen Aufwand bei den Pflegestufen. Unsere Experten sagen, dass sich das in eine gute Richtung entwickeln wird. Eine offene Baustelle bleibt aber die Frage, wie die Pflegestufen mit Leistungen und Beträgen hinterlegt werden. Diese Frage wird sicherlich die Diskussion im zweiten Halbjahr dieses Jahres dominieren. Doch möglicherweise können wir die Details bereits früher berechnen, da das erste Gutachten bezüglich der Eingruppierung ganz positiv ausgefallen ist. Das wäre auch gut, damit die Phase des Wechsels einfacher wird.

Man wird doch sicherlich auch mit Bestandsschutz arbeiten?

Sicher. Es gibt kein einfaches Schema, das man ohne Weiteres auswechseln kann. Die Politik fürchtet darum zu Recht die Umstellungsphase, die zu Unmut führen könnte.

Obwohl die Pflege mit den neuen Gesetzen ganz gut da zu stehen scheint.

Im Moment sind wir bei der Pflegereform wirklich auf einem guten Weg. Von unserer Seite kommt natürlich noch die Forderung, auch die Pflegeversicherung in der privaten Krankenversicherung stärker zu beteiligen. Die PKV hat ja anscheinend ein anderes Risiko, so dass ihre Rücklagen in diesem System viel höher sind als die der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die PKV soll sich etwas stärker einbringen, d.h. mitzahlen?

Die PKV muss zumindest in den Finanzausgleich mit der sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden. Denn in der Pflege gelten Einheitsbeitragsätze, egal ob privat oder gesetzlich versichert.



Weil sich die Gesellschaften nicht leisten will. Andererseits gab es 1995 schon das böse Wort, dass die Pflegeversicherung hauptsächlich eine Erbschaftsschutzversicherung sei.

Eine Vollkasko-Pflegeversicherung kann sich keine Gesellschaft ernsthaft leisten, alleine schon deshalb nicht, weil die Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren steigen wird. Eine älter werdende Gesellschaft wird immer entsprechend höhere Pflegeanteile mit sich bringen, was die Pflegeversicherung entsprechend fordern wird.

Aus diesem Grund ist Ihre Forderung nach einer Dynamisierung so wichtig.

Trotzdem ist damit die Diskussion um Voll- oder Teilkaskoversicherung nicht vom Tisch. Zumindest gibt es derzeit in der Gesellschaft Akzeptanz dafür,

das erreichte Teilkasko-Niveau mit gewissen Schärfungen zu erhalten. Was auch heißt, dass akzeptiert wurde, dass die Beiträge in der Pflegeversicherung erhöht werden.

Eigentlich ist das fast ein Wunder: Es geht an den Geldbeutel und es gab fast keinen Widerspruch.

Weil alle gute Pflege wollen. Wir wissen doch alle, dass eine älter werdende Gesellschaft gerade in der Pflege zwangsweise teurer wird. Immerhin scheint die Gesellschaft aber bereit zu sein, dafür mehr Geld auszugeben. Das ist ganz anders als in anderen Bereichen.

Wie nehmen Sie die Stimmung unter Ihren Versicherten wahr?

Die Akzeptanz ist wirklich weitestgehend gegeben. Gerade darum müssen wir darauf achten, die neue Pflegeversicherung verstehbar zu gestalten. Früher war das ein recht einfaches System mit ein paar Pflegegraden. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird es komplizierter werden, vor allem dabei, wie sich diese einzelnen Leistungen zueinander verhalten. Hier wird es viel mehr Beratungsbedarf geben als früher.

Wie wird sich das Pflegestärkungsgesetz I auswirken? Welche Erwartungen haben Sie?

Wir erwarten, dass die zusätzlichen Flexibilisierungen und die im Gesetz enthaltenen Leistungen positiv von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wahrgenommen werden. Das hat gar nicht einmal so sehr mit dem Pflegestärkungsgesetz I zu tun, sondern mit einer Regelung, die bereits im vergangenen Jahr aufgenommen wurde.

Zum Pflegebedürftigkeitsbegriff. Wie sollte er sein?

Mit der Einführung des neuen Pflegebegriffs wird das Begutachtungsverfahren beim MDK auf eine völlig neue Basis gestellt, fünf Pflegegrade ersetzen drei Pflegestufen. Wir unterstützen dies, weil Pflegebedürftige mit körperlichen Einschränkungen einerseits und Betroffene mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen (z. B. Demenz) andererseits zukünftig gleich behandelt werden. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist also viel umfassender als der alte mit drei Pflegestufen. Nun wird es vor allem darauf ankommen, wie die fünf Pflegegrade finanziell unterlegt werden. Hierzu hat das BMG ja Studien in Auftrag gegeben. Allerdings muss letztendlich die Politik die Entscheidung über die Geldbeträge treffen.

Womit es beginnt, schwierig zu werden.

Vor allem, wenn man die einzelnen Stufen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs von ihrer Wertigkeit her entsprechend berechnen will – das ist alles andere als trivial.

Die Gefahr besteht, dass die hoch gesteckten Erwartungen enttäuscht werden.

Darum wird es darauf ankommen, wie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit den Beteiligten umgesetzt und entsprechend kommuniziert wird. Das ist ganz wichtig. Wenn man das nicht tut, werden allzu große Erwartungen sicher enttäuscht, denn auch mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erfüllt die Pflegeversicherung keinen Vollkasko-Anspruch.

Dass bei der Begutachtung stärker auf die Reha-Fähigkeit geachtet wird?

Genau. Der MDK hat in der Begutachtungsrichtlinie den Auftrag zu eruieren, ob es einen Rehabilitationsbedarf gibt, der der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken soll. Wir spüren schon jetzt, dass die Anzahl der Reha-Empfehlungen gestiegen ist, was ja ganz positiv ist.

Man sagte doch immer schon: Reha vor Pflege.

Neu ist aber, dass das als Pflichtaufgabe in die Begutachtungsrichtlinie aufgenommen wurde.

Welche sonstigen Qualitätsparameter sind denn für die Pflegeentscheidung und für die Qualität der Pflege entscheidend und wichtig?

Das ist sicherlich das Thema Prävention. Daher finde ich es auch ganz positiv, dass im Entwurf des Präventionsgesetzes steht, dass die Pflegeversicherung einen finanziellen Beitrag zur Prävention leisten soll. Dabei geht es mir nicht um den finanziellen Beitrag, sondern um das Signal. Denn damit wird anerkannt, dass Pflegebedürftige einen Bedarf an Prävention haben, und dass es so etwas wie Prävention in der Pflege überhaupt gibt.

Zu einem weiteren wichtigen Punkt. Der Pflegebevollmächtigte, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, möchte die Bürokratie abbauen. Wie sehen Sie das?

Man muss sicherlich unterscheiden zwischen dem, was an Dokumentation notwendig ist und was nicht.

Vieles wird – so wird oft kritisiert – nur für die MDK-Prüfungen dokumentiert. Doch die Pflegenoten, die hinterher herauskommen, sind laut Herrn Laumann sinnlos.

Genauso wie im ärztlichen Bereich ist die Dokumentation ein Teil der Qualitätssicherung und als solche Teil der Behandlung. Gerade in der Pflege, in der oft viele unterschiedliche Professionen beteiligt sind, ist es wichtig, dass entsprechend gut dokumentiert wird. Wenn aber unsinnige Dinge nur für den MDK dokumentiert werden, hat das natürlich keinen Sinn. Eine gute Initiative, um unnötige Bürokratie zu vermeiden, ist übrigens das Modellprojekt „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Es wurde von Elisabeth Beikirch durchgeführt, um einen Praxistest für eine einfachere Dokumentation im praktischen Alltag zu erproben. Daran haben sich 26 stationäre Pflegeeinrichtungen und 31 ambulante Pflegedienste beteiligt und natürlich auch der vdek.

Der Bericht wurde am 15. Oktober letzten Jahres auf der Internetseite des Pflegebevollmächtigten veröffentlicht. Was durch die Presse ging, waren im Prinzip nur die Pflegenoten, die Herr Laumann und Herr Spahn als Desaster bezeichneten. Wie ist Ihr Standpunkt zu den Pflegenoten?

Bevor wir über das Abschaffen der Pflegenoten nachdenken, sollten wir sie reformieren. Denn meine Befürchtung ist, was einmal abgeschafft wurde, bekommt man nicht wieder. Einige Prüfkriterien sind ja auch durchaus sinnvoll, beispielsweise pflegfachliche Kriterien wie Flüssigkeits- und Dekubitusversorgung oder auch bestimmte Umfeldparameter.

Nur darf man die nicht vermischen mit ausgehängten Speiseplänen oder Blumen auf dem Tisch.

Das Problem ist die Durchschnittsnote, die ohne eine Gewichtung der einzelnen Kriterien errechnet wird. Doch so sah es das Gesetz nun einmal vor. Wahrscheinlich war es damals nicht anders durchsetzungsfähig. Man muss so ein Gesetz ja auch immer aus der Zeit heraus betrachten, in der es entstanden ist. Wichtig ist vor allem, nicht stehen zu bleiben. Der erste Schritt ist seitens des Gesetzgebers gemacht worden. Der zweite wäre nun, die Pflegenoten vom GKV-Spitzenverband unter Beteiligung von Fachexperten zügig weiterzuentwickeln.

Vielleicht wollen die Akteure oder will die Selbstverwaltung in strittigen Fragen von der Politik gezwungen werden?

Diese Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung zu übertragen, ist die richtige Entscheidung. Dass Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter Probleme lösen können, zeigt der Erfolg unseres Gesundheitssystems, dem es gelingt, Innovation und Qualitätsorientierung zu vereinen. Doch damit das Prinzip funktionieren kann, bedarf es ebenso entsprechender Rahmenbedingungen und Konfliktlösungsmechanismen. Die Politik hat z. B. einfach zu lange gewartet, bis die gesetzliche Grundlage für eine Schiedsstelle geschaffen wurde. So gingen leider viele Jahre ins Land, in denen die Selbstverwaltung nicht handlungsfähig war. Wobei natürlich das Austragen von Konflikten auch Teil der Selbstverwaltung ist und sich alle Beteiligten ständig bemühen sollten, aufeinander zuzugehen – auch in der Pflege.

Reicht die Schiedsstelle denn aus? Oder bräuchte man nicht noch mehr ähnliche Mechanismen?

Grundsätzlich reicht für die Selbstverwaltung eine Schiedsstelle aus. Wobei es sicherlich auch ganz hilfreich sein kann, mit sanftem Druck auf die Einhaltung von Terminen hinzuwirken – im Zweifel auch mit Sanktionen. Doch bevor es dazu kommt, sollte man sich immer aus eigenem Antrieb aufeinander zubewegen, um der Politik keine zu große Angriffsfläche zu bieten. Denn im Zweifel wird es für alle Beteiligten nicht einfacher, wenn sich die Politik einmischt.

Und sicher auch nicht sachkundiger.

Das kommt darauf an ...

Haben die Pflegenoten denn wenigstens ein Art Qualitäts-Bewusstsein geschaffen?

Ja, das gilt sicherlich für die Pflegeeinrichtungen. Zudem haben die Pflegenoten einen Großteil zur Transparenz beigetragen. Es hat schon an sich einen Wert, wenn eine Pflegeeinrichtung keine Black Box mehr ist. Dabei darf man sich eben nicht nur die Gesamtnote anschauen, sondern sollte auch die Einzelkriterien, die informativer sind, betrachten. Daher sollte man dieses Instrument nicht leichtsinnig abschaffen.

Kommen wir zur Vergütung in der Pflege, die laut Herrn Laumanns Studie regional sehr unterschiedlich ist. Wo sehen Sie Chancen, dass sich da etwas verbessern könnte?

Vernünftige Bezahlung ist überall wichtig. Pflege hat ihren Wert und es muss einfach sichergestellt werden, dass die Vergütung dort ankommt, wo sie geleistet wird.

Beim einzelnen Pflegenden.

Eine ähnliche Situation gibt es im Krankenhaus, wo nach pauschalierten Entgelten honoriert wird und zwar auf Basis von bestimmten Leistungen sogenannter Kalkulationshäuser. Das Problem: Was hinterher genau passiert, wissen wir nicht.

Damit sind wir bei der nötigen Personalausstattung.

Genau, aber auch dabei, wie das Personal bezahlt wird. Wenn wir Tarif- und Mindestlohn haben, muss auch der Tarif- und Mindestlohn bezahlt werden. Und es muss bei der Verhandlung der Entgelte nachgewiesen werden, dass nach Tarif bezahlt wird.

Das war die Bezahlung. Doch gibt es sicher viele weitere Arbeitsbedingungen, die Pflege nicht gerade attraktiv oder nicht attraktiv genug machen. In Berlin gibt es beispielsweise eine PR-Initiative, die die Wertschätzung für die Pflege erhöhen soll.

Das ist richtig, der vdek hat sich im Übrigen an dieser PR-Initiative beteiligt. Aber zurück zur Ausgangsfrage: In der Bevölkerung genießen Pflegekräfte bereits jetzt eine hohe Wertschätzung. Doch jeder Arbeitgeber, auch in der Pflege, muss selbst darauf achten, dass er attraktiv für seine Mitarbeiter ist. Nur so bekommt und hält er gute Mitarbeiter. Auch die Arbeitgeberverbände haben längst erkannt, dass neben der Finanzausstattung auch die sonstigen Arbeitsbedingungen wichtig sind.

In anderen Branchen gibt es Rankings der beliebtesten Arbeitgeber – und in der Pflege?

Ich kann mir gut vorstellen, dass so etwas auch in der Pflege Schule machen könnte. Was aber noch wichtiger wäre, ist die flächendeckende Abschaffung des Schulgeldes in der Ausbildung. Diese Eingangshürde ist nicht mehr nachzuvollziehen.

All das hat damit zu tun, dass wir derzeit schon einen großen Mangel an Pflegekräften haben und sich dieser weiter verschärfen wird, wenn die Zahl der Pflegebedürftigen – wie vorausgesagt – pro Jahr um 3,5 Prozent zunehmen wird.

Das stimmt. Wir sollten uns daher mindestens genauso sehr um die Zukunft der Pflegekräfte kümmern wie um die der Ärzte. Obwohl wir im Gesundheitswesen so viele Ärzte haben wie nie zuvor, haben sie es geschafft, in der Öffentlichkeit einen Mangel herbeizureden und diesen für sich gut auszunutzen. Das ist im Pflegebereich anders. Man sieht das beispielsweise in den Krankenhäusern: Hier wurden keine Ärzte entlassen, sondern Personal im Pflegebereich abgebaut, was nun zu einer hohen Arbeitsverdichtung bei den verbliebenden Pflegekräften führt.

Was auch wieder zur Unattraktivität der Profession beigetragen hat.

Genau. Doch wie viele Pflegekräfte wir nun tatsächlich brauchen, hängt von der Prognose ab, die wir heute nicht genau abgeben können. Zumal sich die Art der Pflege auch künftig ändern wird.

Wie stellen Sie sich denn die Pflege 2025 vor?

Pflege wird sicher nicht mehr so viel in stationären Einrichtungen passieren. Wichtig ist hier das Stichwort Umfeldorganisation. Verbünde und Kommunen werden viel stärker zusammenarbeiten, um sicherzu-

stellen, dass die Menschen so lange wie möglich in ihrem häuslichen Umfeld wohnen können. Häufig ist dafür gar nicht einmal allzu viel Unterstützung bedarf notwendig, wenn Dinge wie Einkaufen, Essen und eine ausreichende ambulante Pflege geregelt sind. Hier wird es zunehmend mehr Möglichkeiten und Angebote geben, wobei auch die Technisierung im Umfeld des Ambient Assisted Living sehr hilfreich sein kann. Bald kommen ja die Generationen in die Pflege, die mit Computern groß geworden sind.

Was halten Sie denn von der Akademisierung der Pflege?

Man muss den Pflegekräften, die sich akademisch weiterentwickeln und damit eine leitende Position einnehmen wollen, diese Möglichkeit geben. Ansonsten sollten wir unsere derzeitige mehrstufige Ausbildung erhalten.

Mit Abitur als Mindestvoraussetzung?

Nein, ich denke ein Abitur ist nicht notwendig. Gerade in der Pflege können Menschen, die ihre Stärken möglicherweise nicht im akademischen Bereich haben, etwas wirklich Gutes bewirken. Daher muss man eine gewisse Durchlässigkeit und moderate Eingangsvoraussetzungen zulassen. Es kann doch nicht sein, dass eine Pflegerin nur noch mit Abitur ans Bett gelassen wird.

Hat nicht die Pflegeversicherung als solche auch zu einer Professionalisierung der ganzen Pflege beigetragen?

Auch das war ein Erfolg der Pflegeversicherung, ganz sicher. Die Pflege wurde professionalisiert, Strukturen aufgebaut und auch die Qualitätssicherung und Transparenz in der Pflege erhöht.

Ist denn alles eitel Sonnenschein?

Nein, sicher nicht. Wir haben noch sehr viel zu tun in der Pflege und das gilt natürlich auch gerade, was die Finanzierungsfragen angeht. Die Politik hat Mut besessen und die Beitragssätze in der Pflegeversicherung moderat angehoben. Aber das wird sicher nicht reichen, um die Pflegeversicherung zukunftsfest zu gestalten. Hier sind sicherlich weitere Beitragsanpassungen erforderlich, auch wenn es bei der Konstruktion der Pflegeversicherung als Teilkasko-Versicherung bleiben wird.

Was ist mit dem Vorsorgefonds?

Womit wir hadern, ist der Pflegevorsorgefonds, der bekanntlich angelegt wurde, damit im Jahr 2035, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ins Pflegealter kommen, die Beitragssätze ein Stück weit gestützt werden. Das Pflegestärkungsgesetz I sieht ja eine Erhöhung der Beitragssätze um 0,3 Prozent vor. Davon entfallen 0,2 Prozentpunkte auf die Dynamisierung und kurzfristige Leistungsverbesserungen, 0,1 Prozentpunkte gehen in den neuen Pflegevorsorgefonds, der als Sondervermögen bei der Bundesbank eingerichtet ist. Das ist nach unseren Berechnungen für den Fonds ganz klar nicht ausreichend, um die Pflege zukunftsfest zu gestalten.

Auch scheint die Idee, Pflege über Kapitaldeckung zu finanzieren unter den gegenwärtigen Kapitalmarktbedingungen nicht mehr zu funktionieren.

Der neue Pflegevorsorgefonds ist ein Überbleibsel der Kapitaldeckungs-idee, die unter der schwarz-gelben Bundesregierung Konjunktur hatte. Das aber kann nicht der richtige Weg sein. Immerhin ist der neue Pflegevorsorgefonds besser als eine reine Privatisierung und Individualisierung der Pflege. Der Pflegevorsorgefonds ist innerhalb der sozialen Pflegeversicherung angelegt und wird paritätisch sowie über Beiträge umlagefinanziert. Das ist besser als das vollständig individualisierte Kapitaldeckungsmodell, das die Vorgängerregierung mit dem sogenannten privaten Pflege-Bahr eingeführt hat. Doch wäre aus unserer Sicht das Geld sicherlich besser angelegt, wenn man es für die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verwenden würde. Zumal wir nicht wissen, ob und wann Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble auf die Idee kommt, das Geld für andere Zwecke auszugeben.

Wohl wahr. Stoßen Ihnen noch andere Dinge auf, die Sie nicht gut finden?

Gewisse Dinge sind uns einfach nicht transparent genug. Das gilt beispielsweise für die neuen Leistungen nach dem Ersten Pflege-stärkungsgesetz, nämlich der Verhinderungspflege und Kurzzeit-pflege, bei denen es recht komplizierte Verrechnungsmodi gibt. Das ist jedoch keine Kritik an den Leistungen generell, sondern nur an der Art und Weise der Ausgestaltung des Gesetzes. Man müsste das Ganze sicherlich übersichtlicher gestalten.

Ist die Politik in bester Absicht auf eine etwas unglückliche De-tailregelung gekommen oder stecken Absichten dahinter?

Natürlich sind irgendwo immer Interessen im Spiel, aber eigent-lich sind hier gute Menschen am Werk. Das wird möglicherweise einfach der zunehmenden Komplexität der Materie geschuldet sein.

Sehr diplomatisch.

Wieso? Ich vermute einfach keine strategischen Absichten da-hinter.

Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung Laumann be-tont das Thema der Familiengerechtigkeit. Ist das auch für Sie ein wichtiger Punkt?

Absolut. Daher begrüßen wir auch, dass die neue Gesetzgebung eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ermög-licht. Zum Beispiel haben pflegende Angehörige nun bis zu zehn Tagen Anspruch auf ein Unterstützungsgeld und können bis zu 24 Monate lang ihre Arbeitszeit auf 15 Stunden reduzieren, wenn sie einen nahen Angehörigen zu Hause pflegen. Auch das ist für mich Ausdruck einer gesellschaftlichen Entwicklung.

Noch ein paar Worte zur Krankenhausreform. Sie unterstützen die Linie des Ministers, Qualität als verbindliches Kriterium für die Krankenhausplanung zu nehmen?

Ja, das ist eine zentrale Forderung der Ersatzkassen und des vdek. Qualität und Erreichbarkeit von Krankenhäusern müssen im Mittelpunkt einer Krankenhausplanung der Zukunft stehen. Obwohl Deutschland bei den Gesundheitskosten weltweit einen Spitzen-platz belegt, schneiden wir bei der Qualität im Krankenhausbe-

reich nur mittelmäßig ab. Die Politik ist dringend aufgefordert, hier durch gesetzliche Maßnahmen entgegenzuwirken.

Wie kann das aussehen?

Die Krankenhausplanung der Länder mit Qualitätskriterien flan-kieren. Darum haben wir 2014 ein Gutachten beim RWI beauf-tragt. Um mehr Qualität und ein gleiches Versorgungsniveau von Schleswig-Holstein bis Bayern, von Mecklenburg-Vorpommern bis ins Saarland zu erreichen, muss es bundesweit einheitliche Quali-täts- und Erreichbarkeitsstandards geben. Diese sollten verbindlich für die Krankenhausplanung und Budgetverhandlungen der Kran-kenkassen mit den Krankenhäusern in den Ländern gelten. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Regelungen, wie etwa Mindestmengen beispielsweise bei Knie-Operationen oder auch Personalvorgaben für die Versorgung von Frühchen auf ei-ner Neugeborenenstation, sind erst der Anfang und müssen konse-quent weiterentwickelt und ausgebaut werden.

Die Bund-Länder-AG hat Ihre Forderung aufgegriffen?

Wir sind froh, dass unsere Forderung, die Qualität bei der Kran-kenhausplanung zu berücksichtigen, in der Bund-Länder-Arbeits-gruppe Gehör gefunden hat. Im Moment findet der Qualitätsaspekt in der Krankenhausplanung nur vereinzelt Anwendung. Mir geht aber die Bund-Länder-Arbeitsgruppe noch nicht weit genug, da die Bundesländer bei ihrer Planung von den Qualitätsparametern des G-BA abweichen können.

Hoffen wir das Beste. Ein anderer Punkt ist sicher die Mindest-mengenregelung, was in der Pflege der Personalschlüssel ist.

Sowohl die Schaffung weiterer Mindestmengen als auch Mindest-personalzahlen in qualitätssensiblen Bereichen wären Instrumente, die Qualität der Versorgung zu verbessern und sicherzustellen.

Was ist daran so schwierig?

Gerade das Beispiel der Pflegepersonalstellen zeigt, dass es schwierig ist zu überprüfen, ob Mittel auch für ihren vorgesehenen Zweck eingesetzt werden. Es scheint durchaus ein gewisses Defizit in der Transparenz der DRG zu geben. Wobei wir jetzt auch nicht zum Selbstkostendeckungsprinzip zurückkommen wollen. Sicher gibt es aber gerade in der Versorgung am Bett Handlungsbedarf.

Sehen Sie uns da auf einem guten Wege?

Ein neues Bewusstsein ist immer der erste Schritt. Meine große Hoffnung ist, dass wir endlich mit einem Strukturumbau der Kran-kenhauslandschaft beginnen. Der Bund muss die Qualitätskriteri-en und die Voraussetzungen schaffen und damit die Länder in der Kommunikation mit den Trägern und der Bevölkerung unterstützen.

Frau Elsner, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MoPF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Bearbeitung durch MoPF-Chefredakteur Peter Stegmaier.



Eröffnung des Deutschen Pfl egetags 2015 (v.l.): Andreas Westerfellhaus (Deutscher Pfl egerat), Harm van Maanen (Schü tersche Verlagsgesellschaft), Jürgen Gralmann (AOK Bundesverband), Karl-Josef Laumann (Patienten- und Pfl egebevollmächtigter der Bundesregierung), Lutz Stroppe (BMG) und Ehrengast Franz Müntefering (SPD).

Karl-Josef-Laumann, der Pfl egebevollmächtigter der Bundesregierung, auf dem Deutschen Pfl egetag:

„Wir müssen die Generalistik durchsetzen“

So etwas wie den Deutschen Pfl egetag 2015 hat es im deutschen Gesundheitswesen noch nie gegeben: Der Deutsche Pfl egetag 2015 war ein großartiger Erfolg auf allen Ebenen. Statt wie gehofft 3.000 kamen schließlich über 4.500 Besucher, die das dreitägige Kongress- und Messeprogramm mit 175 Referenten und Moderatoren und 80 Ausstellern erlebten. Rund 5.000 Tweets, weit mehr als 200 Presseartikel, über 20 TV-Beiträge in über 50 Sendungen (von der ARD-Tagesschau bis ZDF heute) sowie über 300 Radiobeiträge, erstellt von 77 akkreditierten Medienvertretern, zeigten die Bedeutung und Relevanz des Deutschen Pfl egetags, der es in der geschichtsträchtigen Location des Flughafens Tempelhof erstmals geschafft hat, die Pflege in Deutschland massiv in die öffentliche Wahrnehmung zu bringen, um so in einen dringend notwendigen gesellschaftlichen Diskurs um die Zukunft der Pflege einzusteigen.

>> „Wenn die Lokführer oder Piloten streiken, regt sich die Nation auf und man kommt ein paar Tage nicht von A nach B.“ Nach Meinung von Dr. Eckart von Hirschhausen, der die Einführungs-Pressekonferenz des Deutschen Pfl egetags leitete, sollte die Pflege sich mal überlegen, was wohl passieren würde, wenn die Pflege streiken würde. Dann komme, so der Mediziner und Kabarettist, zum Beispiel „ein Kranker nicht mehr von Bett aufs Klo“. Das höre sich erst mal gar nicht so schlimm an, so Hirschhausen, der dann aber schelmisch ergänzte: „Ich frage Sie nach zwölf Stunden noch einmal, was wirklich dringender ist!“

Andreas Westerfellhaus, der Präsident des Deutschen Pfl ege-

rats und Veranstalter des Deutschen Pfl egetags, nahm auf der Pressekonferenz den Gedanken auf, weil gerade am Morgen des ersten Kongresstags Beschäftigte der Bahn wieder einmal gestreikt hatten. „Stellen Sie sich vor, wenn auf einmal auf großen Schildern steht: Zimmer 2 heute kein Verbandswechsel, Zimmer 3 keine Fusion und Zimmer 6 Essenversorgung heute um sechs Stunden verzögert.“

Eine solche Aktion bekäme eine Bedeutung und Dimension, die Menschen ganz explizit vor Ort spüren würden. Und natürlich auch diejenigen, die letztendlich die Leistung am Menschen erbringen müssen. Dabei erkennt Westerfellhaus an, dass gerade die aktuelle Regierung in

der Pflege viel bewegt habe, sicher auch, weil der Pfl egerat mit all seinen Organisationen immer wieder die Finger in die Wunden gelegt habe.

Doch nun sei es wichtig, dass die Pflegepolitik in der Bundesrepublik Deutschland endlich mindestens den gleichen Stellenwert bekäme, wie die Energie- und Umweltpolitik. Westerfellhaus: „Das ist unsere Zielvorstellung, an der wir arbeiten müssen.“ Dazu sei es notwendig, meinte Westerfellhaus an Bund und Länder gerichtet, dass die Pflege-Profession strukturiert an allen Prozessen im Rahmen der Gesundheitspolitik beteiligt werde, was derzeit eher noch nach dem Zufalls- oder Gießkannenprinzip geschehe. „Wir fordern, die Selbst-

verwaltung in allen Bundesländern Deutschlands einzuführen, damit unsere Profession, die immens viel für die Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens beizutragen hat, die Gestaltung eigenverantwortlich übernehmen kann“, so Westerfellhaus.

Pro Pflegekammern

Damit sprach sich der Pfl egerats-Präsident explizit für die Einführung von Pflegekammern aus. Hier hätten sich zwar schon einige mutige Länder (wie Rheinland-Platz – s. S. 19) auf den Weg gemacht, doch nun hoffe er darauf, dass schnell andere folgen würden. Mit Blick auf den Süden der Republik, namentlich Bayern, mahnte er: „Wenn man

erst den Pflegenden etwas verspricht und die Mehrheit dann auch noch dafür ist, eine Selbstverwaltung einzuführen, dann aber das Versprechen widerruft, hat das mit Wertschätzung nichts mehr zu tun.“

Neu ist die Forderung nach einer Verkammerung der Pflege gewiss nicht – seit über 20 Jahren wird darum mal mehr oder weniger heftig mit diversen Rechtsgutachten und Initiativen gekämpft. Und schon seit 1995 gibt es den Runden Tisch zur Errichtung von Pflegekammern in Deutschland, die heute Nationale Konferenz genannt wird und bis dato aktiv ist.

Ein erster Erfolg ist bereits erzielt: die Einrichtung der allerersten Landes-Pflegekammer, die in Rheinland-Pfalz schon angelaufen ist. Damit wäre im Prinzip auch die Schaffung einer Bundespflegekammer möglich. Die würde dann auf dem gleichen Level wie die Apotheker- oder die Ärztekammer agieren, deren sogenannte „Parlamente“ der „Deutsche Apothekertag“ sind; respektive der „Deutsche Ärztetag“, zu dem die 17 deutschen Ärztekammern pro Jahr insgesamt 250 Delegierte entsenden.

Zu den Aufgaben des Ärztetages gehört es u.a. länderübergreifende Regelungen zum Berufsrecht (z. B. die Muster-Berufsordnung und die Muster-Weiterbildungsordnung) zu erarbeiten und zu verabschieden sowie die Positionen der Ärzteschaft zu aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen der Gesellschaft zu artikulieren und sie der Öffentlichkeit zu vermitteln.

Ähnliches kann irgendwann einmal auch der Deutsche Pfllegetag tun – wenn denn einmal die Bundespflegekammer installiert und der Pfllegetag als „Parlament der Pflege“ vom Deutschen Pfllegerat übernommen und fort-



Eröffnungspressekonferenz des Deutschen Pfllegetags 2015 (v.l.) Dr. Eckart von Hirschhausen, Andreas Westerfellhaus (Deutscher Pfllegerat), Karl-Josef Laumann (Pfllegebevollmächtigter) und Jürgen Graalmann (AOK Bundesverband).

geführt werden sollte. Wann das passieren könnte, liegt allerdings noch in den Sternen, sicher nicht bis zum kommenden Pfllegetag. Der wurde bereits angekündigt und soll vom 10. bis 12. März 2016 wieder im Hauptgebäude des Flughafens Tempelhof und vielen Großzelten auf dem Vorfeld, vielleicht dann auch in einigen Hangars stattfinden, wenn – wie durchaus erwartet – nächstes Jahr noch mehr Pflegenden nach Berlin kommen sollten.

„Kirche im Dorf lassen“, rät da leise Karl-Josef Laumann, der Patienten- und Pfllegebevollmächtigte der Bundesregierung, bezüglich der Verkammerung: „Nur nichts überstürzen.“ Der erfahrene Politiker weiß genau um Pro und Kontra sowie die Befindlichkeiten sowohl der Pflegenden als auch derjenigen, die vor einer starken Pfllegekammer Angst haben könnten: Das sind vor allem die Gewerkschaften und im Saarland sowie in Bremen auch die Arbeitskammern, die sich um zahlende Mitglieder sorgen.

Dabei sind Kammern und Gewerkschaften beileibe keine Gegensätze, sondern könnten sich, wie immer wieder vom Pfllegerat und anderen Befürwortern der Pfllegekammern betont und glaubhaft versichert wird, gegenseitig ergänzen.

Auch Laumann sieht eine ganz wichtige Funktion bei den Gewerkschaften, die aufgerufen sind, mit den Arbeitgeberverbänden Tarifverträge auszuhandeln, die den regionalen Unterschied gerade in der Entlohnung der Altenpflege ausmerzt. Nach einer kürzlich vom Pfllegebevollmächtigten der Bundesregierung veröffentlichten Studie liegen zwischen dem Lohn einer Altenpflegerin in Schleswig-Holstein und einer in Nordrhein-Westfalen glatte 500 Euro, obwohl das SGB XI bundesweit gelte. Laumann: „Warum wird in Norddeutschland die Pflege am schlechtesten bezahlt? Wie ist es möglich, dass die AOKen in Niedersachsen anders verhandeln als die in Baden-Württemberg?“

Eines sei nämlich seit dem 1. Januar dieses Jahres nicht mehr möglich: Mit einer Detailänderung einer Gesetzesvorschrift im SGB XI habe die Regierung klargestellt, dass die Einhaltung von Tarifverträgen in den Verhandlungen nicht (mehr) als unwirtschaftlich dargestellt werden könne. Damit habe laut Laumann der Gesetzgeber quasi die Einhaltung von Tarifverträgen vorgeschrieben. Laumann: „Wir müssen die Pflege mit einer fairen Bezahlung wertschätzen.“

Wer die Bekämpfung des Pflle-

gefachkräftemangels ernst nehmen, müsse faire Tarifverträge abschließen und diese dann auch einhalten. Denn ein fairer Lohn werde durch Tarifverträge bestimmt, nicht durch Politik und auch nicht durch Verhandlungen zwischen Kassen und Einrichtungen, sondern eben durch Gewerkschaften. Aber: Nicht durch Kammern!

Für Generalistik

Ein Thema, in das sich eine starke Vertretung der Pflege – was durch eine Verkammerung, wie in den meisten europäischen Ländern seit langem geschehen (s. S. 18), erst richtig möglich ist – einbringen muss, ist vor allem die Frage der künftigen Ausbildung.

Hier ist die Politik immerhin schon aus den Startlöchern, wenn noch lange nicht auf der Zielgeraden. „Wir müssen in dieser Wahlperiode das Kästchendenken in der Pflege wegstreifen“, gibt Laumann den ersten Wegpunkt vor und benennt diesen auch: „Wir müssen die Gräben zwischen den unterschiedlichen Bereichen zuschütten und zu einer generalistischen Ausbildung kommen.“

Statt einer wie bisher spezialisierten Altenpflegeausbildung in Altenpflegeeinrichtungen oder einer Krankenpflegeausbildung in Krankenhäusern spricht sich der langgediente CDU-Politiker ganz vehement dafür aus, dass künftig „die großen Berufsbilder in einer Schulform“ unterrichtet und damit auch das gleiche Staatsexamen haben sollten. Damit könnten diese neuen Schulabgänger sowohl im Altenheim wie auch im Krankenhaus arbeiten, wären demnach breiter einsetzbar und könnten sich danach immer noch weiter spezialisieren.

Doch Politiker Laumann kennt auch die Realität, versehen mit

Zahlen und Fakten

Berufsgruppen	Anzahl	Ca.-Brutto-Durchschnitts-verdienst pro Monat/Euro
Lokführer	25.000	2.500 bis 3.400
Fluglotsen	2.000	3.300 bis 10.300
Piloten	20.300	5.420 bis 18.750
Gesundheitsbereich		
Apotheker	49.288	
Krankenhausapotheker		3.500 bis 7.000
Apothekenleiter		3.174 bis 3.850
Selbstständige Apoth.		4.500 bis 22.500
Ärzte	357.252	
in Krankenhäusern	181.012	4.219 bis 9.250
Niedergelassene Ärzte	123.629	8.866 bis 19.200
Pflegende*	1.113.700*	
Fachkraft Altenpflege	103.200 (TZ)/116.100 (TZ)	1.945 (Ost) bis 2.568 (West)
Fachkraft Krankenpflege	293.000 (TZ)/283.500 (TZ)	2.738 (Ost) bis 3.139 (West)
Helfer Altenpflege	56.200 (TZ)/135.900 (TZ)	1.495 (Ost) bis 1.855 (West)
Helfer Krankenpflege	48.800 (TZ)/ 77.000 (TZ)	1.854 (Ost) bis 2.470 (West)

*aus: „Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient“, IAB 2015, plus Eigenrecherchen. Legende: VZ=Vollzeit, TZ=Teilzeit. ©Mopf 2015

zwei großen Hindernissen. Zum einen gebe es „leider viele Organisierte in der Pflege, die das nicht wollen“, zum anderen lebten wir nun einmal in einem föderalistischen Staat, indem auf Grund der verfassungsrechtlichen Lage die Kompetenz der Ausbildung und so auch für die Pflegeschulen bei den Bundesländern liege. Somit müssten in diesem Prozess 16 Bundesländer „mitgenommen“ werden, was noch viel Zeit und viele Gespräche erfordere.

So viel kann das allerdings dann auch nicht mehr sein, denn Laumann gab auf der Pressekonferenz des Deutschen Pfl egetags 2015 schon eine grobe Zeitlinie vor: „Ich denke, dass wir im Sommer mit dem Referententwurf herauskommen und das Verfahren einleiten.“ Wohin die Richtung weisen wird, ist für ihn absolut klar: „Wir müssen die Generalistik durchsetzen.“ <<



„In den letzten 30 bis 40 Jahren hat sich in Deutschland in Sachen unglaublich viel verändert, noch als Minister in NRW musste ich begründen, warum ich Hospize eröffnet habe. Doch in den letzten Jahren hat sich eine zivilgesellschaftliche Bewegung herausgebildet, die eine der schönsten und besten ist. Danke schön und Respekt dafür, dass so viele Menschen in Hospizen und Palliativzentren helfen: Pflege ist ein stolzes gutes Stück Sozialstaat und diese Rolle muss sie auch spielen, dieses Gewicht muss sie auch haben können. Helfen und Sich-helfen-lassen ist Teil des Lebens, das macht Solidarität und Lebensqualität aus.“

Franz Müntefering
Deutscher Pfl egetag 2015

„Die Pflege braucht ihren Platz in der Gesundheitsversorgung Deutschlands und der Deutsche Pfl egetag ist ein fundamentaler Bestandteil dazu. Ärzte und Apotheker sind finanziell unheimlich gut ausgestattet, um sich zu organisieren und um ihre Lobby auszubauen. Die Pflege arbeitet hingegen immer noch auf rein ehrenamtlicher Basis. Und trotzdem ist es unvorstellbar, mit welcher Energie die Delegierten im Deutschen Pfl egerat sowie in den verschiedenen Verbänden und Organisationen der Pflege arbeiten. Meine Hochachtung für diese Leistung.“

Harm van Maanen (Schlütersche Verlagsgesellschaft)
und Organisator des Deutschen Pfl egetags 2015

„Ich bin kein Nestbeschmutzer, doch ich finde die Ärztepolitik der letzten 20 Jahre kurzfristig, um nicht zu sagen borniert und dumm, weil sie sich exklusiv um ihre eigenen Belange gekümmert hat. Die Ärzte sind gut vertreten, wie auch die Apotheker, sie schaffen es immer wieder, eine neue Runde zu verhandeln und mehr Geld für sich herauszuschlagen. Die Ärzte haben verschiedene Probleme, aber die Pflegekräfte- und Ärzteentwicklung ist auf eine Art und Weise auseinander gegangen wie sie in anderen Bereichen der Gesellschaft auch zu beobachten ist, indem sich bestimmte Gruppen entkoppeln. Was nutzt es, wenn man auf der einen Seite beispielsweise über personalisierte Medizin spricht, man auf der anderen Seite aber nicht das nötige Personal dafür hat, Menschen, die ins Zimmer kommen, die den Menschen kennen und wissen, wie es ihm geht.“

Dr. med. Eckart von Hirschhausen
Deutscher Pfl egetag 2015



Dr. iur. Gerhard Igl:

„Hochschulische Erstausbildung in der Pflege – im Spannungsfeld von Heilberuferecht und Hochschulrecht“

Die hochschulische Erstausbildung in der Pflege steht im Spannungsfeld zwischen Heilberuferecht und Hochschulrecht. In dem bundesgesetzlich geregelten Heilberuferecht (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege) wird die Zulassung zu den Berufen geregelt. Davon sind auch die Regelungen zu den Ausbildungsvoraussetzungen, zur Ausbildung und zu den Prüfungen erfasst. Mit diesen Vorschriften nimmt der Bundesgesetzgeber den verfassungsrechtlich verankerten staatlichen Auftrag zum Gesundheits- und Patientenschutz wahr. Bei einer hochschulischen Ausbildung werden die Voraussetzungen für das Studium, die Inhalte des Studiums und die Prüfungen landesrechtlich über die Hochschulgesetze und von den Hochschulen selbst geregelt. Damit wird auch der Hochschulautonomie Rechnung getragen. Da der Bundesgesetzgeber den verfassungsrechtlich verankerten staatlichen Schutzauftrag nicht an die Hochschulen delegieren kann, muss er bei einer hochschulischen Ausbildung die wesentlichen Gegenstände und Inhalte von Ausbildung und Prüfung als Rahmenvorgabe selbst regeln, wobei den Hochschulen eigene Gestaltungen gemäß den Maßgaben eines Bachelorstudiums möglich sein müssen. Welche Gestaltungsmöglichkeiten in diesem Spannungsverhältnis gegeben sind, wird im Einzelnen zu erörtern sein.



Dr. iur. Alexandra Jorzig:

„Hochschulische Pflegedokumentation im Krankenhaus – unter besonderer Berücksichtigung des Projekts zur Entbürokratisierung“

Aus den Vorgaben zur Pflegedokumentation resultiert ein immenser Erfüllungsaufwand, der wiederum zu Entbürokratisierungsbestrebungen führte. Gleichwohl kann auf die Pflegedokumentation als Sicherungsinstrument nur schwerlich verzichtet werden. Zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes gilt es durch eine differenzierte Betrachtung – etwa bei der Grund- und Behandlungspflege – zur Vereinfachung und Effektivitätssteigerung beizutragen. Aus rechtlicher Sicht steht für die Pflegedokumentation im Krankenhaus der, im Jahre 2013 in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügte, § 630f BGB im Mittelpunkt. Denn die Norm statuiert eine Dokumentationspflicht im Rahmen medizinischer Behandlungen. Auf reine Betreuungs- und Pflegeleistungen ist die Regelung jedoch nicht anwendbar. Gleichwohl entfalten die Vorgaben des § 630f BGB im Rahmen einer Krankenhausbehandlung auch für den pflegerischen Bereich Wirkung. Dies gilt zumindest dann, wenn eine Pflegekraft im Rahmen eines Krankenhausvertrages oder auf Anordnung eines Arztes tätig wird.



Ursula Matzke:

„Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegenden – Gibt es ein Effizienzpotential?“

Die Diskussion um eine notwendige Neuausrichtung der Aufgaben in der Gesundheitsversorgung ist in vollem Gange. Dabei reicht sie von teilweise eng geführten Ständediskussionen bis hin zu wichtigen Meilensteinen, wie die vom Wissenschaftsrat 2012 publizierten „Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation der Gesundheitsberufe“, über die im Jahr 2012 in Kraft getretene Richtlinie des G-BA über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V bis hin zur Gründung des „Vereins zur Förderung eines nationalen Gesundheitsberufertages“ im Januar 2014. Anstatt an die landläufig verbreiteten Diskurse mit all ihren ökonomischen und rechtlichen Implikationen anzuknüpfen, will dieser Vortrag den Blick weiten und der Frage nach möglichem Effizienzpotential im Hinblick auf Wirksamkeit und Gerechtigkeit von Gesundheitsleistungen nachgehen. Die Aufgaben der Gesundheitsversorgung werden mit der zunehmenden Alterung der Patienten, dem gewandelten Krankheitsspektrum, aber auch durch die geänderten Bedürfnisse der Nutzer sowie den verstärkten Einsatz von Medizintechnik immer aufwändiger und komplexer. Dennoch werden diese Herausforderungen immer noch mit Arbeitsteilung, Fragmentierung und Spezialisierung beantwortet. Tatsächlich müssen wir zurückfinden in die Zukunft einer neuen Ganzheit der Gesundheitsversorgung. Arbeitsteilung und Spezialisierung erlauben zwar eine optimalere Bewältigung von Teilproblemen, führen aber zu einer Zerstückelung von Arbeitsprozessen, die nicht mehr vereinbar ist mit den Erwartungen der Patienten und ihrer Angehörigen an eine kontinuierliche, ganzheitliche und auf sie abgestimmte Versorgung. Vielerorts forciert der ökonomische Druck Prozessoptimierungen, in deren Kontext es auch zu neuen Aufgabenzuordnungen zwischen Ärzten und Pflegenden kommt. Selten werden die Prozesse inhaltlich differenziert wahrgenommen, es fehlt eine systematische und konsequente Neuordnung der Aufgaben. Eine auf den Versorgungsbedarf des Patienten ausgerichtete Kooperation auf Augenhöhe bleibt aus. Die unter ökonomischen Diktat und monetär ausgerichteten Optimierungen, bei denen die Situation der Patienten und die Interessen der Mitarbeiter ausgeblendet werden, bergen zumindest das Risiko von langfristigen Qualitätsverlusten und damit letztlich auch zu wirtschaftlichen Einbußen.



Univ.-Prof. Dr. rer. pol. G. Neubauer:

„Qualitätssicherung im DRG-System?“

Die DRG sind seit zehn Jahren für die deutsche Krankenhausversorgung das dominierende Entgeltsystem. Unbestreitbar ist seit dem die interne Leistungs- und Kostentransparenz angestiegen. Gleichzeitig übt das Entgeltsystem insbesondere durch die ungenügende Anpassung der Entgelte an die Lohnkostenentwicklung einen spürbaren Drucksowohl auf die Leistungsausdehnung als auch auf die Rationalisierung der Arbeitskosten aus. So sind in den Jahren von 2004 bis 2014 die Pflegekosten zwischen 15 und 22 % gesunken obwohl die Verweildauer deutlich weniger rasch zurückgingen. Der Rückgang der Pflegezeiten pro Patient gefährdet aber auch die Pflegequalität. Schließlich wird die Leistungsqualität im Krankenhaus auch sehr stark von der direkten Kontaktzeit von Pflegeperson und Patient bestimmt. Um zu verhindern, dass durch den Rationalisierungsdruck weiterhin auch solche Pflegezeiten verkürzt, bzw. wegrationalisiert werden, die in den Augen des Patienten die Pflegequalität ausmachen, schlagen wir Folgendes vor: Die Pflegeleistungen werden danach unterschieden, ob sie der Kategorie Pflegequalität zuzuordnen sind oder Pflegefunktionen erfüllen, die auch weiterhin rationalisiert werden können. Zur ersten Kategorie zählt etwa das Patientenaufnahmegespräch und zur zweiten Kategorie die Patientendokumentation. Daraus leitet sich die Forderung an die Pflegeberufe ab, ihre Leistungen entsprechend zu kategorisieren, für qualitätsbestimmende Leistungen Sollzeiten vorzugeben und dann mit diesen Angaben über den G-BA das IQWiG mit einer entsprechenden Kalkulation zu beauftragen. Dabei hat das IQWiG für die Pflegequalität Zeiten einzusetzen und keine Kosten zu berechnen. Die Krankenhäuser müssen nachweisen, dass die Pflegezeiten auch entsprechend am Patienten erbracht worden sind. Aber auch die Patienten selbst können prüfen, ob die vorgesehenen Zuwendungszeiten bei ihnen geleistet worden sind. Diese Lösung halten wir für besser als neue Pflegestellen einzurichten, bei denen nicht, bzw. nur sehr schwer zu prüfen ist, ob sie zur direkten Betreuung von Patienten eingesetzt werden.



Hinweis: Auf den Seiten 14-16 finden Sie Abstracts einiger ausgewählter Vorträge, die auf dem Deutschen Pflegekongress gehalten wurden. Mehr finden Sie auf der Seite: www.deutscher-pflegetag.de



Brit Schlechtweg: „Entlassmanagement und sozialmedizinische Nachsorge“

Das Thema Entlassmanagement gewinnt in Krankenhäusern immer mehr an Bedeutung aufgrund der zunehmenden Zahl komplex kranker Patienten sowie sich verändernder Gesellschaftsstrukturen. Sorgfältig und nachhaltig geplante Entlassungen gehören zu den wichtigen Aufgaben der entlassenden Einrichtung, damit dort begonnene Therapien im häuslichen Umfeld weiter geführt werden können. Nicht nur das Thema „Wiederkehrer“ verursacht in diesem Zusammenhang hohe Kosten. Verfügbare Bettenkapazitäten sind in Krankenhäusern ein wertvolles Gut geworden. Nicht immer stimmt die Zahl der an einem Tag aufzunehmenden Patienten mit der Zahl der zu entlassenden Patienten überein.

Deshalb ist es sinnvoll, bereits am Aufnahmetag Überlegungen anzustellen, welche Massnahmen für die Entlassung des Patienten von besonderer Bedeutung sind. Diese können z.B. die Aktivierung eines ambulanten Pflegedienstes oder eine rehabilitative Anschlussheilbehandlung sein. Bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, in Ausnahmefällen bis zum 18. Lebensjahr, gibt es an über 80 Einrichtungen bundesweit, u.a. auch am Olgahospital (Stuttgart) die Möglichkeit, eine sogenannte sozialmedizinische Nachsorgemaßnahme zu beantragen. Sie ist nach § 43 Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen für Kinder mit einem komplexen Interventionsbedarf im häuslichen Umfeld oder bei drohender familiärer Überforderung. Die Nachsorgemaßnahme ist ein freiwilliges Angebot für Familien, das ausschließlich mit der Zustimmung der Familien erfolgt.

In unserem Team der sozialmedizinischen Nachsorge am Olgahospital arbeiten 3 Case Managerinnen mit einem Stellenumfang von 1,5 VK Stellen. Sie analysieren mit der Familie anhand eines Hilfeplans den individuellen Bedarf der Nachsorge im häuslichen Umfeld, helfen bei der Koordinierung und Umsetzung von Therapien und motivieren Familien zur Selbsthilfe. Außerdem arbeiten in unserem Team mit einem geringeren Arbeitsumfang ein Oberarzt der Neurologie, eine Oberärztin der Neonatologie, eine Psychologin und eine Sozialarbeiterin. Gerade der Aufgabenbereich der Sozialarbeiterin ist ein ganz wichtiger, elementarer Bestandteil bei der Begleitung der Familien. Wir haben unsere Arbeit im Nachsorgeteam im Oktober 2013 aufgenommen und gehören dem Bunten Kreis in Augsburg an. Die Nachsorgemaßnahme wird zu 75 Prozent von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert, der Rest muss bis dato aus Spenden finanziert werden. Bemühungen für eine Kostendeckung durch die Krankenkassen laufen. So konnten Hinweise zu Überarbeitung der Begutachtungsmanuale erarbeitet und die entsprechenden Ausfüllhinweise konkretisiert werden. Darüber hinaus wurden Vorschläge für ein Begutachtungsformular sowohl für die Erwachsenen als auch für die Kinder erarbeitet. Auch konnte ein Wunsch nach Beratung identifiziert werden, dem durch eine Impulsberatung des MDK im Sinne einer verbesserten Versorgung entsprochen werden. Ebenso wurde das Schulungskonzept für die Gutachterinnen und Gutachter überarbeitet und kann damit Grundlage der Schulung in der Einführungsphase sein. Außerdem wurden Vorschläge für eine begleitende Informationspolitik vorgelegt. Denn das neue Begutachtungsverfahren ist für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, aber auch für alle in der Pflege Arbeitenden und die in der Pflegeberatung Tätigen transparent zu machen.



Prof. Dr. Renate Stemmer: „Wandel des Gesundheitswesens und Aufgabenfelder für die Pflege“

Auf den politisch gewollten ökonomischen Druck antworteten zahlreiche Krankenhäuser entweder reaktiv oder schon vorwegnehmend mit einem massiven Stellenabbau insbesondere im Pflegebereich. Verbunden mit einer Zunahme des Pflegebedarfes der Patientinnen und einer Reduktion der Verweildauer stieg die Arbeitsbelastung der Pflegefachpersonen deutlich (Simon, 2014). Nicht zuletzt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) fordert schon seit Jahren Veränderungen qualitativer, nicht nur quantitativer Art (SVR, 2007). Mittlerweile ist eine Umverteilung von Aufgaben vielerorts Realität (Evans, Bräutigam, 2015). Ihre Effekte bleiben aber mangels Evaluation meist unklar.

Das Sozialministerium des Landes Rheinland-Pfalz initiierte die Durchführung von Modellprojekten in mehreren Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz mit dem Ziel zu prüfen, ob durch neue Aufgabenzuschneitte und mehr Eigenständigkeit von Pflegefachpersonen sowie durch ein Versorgungsmanagement die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert werden kann. Die Projekte wurden zwischen 2010 bis 2013 durchgeführt und evaluiert. Vier Krankenhäuser wurden ausgewählt, von denen letztendlich drei Projekte im Bereich von Versorgungsmanagement und Aufgabenverteilung durchführten: das Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern (nur Aufgabenverteilung), das Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich sowie das Brüderkrankenhaus Trier. Beide letztgenannten Häuser beteiligten sich sowohl an der Neuverteilung von Aufgaben als auch an der Einführung von Aspekten des Versorgungsmanagements. Dazu gehörten die Identifikation des Bedarfs an Entlassungsmanagement bei Aufnahme verbunden mit der Vorbereitung der Entlassung durch einen zentralen Versorgungsmanager in Kombination mit der Einführung der Bezugspflege (Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich) oder die Einführung der Bezugspflege flankiert durch eine EDV-gestützte Pflegedokumentation (Brüderkrankenhaus Trier).

Die Umverteilung von Aufgaben erstreckte sich u.a. auf die Vergabe von Aufgabenkomplexen wie Schmerzmanagement und Diabetesmanagement sowie die Zuweisung von Einzelverrichtungen wie Blutentnahme und i.v. Injektionen an Pflegefachpersonen. Serviceleistungen und Pflegeunterstützung erfolgte durch Pflegeassistenten/innen. Die konkrete Ausgestaltung der Veränderungen lag in den Händen der Krankenhäuser. Die Evaluation erfolgte als Vorher-Nachher-Vergleich. Evaluiert wurde u.a. die Bedeutung der Veränderungen für das Berufsverständnis der Pflegefachpersonen. Es zeigten sich ermutigende Ergebnisse. So sind Pflegefachpersonen im Projektverlauf selbstbewusster geworden, ihre Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme hat sich erhöht und ihre Orientierung auf Fort- und Weiterbildung hat sich verstärkt. Zudem zeigt sich eine vorsichtige Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen von Pflege und Medizin.

Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement enthalten Chancen auch für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen. Sinnvoll ist eine Neuverteilung von Aufgaben aber nur, wenn das Budget der Aufgabenverteilung folgt. Die Pflegenden als Berufsgruppe sind aufgefordert, die laufenden Veränderungsprozesse aktiv mitzugestalten.



Christoph Bräutigam: „Arbeitswelt Krankenhaus – die Perspektive der Pflegenden“

Wie Patientinnen und Patienten im Krankenhaus behandelt, gepflegt und auch in schwierigen Lebenssituationen professionell begleitet werden können, hängt unmittelbar mit der Gestaltung der Arbeit und der Arbeitsplätze der Beschäftigten zusammen. Die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsplätze hat einen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitsqualität der Beschäftigten. Sowohl objektive Rahmenbedingungen von Arbeit (z.B. Beschäftigungsbedingungen, Beschäftigungsverhältnisse, Arbeitszeiten) als auch subjektive Einschätzungen von Beschäftigten hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit sind relevante Dimensionen der Arbeitsqualität. Arbeitsplätze im Krankenhaus stehen seit langem unter einem erheblichen Veränderungsdruck, eine spürbare

Arbeitsverdichtung ist flächendeckend zu beobachten. Wichtige Befunde:

- Arbeitsbedingungen, Vergütung und Wertschätzung werden von den Pflegenden als unangemessen erlebt. Die Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten Jahren aus ihrer Perspektive verschlechtert.
- Der starke Mangel an Zeit wirkt sich sowohl auf die Beschäftigten als auch auf die Patienten/innen aus.
- „Neue Arbeitsteilung“ zwischen den Gesundheitsberufen ist in den Kliniken längst Alltag, allerdings ohne positive Effekte. Die große Mehrheit der befragten Pflegenden hat Aufgaben aus dem ärztlichen Dienst und anderen Bereichen übernommen.



Dr. Volker Grigutsch: „Das Pflegeberufsgesetz zur Umsetzung der genera- listischen Ausbildung“

Statt den drei Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege gibt es zukünftig eine Ausbildung. Damit entsteht ein neuer Pflegeberuf mit einem neuen Berufsbild.



Veränderte Anforderungen an den Pflegeberuf ergeben sich durch den demografischen Wandel und den Wandel im Krankheitsspektrum, aber auch durch Veränderungen in der Gesundheitsversorgung. Auf der einen Seite erhöht sich die Anzahl an chronischen Erkrankungen und die Multimorbidität nimmt zu. Auf der anderen Seite wird infolge des medizinischen Fortschritts mit den sich daraus ergebenden neuen Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie das Versorgungsgeschehen zunehmend komplexer, die Anforderungen an Kooperation und interprofessionelle Zusammenarbeit steigen. Mit der neuen einheitlichen Pflegeausbildung erfolgt die erforderliche Neuausrichtung.

Im Laufe der beruflichen Tätigkeit ändern sich vielfach Rahmen- und Arbeitsbedingungen. Unterschiedliche Tätigkeitsfelder der Pflege ermöglichen es den Pflegenden, Art und Arbeitsfeld ihrer Berufstätigkeit an ihre eigene persönliche Lebenssituation anzupassen. Aufstiegs- und Fortentwicklungsmöglichkeiten sind daher wesentliche Aspekte für die Attraktivität eines Berufes.

Dazu benötigen wir nicht nur eine qualifizierte Berufsausbildung, sondern auch ein gestuftes Aus-, Fort- und Weiterbildungssystem. Die Ausbildung soll durchlässiger werden, dazu wollen wir in enger Kooperation mit den Ländern ein durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem entwickeln (Stichwort: Eröffnung von Chancen – Mitnahme aller).

Tragende Säule der neuen Pflegeausbildung ist die dreijährige berufliche Ausbildung. Sie ermöglicht eine hohe Fachkräftequote und damit eine durchgängig hohe Pflegequalität. Ausbildungsziel ist es, den Auszubildenden die beruflichen Handlungskompetenzen zu vermitteln, die sie befähigen, Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären, teilstationären und ambulanten Pflegesituationen zu pflegen. Pflege in diesem Rahmen umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen. Dazu gehören insbesondere auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zum Erhalt der Alltagskompetenz. Dazu benötigen die Auszubildenden die erforderliche hohe Lern- und Methodenkompetenz.

Ausrichten soll sich die Ausbildung an dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse. Dabei soll die Ausbildung die Schülerinnen und Schüler zu eigenverantwortlicher Pflege, zur verantwortlichen Mitwirkung an der ärztlichen Versorgung und zu interdisziplinärer Zusammenarbeit befähigen.

Wesentlich ist auch die Vermittlung der Fähigkeit zu fachlicher Kommunikation und interdisziplinärer Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, um multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen entwickeln zu können.

Die neue einheitliche Pflegeberufsausbildung eröffnet mit ihrem breit angelegten Kompetenzprofil den Zugang zu breitgefächerter beruflicher Tätigkeit mit hoher Professionalität.

Dr. Peter Pick: „Das neue Begutachtungsinstrument – wie bewährt es sich in der Praxis?“

Der aktuell gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff und das daran ausgerichtete Begutachtungsverfahren werden seit Einführung der Pflegeversicherung kritisiert, weil der Hilfebedarf bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen, mit geistigen Behinderungen oder mit chronisch-psychischen Erkrankungen nicht angemessen berücksichtigt wird. Des Weiteren ist die Bemessung des Hilfebedarfs anhand von Pflegeminuten Gegenstand vielfältiger Kritik.



Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff legt den Grad der Selbstständigkeit bzw. der Beeinträchtigung von Selbstständigkeit und damit das Angewiesensein auf pflegerische Hilfe als zentralen Maßstab zur Bemessung von Pflegebedürftigkeit zugrunde. Das neue Begutachtungsinstrument erfasst nicht nur die klassischen Hilfebedarfe bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität und in der hauswirtschaftlichen Versorgung. Neu ist, dass die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, das soziale Verhalten und psychische Problemlagen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte gleichgewichtig betrachtet werden. Eingang findet ebenfalls der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen im Zusammenhang mit der Behandlungspflege. Damit soll das neue Begutachtungsinstrument die Hilfebedarfe und Problemlagen von Pflegebedürftigen in umfassender Weise erfassen, egal ob sie in körperlichen Einschränkungen oder in gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen begründet sind.

Mit Blick auf die von der Bundesregierung angekündigte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat in 2014 eine vertiefende Erprobung des neuen Begutachtungsinstrumentes auf seine Praktikabilität stattgefunden. Auftraggeber der Praktikabilitätsstudie ist der GKV-Spitzenverband, der diesen Auftrag in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit vergeben hat. Die Praktikabilitätsstudie ist in Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund (MDS) und der Hochschule für Gesundheit in Bochum durchgeführt worden. An der Studie haben alle MDK, der Sozialmedizinische Dienst der Bundesknappschaft und Medicproof als Gutachterdienst der privaten Pflegeversicherung mitgewirkt. Im Rahmen der Studie sind ca. 1.700 Erwachsene und 300 Kinder nach dem neuen Begutachtungsinstrument (NBA) und dem gültigen Verfahren begutachtet worden. Die beteiligten 86 Gutachter haben ihre Erfahrungen mit dem neuen Instrument berichtet, die im Rahmen der Studie thematisierten Fragen beantwortet und ihre Einschätzungen der Wirkungen des neuen Instruments auf die anderen Beteiligten dargestellt.

In der Studie konnte die Praktikabilität des NBA bestätigt werden. Die Gutachterinnen und Gutachter bestätigten nicht nur die Praktikabilität des NBA in der Begutachtungssituation. Sie sehen das NBA besser geeignet, eine gutachterliche Einschätzung der Pflegebedürftigkeit als auch ihrer Graduierung vorzunehmen. Durch die Beteiligung an der Studie wurden die Gutachter für den anstehenden Perspektivenwechsel sensibilisiert, denn dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff liegt als Fokus die Erhebung der Ressourcen und nicht der Defizite zugrunde. Diese Änderung wurde auch von den begutachteten Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wahrgenommen, die das neue Verfahren als deutlich wertschätzender bewerteten. Zu erwarten ist deshalb, dass das neue Verfahren eine höhere Akzeptanz bei Versicherten und Angehörigen finden wird.

Darüber hinaus wurden in der Studie noch offene Fragen aus dem Expertenbeirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beantwortet. So konnte bestätigt werden, dass es für die besondere Bedarfskonstellation einer vollen Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine angemessen ist, unabhängig von der erzielten Punktwertung eine Einstufung in die Bedarfsgruppe 5 vorzunehmen ist. Ebenso wurde als angemessen bewertet, dass Kinder in der Altersgruppe von 0-18 Monaten im Rahmen einer Begutachtung für diesen Zeitraum pauschal in einen Pflegegrad eingestuft werden können. Zum Dritten wird anknüpfend an das NBA eine fokussierte Erhebung des Rehabilitationsbedarfs bei den Pflegebedürftigen vorgeschlagen. Damit liegen Empfehlungen für die Modifizierung des NBA vor seiner gesetzlichen Einführung vor.

Nicht zuletzt wurden in der Studie Erkenntnisse für die Einführungsphase der Implementation des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erhoben. So konnten Hinweise zu Überarbeitung der Begutachtungsmanuale erarbeitet und die entsprechenden Ausfüllhinweise konkretisiert werden. Darüber hinaus wurden Vorschläge für ein Begutachtungsinstrument sowohl für die Erwachsenen als auch für die Kinder erarbeitet.

Auch konnte ein Wunsch nach Beratung identifiziert werden, dem durch eine Impulsberatung des MDK im Sinne einer verbesserten Versorgung entsprochen werden kann. Ebenso wurde das Schulungskonzept für die Gutachterinnen und Gutachter überarbeitet und kann damit Grundlage der Schulung in der Einführungsphase sein. Außerdem wurden Vorschläge für eine begleitende Informationspolitik vorgelegt. Denn das neue Begutachtungsverfahren ist für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, aber auch für alle in der Pflege Arbeitenden und die in der Pflegeberatung Tätigen transparent zu machen.



Nadine-Michèle Szepan

Abteilungsleiterin der Abteilung Pflege in der Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbands

„Mehr als nur ein Leistungszugangsinstrument!“

>> Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seinem Herzstück – das neue Begutachtungsassessments – werden wir im Jahr 2017 nicht nur ein neues Instrument für den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung bekommen. Dieser Eindruck entsteht leicht, wenn man die fachpolitischen Diskussionen um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verfolgt, der nur mit der Neugestaltung des Leistungsrechts in Verbindung gebracht wird. Insbesondere werden seitens der Politik damit Erwartungen bei Pflegebedürftigen geschürt, künftig mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff deutlich mehr Leistungen zu erhalten. Aber vielmehr bietet die Verankerung des neuen Begutachtungsassessments auch eine wissenschaftliche Grundlage für die Pflege und Pflegeversicherung mit all ihren Facetten. Dieser Aspekt findet bisher leider kaum Beachtung, obwohl er in seiner Bedeutung der Neugestaltung des Leistungsrechts nicht nachsteht.

Das Neue Begutachtungsassessment dient nicht nur der umfassenderen Einschätzung der Pflegebedürftigkeit, es bietet auch in vielen anderen Bereichen der Pflegeversicherung einen neuen Blickwinkel, der die Fachlichkeit der Pflegekräfte und die Fähigkeiten sowie die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt stellt. Mit ihm werden Informationen gewonnen und Einschätzungen systematisch vorgenommen, die insbesondere eine wesentliche Basis für die Hilfe- und Versorgungsplanung für eine teilhabeorientierte Pflege bilden. Aber auch beispielsweise für die Pflegeplanung und den Pflegeprozess, die Leistungserbringung und Personalbemessung sowie für die Qualitätssicherung besitzt die Fähigkeitseinschätzung eine hohe Relevanz, und fördert das eigentliche Ziel, die Zeit der Pflege selbstbestimmt und teilhabeorientiert zu erleben. Viele bereits gestartete Initiativen, sei es das Projekt „Effizienzsteigerung in der Pflegedokumentation“ und das daraus entwickelte Strukturmodell oder das Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (EQisA)“¹, dass die Anwendung von Ergebnisindikatoren als Reflexionsinstrument für das interne Qualitätsmanagement im Fokus hat, fußen auf dem umfassenderen Verständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und folgen dabei der Philosophie des neuen Begutachtungsassessments. Die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen und die daraus resultierende personelle Unterstützung werden in den Vordergrund gestellt und weniger wird sich an Zeiten für die alltäglichen Verrichtungen orientiert. Dass das auch den Profis in der Pflege hilft, insbesondere die Pflegefachlichkeit wieder in den Fokus zu rücken, zeigen die Erfahrungsberichte in den Projekten. Mit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs besteht daher nicht nur die Chance, die zwei Klassen von Pflegebedürftigen² durch die heutige Fehleinstufung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz abzuschaffen, sondern auch einen Paradigmenwechsel einzuleiten, der grundlegend die Pflege und die Pflegeversicherung ändern wird.

Dieser Paradigmenwechsel wird jedoch nicht von heute auf morgen umsetzbar sein. Zu lange hat der verrichtungsbezogene Pflegebedürftig-

keitsbegriff die Pflegepraxis geprägt. Das, was bereits heute in der Ausbildung vermittelt wird, steht eigentlich diametral zu dem, was in der Pflegepraxis tatsächlich umgesetzt wird. Ist es aufgrund des hohen Zeitdruckes und den ökonomischen Zwängen heute nachvollziehbar, dass die Pflege die Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt (z.B. vollständige Übernahme von grundpflegerischen Leistungen), wird es perspektivisch vielmehr darum gehen, die vorhandenen Fähigkeiten beim Pflegebedürftigen insbesondere über beratende und edukative Maßnahmen zu aktivieren, um so den Betroffenen ein möglichst selbstbestimmtes und würdevolles Leben zu ermöglichen. Um dies zu realisieren, sind flankierend alle Bereiche auf diesen Aspekt auszurichten. So ist beispielsweise zu hinterfragen, ob das heutige Vergütungsmodell im ambulanten Pflegesetting, die Leistungskomplexe diesen ressourcenorientierten Ansatz unterstützen.

Die Pflegenden dürfen aber beim Systemwechsel nicht allein gelassen werden; sie brauchen die Unterstützung aller, um ihre Kompetenzen – entsprechend den neuen Herausforderungen – zu aktivieren. Auch müssen neue Kompetenzen vermittelt werden, um den sich heute schon abzeichnenden Diskrepanzen zwischen der neu gewonnenen Selbstbestimmung des Pflegedürftigen und der wiedergewinnenden Fachlichkeit der Pflegenden z.B. im Aushandlungsprozess zu begegnen. Anstehende Projekte wie der Goethe-Universität Frankfurt und der Privatuniversität Witten/Herdecke, „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege (AKiP)“ bieten eine Chance, unter dieser Perspektive die Kompetenzen auch im verdichteten Arbeitsalltag der Pflegenden wieder nutzbar zu machen.

Mit dem umfassenderen Begriff der Pflegebedürftigkeit wird der Maßstab für die Pflege und Pflegeversicherung geschaffen, an dem sich alle künftigen (Weiter-)entwicklungen zu orientieren, respektive zu messen haben, sei es Versorgungsansätze zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger (auf Prävention und Rehabilitation ausgerichtete Versorgung); oder als Maßstab für die Nutzenbewertung von Unterstützungssystemen wie ambient assisted livings-Funktionalitäten als Entscheidungsgrundlage für die Aufnahme in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung.

Es muss im weiteren Diskurs immer wieder betont werden, dass trotz aller positiven Effekte, die ein neues System mit sich bringt, das Neue Begutachtungsassessment und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff für sich allein keine neue Welt darstellt; es ist nur ein Instrument, der Rahmen darum muss natürlich auch gestaltet werden! <<

1 in Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Pflegewissenschaften der Uni Bielefeld (IPW) und der Caritasverbände im Bistum Köln (EQisA) und Münster (Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster - EQMS)

2 solche, die in erster Linie körperlich pflegebedürftig sind und solche, die vor allem kognitiv oder psychisch pflegebedürftig sind

Überblick: Pflegekammern in Europa

- ✓ Pflegekammern/Councils
- ⊘ durch Regierung verwaltet oder an mittelbare Staatsverwaltungen delegiert



Bulgarien - 2003
Bulgarian Association of Health Professionals in Nursing (BAHPN)
www.lechebnizavedenia.com

Irland - 2011
Nursing and Midwifery Board of Ireland
www.nursingboard.ie

Polen
Main Chamber of Nurses and Midwives of Poland (Naczelna Izba Pielegniarek I Poloznych)
www.nitip.pl

Spanien - 2001
Spanish General Nursing Council Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermeria de España (CGE) - www.consejogeneralenfermeria.org

Finnland - 1925
Finnish Nurses Association
www.nurses.fi

Italien - 2002
Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere (C.N.A.I.)
www.cnai.info
Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPAVI)

Portugal - 1998
Ordem dos Enfermeiros (Portuguese Order of Nurses)
www.ordemenfermeiros.pt

Zypern - 2003
Cyprus Nursing and Midwifery Council
www.cyna.org

Frankreich - 2006/7
l'Ordre des infirmiers
www.infirmiers.com

Kroatien - 2003
Croatian Nursing Council Hrvatska Komora medicinskih sestara) - www.hkms.hr

Rumänien - 2001
The Order of Nurses Midwives and Medical Assistants in Romania (OAMGMAMR) - www.oamr.ro

Literatur:
<http://www.ordre-infirmiers.fr/lordre-et-les-conseils-ordinaux/role-et-missions.html>
* Vortrag "Pflegekammern in Deutschland - ein Update", Dr. Rolf Höfert, DPT 2015, Berlin
<http://www.icn.ch/what-we-do/regulation/the-role-and-identity-of-the-regulator/global-database/contact-information-sheet.html>, aufgerufen: 25.03.2015
<http://www.hca-network.eu/index.php/finland>, aufgerufen: 25.03.2015
<http://www.nursetogether.com/nursing-associations-by-country>, aufgerufen: 25.03.2015
http://www.nurses.info/organizations_europe.htm, aufgerufen: 25.03.2015

Griechenland
Hellenic Nurses Association
www.esne.gr

Malta - 1996
Maltese Union of Midwives and Nurses
www.mumn.org

Schweden - 2009
Swedish Association of Health Professionals (Vårdförbundet)
www.vardforbundet.se

Großbritannien - 2001
Nursing and Midwifery Council (für: England, Wales, Schottland und Nordirland)
www.nmc-uk.org

Norwegen
Norwegian Nurses Organisation (Norsk Sykepleierforbund)
www.nsf.no

Slovenien
Nurses and Midwives Association of Slovenia
www.zbornica-zveza.si

Status: Pflegekammern in Deutschland*



Pflegeampel



RHEINLAND-PFALZ: 1. Kammer

Mit 40.000 Mitgliedern wird die Landespflegekammer die größte Kammer in Rheinland-Pfalz sein!

Quelle: <http://www.pflegekammer-gruendungskonferenz-rlp.de>

Schleswig-Holstein

Am 21.01.2015 wurde das Pflegekammergesetz in den Landtag eingebracht. Die Koalition bestehend aus SPD, Grünen und SSW (Südschleswiger Wählerverband) votierte geschlossen für den Gesetzesentwurf. Derzeit prüft der Sozialausschuss den Entwurf mit der Aufgabe eine Empfehlung zu formulieren. Daraufhin soll eine weitere Parlamentsitzung erfolgen. Vorauss. Verabschiedung des Gesetzes im Sommer 2015.



Umfrage

51 % PRO-Pflegekammer
24 % Kontra-Pflegekammer
25 % unentschieden

Sachsen

2012 wurde eine Berufsordnung verabschiedet. Mehrere Gespräche zwischen dem Sächsischen Pflegerat und Politikern sind seither erfolgt. Momentan gibt es keine Bewegung in Sachen Pflegekammer.



Umfrage

70 % PRO-Pflegekammer
7,5 % Kontra-Pflegekammer
22,5 % unentschieden

Bremen

Keine politische Aktivität in Bezug auf eine Kammer; es besteht die gleiche Problematik wie in Saarland – die Pflegekräfte sind bereits Pflichtmitglied in der Arbeitskammer.

Niedersachsen

Nach der Umfrage wurde vom Sozialministerium ein Eckpunktepapier zur Pflegekammer (Struktur, Rechtsform, Mitglieder, Aufgaben, Berufspflichten) als Diskussionsgrundlage erstellt. Es folgten vier Regionalveranstaltungen initiiert vom Sozialministerium und Infoveranstaltungen durch Pflegeverbände. Die Landesregierung will das Gesetzgebungsverfahren zur Errichtung einer Pflegekammer einleiten / Parallel zum Gesetzgebungsverfahren soll eine Gründungskonferenz Pflegekammer die Tätigkeit des Errichtungsausschusses vorbereiten; die konstituierende Sitzung ist für Juni 2015 angedacht.



Umfrage

67 % PRO-Pflegekammer
13 % Kontra-Pflegekammer
20 % unentschieden

Hamburg

2012 wurde eine Befragung zur Kammer durch den Hamburger Pflegerat im Auftrag der Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Stocks (SPD) durchgeführt. 86 % der Befragten haben sich FÜR die Pflegekammer ausgesprochen (n=1.149 Personen). 2013 wurde eine weitere – diesmal repräsentative – Befragung durchgeführt: nur 36 % stimmten für die Pflegekammer, 48 % contra, 16 % unentschieden (n= 1.102 Personen). Pflegekammer sei somit kein politisches Thema mehr.

Thüringen

Ablehnung der Pflegekammer durch den Landtag im Dezember 2012.

Berlin

Eine Studie zur Akzeptanz einer Pflegekammer ist im August 2014 begleitet von zahlreichen Infoveranstaltungen angelaufen. Auftraggeber ist die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Die Studie beinhaltet face-to-face-Befragungen sowie eine repräsentative Umfrage von mind. 1.000 examinierten Pflegefachkräften / Die Befragung läuft seit November 2014 bis Ende März 2015. Die Auswertung wird im Sommer 2015 erwartet.

Bayern

Die BAY.ARGE setzt sich seit Jahren für eine Pflegekammer in Bayern ein, bereits 2011 wurde zusammen mit dem Gesundheitsministerium das Bündnis für eine Pflegekammer gegründet. Laut Ministerin Melanie Huml: eine klassische Kammer mit Pflichtmitgliedschaft sei derzeit nicht durchsetzbar / Humls Idee: institutionalisierte Interessenvertretung der Pflegekräfte in Bayern in Form einer Körperschaft des öffentlichen Rechts; die Körperschaft soll von einem Präsidium nach außen vertreten werden, eine Geschäftsstelle erhalten.



Umfrage

50 % PRO-Pflegekammer
34 % Kontra-Pflegekammer
16 % unentschieden

Sachsen-Anhalt

Der CDU-Antrag für die Erstellung eines Für und Wider einer Pflegekammer wird derzeit noch geprüft.

NRW

Keinerlei politische Aktivitäten.

Saarland

Der saarländische Gesundheitsminister Andreas Storm hat 2013 einen Runden Tisch zur Stärkung der Pflegekräfte eingerichtet. Das Gesundheitsministerium sieht Probleme, eine Pflegekammer parallel zur „Arbeitskammer“ aufzubauen, denn die Beschäftigten in Pflegeberufen sind hier bereits Pflichtmitglied. Diskutiert wird der Anschluss der saarländischen Pflegekräfte an die Pflegekammer Rheinland-Pfalz über einen Staatsvertrag.

Mecklenburg-Vorpommern

Eine Befragung unter Pflegenden mit dem Schwerpunktthema Errichtung einer Pflegekammer wurde bereits im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales im Zeitraum 27.02.-15.05.2014 durchgeführt. Es handelte sich um eine 20-minütige Online-Umfrage. Die Ergebnisse sollen auf Wunsch des Sozialministeriums erst im finalen „Bericht zur Situation der Pflegeberufe in Mecklenburg-Vorpommern“ veröffentlicht werden, obwohl andere Teilenergebnisse der Umfrage bereits vorgestellt wurden.

Hessen

Die kleine Anfrage der SPD im Landtag am 5. Juni 2014 zur Pflegekammer mit Verweis auf das vom Sozialministerium 2007 veröffentlichte Positionspapier zur Errichtung einer Pflegekammer wurde ablehnend beantwortet.

Brandenburg

Der CDU-Antrag aus 2013 zur Prüfung der Voraussetzungen für die Errichtung einer Pflegekammer wurde damals vom Landtag abgelehnt.

Sachsen-Anhalt

Der CDU-Antrag für die Erstellung eines Für und Wider einer Pflegekammer wird derzeit noch geprüft.



Dr. P.H. Heidemarie Kelleter M.A.

Referentin für Qualitätsberatung des Diözesan-Caritasverbands für das Erzbistum Köln e.V.

Synergien zwischen Qualität und neuen Ansätzen

>> Seit Anfang 2012 werden in dem Kooperationsprojekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe - EQisA“ des Diözesan-Caritasverbandes Köln, dem Institut für Pflegewissenschaft an der Univ. Bielefeld und Pflegeeinrichtungen Indikatoren eingesetzt, um wirklichkeitsnahe Qualitätsbeurteilungen zu erhalten, sich zu vergleichen und für die Qualitätssicherung zu nutzen. Das Konzept wurde 2010 vom IPW entwickelt und in das Pflege-Neuausrichtungsgesetz aufgenommen. Bewertet wird in dem Konzept, was tatsächlich bei Pflegebedürftigen ankommt. Dafür werden zentrale, von der Pflege maßgeblich gelenkte, Aspekte der Ergebnisqualität anhand der Veränderungen des Gesundheitszustandes ermittelt. Einbezogen werden unter anderen 15 gesundheitsbezogene Indikatoren der Qualitätsbereiche Erhalt und Förderung von Selbständigkeit, Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen, sowie Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen. Durch systematische interne Vollerhebungen werden die Ergebnisse erfasst, extern ausgewertet und mithilfe verschiedener Methoden im Zeitverlauf und auf Plausibilität evaluiert. Ausgesuchte Resultate werden kollegial in Fallbesprechungen mit internen und externen Pflegeexperten in einem strukturierten Dialog reflektiert.

In dem Projekt zur Ergebnisqualität wird deutlich, dass Pflegefachpersonen zur Anwendung von solchen wissenschaftlichen Instrumenten und Einschätzungen hinreichend geschult werden müssen. Dies wurde in den bisherigen Ausbildungsgängen nicht berücksichtigt. Folgerichtig muss die Implementierung der Instrumente in der Pflegeeinrichtung gecoacht werden. Für die Erfassung der notwendigen Daten und Einschätzungen ist jedoch unerheblich ob die Dokumentation des Pflegeprozesses mittels Papier oder IT-gestützt, innerhalb von vier, fünf oder sechs Phasen oder nach einem bestimmten Modell erfolgt. So beinhalten die Erhebungen das Herausschreiben von bestimmten Informationen bzw. Routinedaten eines bestimmten Zeitraums aus der Pflegedokumentation. Routinedaten sind beispielsweise die Angaben zum Gewicht, der Körpergröße oder zur Erfassung von Schmerz. Darüber hinaus erfolgt eine systematische Einschätzung von aktuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen anhand vorgegebener Kriterien z.B. der Mobilität oder von kognitiven Fähigkeiten. Dies ist für viele der beteiligten Pflegeeinrichtungen neu und zu Beginn etwas aufwändiger, insbesondere wenn die Kontinuität und der fachliche Diskurs nicht gesichert sind. In den Reflexionen zeigt sich darüber hinaus, dass die Informationen zu den Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen aus der Pflegedokumentation häufig von deren tatsächlichen Fähigkeiten divergieren. Pflegerische Maßnahmen sind zudem vielfach beeinflusst durch den Ablauf und die Organisation von Pflege. Beispielsweise wird dies deutlich wenn Fähigkeiten in einzelnen Alltagsverrichtungen vorhanden sind (Waschen von Gesicht, Hände und Zähneputzen), aber gleichzeitig in anderen nicht mehr (Brot schmieren). Daraus resultierende Erfahrungen und Fragen sind mit den Pflegeakteuren zu kommunizieren, um Schwachstellen bei pflegerischen Einschätzungen zukünftig zu vermeiden oder um Chancen zur Ressourcenförderung nicht zu übersehen. Intern zu hinterfragen sind auch aufwändige Beschreibungen in der Pflegedokumentation sowie unreflektierte Assessment-

instrumente. Denn die Steuerung des Pflegeprozesses muss auf den Pflegebedürftigen ausgerichtet sein, was neben Organisationsvorgaben (Leistungsbeschreibungen) eine kontinuierliche Fachkompetenz des Anwenders erfordert.

Im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff soll zukünftig als grundlegender Maßstab zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit der Grad der Selbstständigkeit und nicht mehr wie bisher der für die Pflege benötigte Zeitaufwand definiert werden. Basierend auf dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) sollen demzufolge alle Fähigkeiten und Lebensaktivitäten, die für die Selbstständigkeit von hoher Bedeutung sind, erfasst werden. Zudem soll der Bedarf zur Rehabilitation und Prävention ermittelt werden. Die ersten sechs Module im NBA (1. Mobilität, 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, 4. Selbstversorgung, 5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen sowie 6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte) sind zur Ermittlung des Pflegegrades. Die beiden letzten (7. außerhäusliche Aktivitäten und 8. Haushaltsführung) dienen zur Feststellung der Hilfebedürftigkeit. Dieses Assessmentinstrument kann zur Pflege- und Hilfeplanung genutzt werden.

Wie schon im Projekt EQisA wird für die indikatorengestützte Erfassung der Ergebnisqualität ein standardisiertes Instrument eingesetzt, dessen Kriterien bei den aktuellen Einschätzungen zur Selbstständigkeit mit den NBA-Modulen 1-4 und dem Modul 6 identisch sind. Die Erfassung der Einschätzungen und Routinedaten führt zur einer retrospektiven, vergleichenden Qualitätsbeurteilung von Einrichtungen. Auch die sechs Themenfelder der Strukturierten Informationssammlung (SIS) sind den NBA-Modulen ähnlich. Sie folgen jedoch teilweise anderen inhaltlichen Erklärungen und beschreiben Selbstständigkeit ohne zu bewerten. Hierbei wird die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen vor das pflegefachliche Handeln und einem rationalen Verfahren zur Risikoeinschätzung gesetzt, mit dem Ziel, die Pflegedokumentation, analog eines vier Phasen Modells, auf das fachliche und erforderliche Maß zu begrenzen.

Für die qualitätsgeleitete Pflege lassen sich die neuen Ansätze sinnvoll und ergänzend nutzen. Das Instrument zur Erfassung von Ergebnisqualität kann beispielsweise bereits in der Integrationsphase von Pflegebedürftigen, zur Pflegevisite und zur Reflexion in der Qualitätssicherung genutzt werden. Eine Hinwendung auf Fähigkeiten und Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen, wie im NBA vorgesehen, wird z.B. interne Abläufe und Strukturen zur Pflege hinterfragen. Die Anwendung der strukturierten Informationssammlung eröffnet, neben der rationalen Vorgehensweise zur Pflegedokumentation, die Chance verstärkt den Fokus auf einen professionellen Umgang mit Risiken und Expertise zu legen. Dies war unter anderem das Resultat eines viermonatigen Praxistests in den Jahren 2013 bis 2014. Das Konzept zur Ergebnisqualität und die Vorgehensweise in SIS nehmen Bezug auf den NBA und wirken auf den Pflegeprozess als Instrument professioneller Pflege ein.

Synergien der neuen Ansätze können die Professionalität der Pflege fördern. Dafür ist jedoch nicht nur ein Umdenken aller Akteure in der Pflege erforderlich, sondern auch der fachliche Diskurs, um auf dieser Grundlage das Vertrauen in die Fachlichkeit der Pflege zu fördern. <<

Dipl.-Dok. (FH) Frauke von Hagen
David Kröll, M.A.

Pflegenoten in der stationären Pflege – eine kritische Evaluierung aus Verbrauchersicht

Im Zuge der Pflegereform von 2008 entschied der Gesetzgeber¹, dass der Verbraucher ein Orientierungsmittel an die Hand bekommen sollte, mit dem dieser sich über die Qualität der Pflegeleistungen in stationären Einrichtungen und von ambulanten Diensten informieren kann. Die Ergebnisse sollten „für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden“ (SGB XI § 115 Abs. 1a). Dazu sollten jährlich unangemeldete Prüfungen in den stationären Pflegeeinrichtungen stattfinden. Dabei gibt das Gesetz die formalen Rahmenbedingungen vor und legt ansonsten keine inhaltlichen Kriterien oder Veröffentlichungsdetails fest. Die Aufgabe, „Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik“ festzulegen, wurde an die Pflegekassen und die Sozialhilfeträger – also die Geldgeber – auf der einen und an die Leistungsanbieter (Einrichtungsbetreiber) auf der anderen Seite delegiert. Interessenvertretungen haben dabei lediglich ein Mitberatungsrecht (§ 115 SGB XI).

>> Um zügig ein Ergebnis zu präsentieren, einigten sich die beteiligten Organisationen darauf, eine Auswahl von Beurteilungskriterien aus den jährlich stattfindenden Qualitätsprüfungen der Prüfdienste des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Verbandes der Privaten Krankenversicherung zu publizieren. Diese Prüfungen dauern 1 bis 2 Tage. Der angewendete Prüfkatalog umfasst mehrere hundert Einzel-Kriterien. Aus diesem Katalog wurden bis Ende 2013 82 Fragen und ab 2014 77 Fragen herausgegriffen, die in Transparenzberichten publiziert werden. Es wird zwischen bewohnerbezogenen und einrichtungsbezogenen Fragen unterschieden. Die bewohnerbezogenen Fragen basieren auf einer Stichprobe von in der Regel 8 bis 10 Bewohnern, und die Ergebnisse beruhen im Wesentlichen auf den von der Einrichtung geführten Pflegedokumentationen, also der Registrierung aller behandlungspflegerischen Maßnahmen. Die einrichtungsbezogenen Fragen erlauben nur eine Ja/Nein-Entscheidung (trifft zu, trifft nicht zu). Die Fragen werden zudem in vier Qualitätsbereiche und eine Bewohnerbefragung gegliedert:

- Qualitätsbereich 1: Pflege und medizinische Versorgung
- Qualitätsbereich 2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern

Zusammenfassung

Obwohl die Pflegenoten einer starken Kritik ausgesetzt sind und es berechtigte Forderungen nach einer Überarbeitung gibt, lassen sich aus den Einzeldaten durchaus interessante Aussagen ableiten. Dies gilt insbesondere, wenn man sich nicht allein auf die vorberechneten Durchschnittsnoten verlässt, sondern eine thematische Zusammenfassung der Einzelergebnisse vornimmt. Dies verlangt aber einen hohen Aufwand, der von einem einzelnen Betroffenen nicht zu leisten ist.

Schlüsselwörter

Pflegenoten, Pflege-TÜV, Transparenzbericht, Qualitätsprüfungen, statistische Analyse, Stationäre Einrichtungen, Pflege-Qualität

- Qualitätsbereich 3: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
- Qualitätsbereich 4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft, Hygiene
- Befragung der Bewohner

Um den Verbrauchern die Orientierung zu erleichtern, einigte man sich auf eine Darstellung in Form von Schulnoten von 1 bis 5, den Pflegenoten. Dabei werden die erfassten Einzelwerte mittels einer komplexen Berechnungsweise in die Notensystematik überführt.² In sogenannten Qualitätsberichten werden seitdem die Noten der 5 Einzelbereiche und eine Gesamtnote veröffentlicht. Die Noten der Qualitätsbereiche errechnen sich als Durchschnitt der jeweils betroffenen Einzelkriterien. In die Berechnung der Gesamtnote fließt das Ergebnis der Bewohnerbefragung nicht mit ein. Wurden bis 2013 noch die errechneten Noten je Einzelkriterium publiziert, entfällt diese Angabe seit 2014. Derzeit findet man bei bewohnerbezogenen Fragen das Prüfergebnis in der Form „das Kriterium traf auf x von y Bewohnern zu“.³ Die Noten der einzelnen Pflegeeinrichtungen und die Ergebnisse der einzelnen Kriterien werden seit 2011 auf Internet-Portalen der großen Pflegekassen veröffentlicht. Zum Vergleich wird bei jedem Qualitätsbericht einer Einrichtung auch die Durchschnittsnote des jeweiligen Bundeslandes angeführt. Die Einrichtungen sind verpflichtet, das Datum der letzten Prüfung, die Bewertung und eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse „an gut sichtbarer Stelle“ (SGB XI Abs. 1a) im Haus auszuhängen.

Kritik

Von Beginn an stand das System in der starken Kritik von Pflegeexperten und Betroffenen. Die Bewertungs-Systematik erscheint demnach insgesamt als unausgereift und nicht bis ins Letzte durch-

1: Nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom 28.05.2008 wurde § 114 des SGB XI („Qualitätsprüfungen“) neu gefasst.

2: Das Vorgehen zur Berechnung der Durchschnittsnoten wird in der Anlage 2 der Pflegetransparenzvereinbarungen beschrieben.

3: Für die hier vorliegende Analyse bedeutet dieses Vorgehen, dass die Noten je Einzelkriterium von uns erst errechnet werden mussten. Da die Rohdaten jedoch nicht zur Verfügung gestellt werden, kann eine eigene Berechnung somit nicht auf die offizielle Berechnung kommen (s. FN 4). Wir möchten darauf hinweisen, dass es so zu leichten Abweichungen der Werte kommen kann, die jedoch unseres Erachtens für die Einordnung der Ergebnisse nicht ausschlaggebend sind.



Abb. 1: Grafische Aufbereitung der Zusammenfassung eines Transparenzberichts.

dacht. Es wurden besonders folgende Punkte angemerkt:

1. Die Darstellung in Schul-Noten ist unglücklich, da man in Analogie zur Notenvergabe an Schulen mit einer „1“ eine sehr gute Leistung verbindet. Tatsächlich wird die Note in den Veröffentlichungen der Transparenzberichte (siehe Abb. 1) auch in Worten mit „sehr gut“ übersetzt. Dass eine 1 jedoch lediglich die Erfüllung des Standards bedeutet, wird nicht offensiv kommuniziert bzw. es wird nicht angemessen darüber aufgeklärt.
2. Bei der Durchschnittsberechnung werden alle Fragen in der gleichen Gewichtung berücksichtigt. Das bedeutet, dass z.B. eine schlechte pflegerische Leistung durch eine gute Bewertung in einem weniger zentralen und sensiblen Bereich, z.B. durch einen öffentlich ausgehängten Speiseplan, ausgeglichen werden kann.
3. Das Umrechnen der Qualitätsprüfungsergebnisse in eine Notensystematik ist für den Verbraucher nicht nachvollziehbar. Selbst wenn man sich eingehend damit beschäftigt, kann es nicht gelingen, mit den im Internet verfügbaren Informationen auf die gleiche Durchschnittsnote wie die publizierte zu kommen. Die Ursache dafür liegt darin, dass nicht alle Rohwerte für den Verbraucher einsehbar sind.⁴
4. Zudem sind die Daten nicht recherchierbar und vergleichbar. Die von den Pflegekassen gewählte Daten-Präsentation in Form eines Text-Dokumentes und nicht in einer Datenbank lässt keine verbraucherfreundliche Sortierung bzw. keine differenzierte Suche

zu. Insofern erfüllen die veröffentlichten Berichte nur sehr eingeschränkt ihren Anspruch an Transparenz.

5. Die Auswahl der Bewertungskriterien ist nicht am Nutzerbedürfnis orientiert und nachvollziehbar. Zum einen erfassen sie lediglich die Struktur- und Prozessqualität. Von Pflegefachleuten, z.B. in der vom BMG und BMBFSJ geförderten einflussreichen „Wingefeld-Studie“ (Wingefeld et al. 2011), wird deshalb gefordert, gute Pflege besser über die Ergebnisqualität⁵ abzubilden. Aus Nutzersicht wären aber noch weitere Qualitätsmerkmale wichtig, wie etwa ein „subjektiver Wohlfühlfaktor“.
6. Die vorgenommene Untergliederung in 5 Themenbereiche ist zu grob, um bei differenzierten Fragestellungen wirklich Orientierung
- 4: Als Prüfgruppe werden beispielsweise jeweils gleich viele Pflegebedürftige der Pflegestufen 1, 2 und 3 ausgewählt. Die Prüfergebnisse basieren auf den Mittelwerten der jeweiligen Pflegestufe. Gibt es in einer Einrichtung nicht genügend Personen einer Pflegestufe oder trifft ein Kriterium nicht auf alle zu, ist es also so, dass das Prüfergebnis der anderen der Pflegestufe höher gewichtet in die Berechnung einfließt. Die Informationen zu den Pflegestufen der geprüften Personen werden aber nicht veröffentlicht.
- 5: Die Strukturqualität bezieht sich auf Aspekte der Organisationsform, Arbeitsmittel, das Vorhandensein von Fortbildungsangeboten usw. Bei der Prozessqualität wird geprüft, wie Pflegeplanungen, Pflegestandards o.ä. gehandhabt werden. Dies lässt die Wirkung der pflegerischen Maßnahmen auf den Einzelnen eher unberücksichtigt. Deshalb wurde in den letzten Jahren erforscht, welche Merkmale erfasst werden müssen, um die sog. Ergebnisqualität festzustellen.

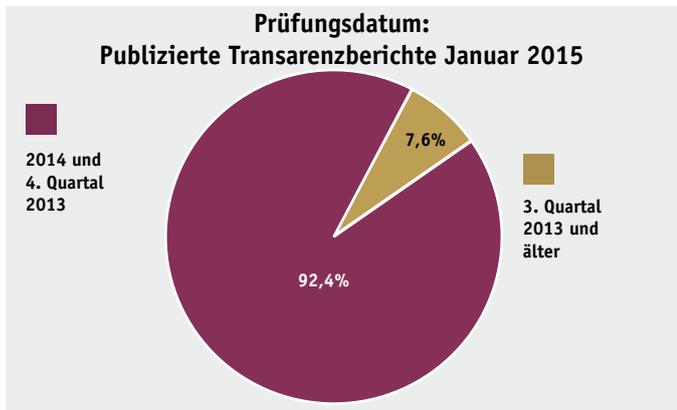


Abb. 2: Prüfdatum. Auswertung: Stiftung Stark im Alter.

zu bieten.
 7. Die gewählte Vorgehensweise von Prüfungen insbesondere auf Grundlage der Pflegedokumentation birgt systematische Fehler. So kann eine Einrichtung falsch dokumentieren: entweder aus Sachzwängen, etwa weil die Zeit für diese aufwändige Tätigkeit fehlt, die man nicht auf Kosten der Pflege aufwenden will.⁶ Es ist aber auch der Fall denkbar, dass sich die Einrichtung auf die Prüfungen einrichtet und bei der Dokumentation genau an den Stellen „beschönigt“, die für das Ergebnis der Prüfung zentral sind.

Das System wurde bereits 2013 leicht reformiert. Die beteiligten Organisationen konnten sich allerdings nicht einigen und mussten schließlich eine Schiedsstelle anrufen. Eine grundlegende Änderung kam nicht zustande.

Angesichts der Vielzahl an Problemen und mangelnder Reformfähigkeit wurde und wird von verschiedener Seite eine umfassende Reform oder sogar die Abschaffung der Pflegenoten gefordert. Die Debatte wird dadurch erschwert, dass nicht immer klar zwischen den Prüfungen an sich, der Darstellung der Ergebnisse als Pflegenoten und der Publikation der Ergebnisse unterschieden wird.

Das bisher praktizierte System bietet aus den angeführten Gründen in der Tat keine befriedigende Entscheidungshilfe für den Verbraucher, also für den potenziellen Einrichtungsbewohner oder seine Angehörigen, und muss deutlich reformiert werden. Allerdings sind es keine Alternativen zu einem zugegebenermaßen mangelhaften System, die Prüfergebnisse gar nicht zu veröffentlichen oder die Prüfungen ganz auszusetzen, bevor ein aussagekräftigeres neues System gefunden ist. Im Folgenden wird stattdessen aufgezeigt, welche für den Verbraucher nützlichen Informationen sich – mit einigen kurzfristig umsetzbaren Modifikationen – für solch eine Übergangszeit aus den gegenwärtig veröffentlichten Daten schließen lassen.

Nähere Analyse der veröffentlichten Prüfergebnisse

Die folgenden Untersuchungen basieren auf den ca. 11.200 Transparenzberichten, die im Januar 2015 online publiziert waren.

⁶ Die Aufwände der Pflegedokumentation werden seit Jahren hinlänglich kritisiert. Derzeit gibt es eine Initiative zur Vereinfachung der Pflegedokumentation, die die Aufwände stark reduzieren soll (Beikirch et al. 2014).

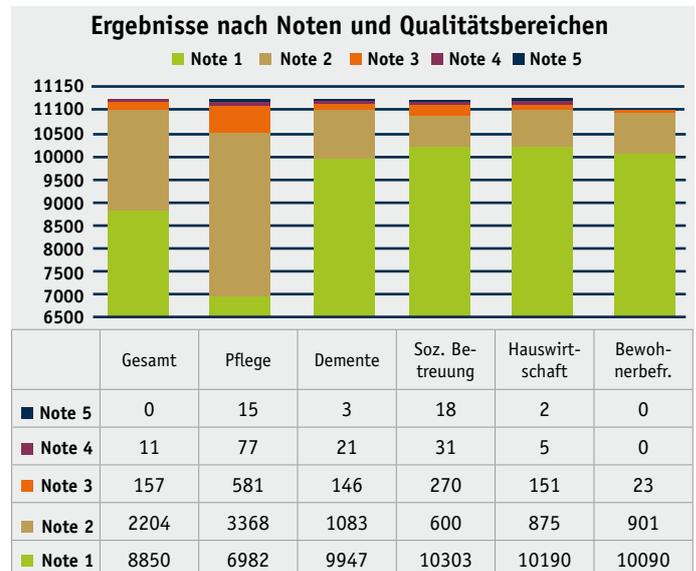


Abb. 3: Ergebnisse nach Noten und Qualitätsbereichen. Datengrundlage: Publierte Transparenzberichte Januar 2015. Auswertung: Stiftung Stark im Alter.

parenzberichten, die im Januar 2015 online publiziert waren. Wir haben die 77 Einzeldaten in eine Datenbank eingelesen und dann mit Computerhilfe untersucht. Dies bedeutet einen hohen Aufwand, den ein einzelner Verbraucher nicht leisten kann.

Hier sind einige Ergebnisse:

Prüfdatum

Die Prüfinstitute sind, wie bereits erwähnt, gehalten, jede Einrichtung mindestens einmal im Jahr zu überprüfen (§ 114 Abs. 2 SGB XI). Eine Analyse der Prüfdaten, also der Zeitpunkte, wann die Prüfinstitute die Qualitätskontrollen durchgeführt haben, zeigen allerdings, dass 7,6% der Prüfungen länger als 15 Monate zurückliegen. 0,1% der Transparenzberichte stammen sogar aus dem Jahr 2009. Sollte es neuere Berichte geben, so wurden sie nicht im Internet publiziert.

Durchschnittsnoten

Die vom MDK berechneten Durchschnittsnoten weisen Werte zwischen 1,0 und 5,0 auf. Rundet man die Noten (weist man also eine 1 den Werten 1,0 – 1,4, eine 2 den Werten 1,5 – 2,4 usw. zu), dann sieht man, dass es immer noch etliche Einrichtungen gibt, die kein „sehr gut“ erhalten haben. Insgesamt haben 21% der Einrichtungen eine Note von 2 bis 5 in der Gesamtbewertung bekommen. Da eine Bewertung mit einer 1, wie bereits ausgeführt, keine überdurchschnittliche Leistung mit Auszeichnung bedeutet, sondern lediglich die Erfüllung des Standards darstellt, liegen demnach 1/5 der Einrichtungen aufgrund von Defiziten unterhalb des gewünschten und erwarteten Wertes.

Auf der Ebene unterhalb der Gesamtnote werden Qualitätsunterschiede noch deutlicher. Bei der pflegerischen Leistung im Bereich Pflege und medizinische Versorgung sind es sogar 38% der Einrichtungen, die keine Note 1 erreicht haben.

„Spezialindizes“

Zu aussagekräftigeren Ergebnissen gelangt man, wenn man die

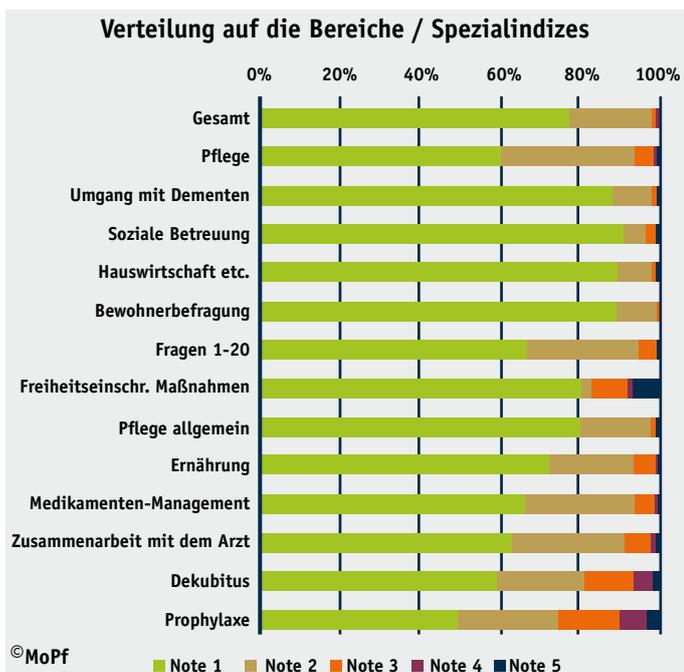


Abb. 4: Zusammenfassung nach Themenbereichen – „Spezialindizes“. Transparenzberichte mit Prüfdatum 31.1.2014 - 29.12.2014. Auswertung: Stiftung Stark im Alter.

Fragen/Kriterien aus dem Qualitätsbereich „Pflege und medizinische Versorgung“ zu Themengruppen zusammenfasst. Dies haben wir beispielhaft für 12 Unterbereiche vorgenommen. Hinter diesen „Spezialindizes“ verbergen sich jeweils die Ergebnisse von 2 bis 7 Prüfungsfragen, die sich auf thematisch zusammengehörige, besonders wichtige pflegerische Bereiche, beispielsweise auf den Umgang mit Demenz, mit Ernährungsfragen oder dem Medikamenten-Management, beziehen.

Betrachtet man hier die Verteilung der Noten, werden Unterschiede deutlicher. Auffällig ist, dass der Anteil schlechter Noten, die auf z.T. massive Mängel hinweisen, gerade in den Bereichen hoch ist, die auch in der öffentlichen Berichterstattung und im Beratungsdienst der BIVA e.V. häufig als Problemfelder auftauchen. Mit „Freiheitseinschränkenden Maßnahmen“ zum Beispiel wird zwar in über 80% der Einrichtungen den Vorschriften entsprechend umgegangen, aber knapp 10% haben darin eine Note 4 oder 5. Die relativ schlechten Ergebnisse für „Prophylaxe“ und „Dekubitus“ zeigen gravierende Probleme gerade in diesen Bereichen, die häufig als Indikatoren für die Pflegequalität einer Einrichtung insgesamt fungieren.

Die Spezialindizes können die Lücke zwischen den zu groben Durchschnittswerten, die Unterschiede nivellieren und die Ergebnisse insgesamt als zu positiv erscheinen lassen, und den allzu detaillierten Einzelfragen, die ein Verbraucher nicht überblicken kann, schließen. Damit erhält der Nutzer kurzfristig eine aussagefähigere Orientierungshilfe.

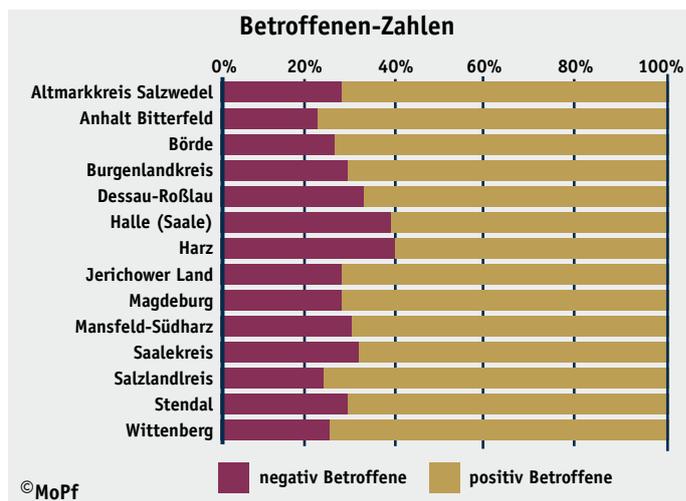


Abb. 5: Regionalisierung – Auswertung nach Kreisen und kreisfreien Städten in Sachsen-Anhalt. Frage: Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt? Auswertung: Stiftung Stark im Alter.

Weitere Erkenntnisse aus der Datenanalyse

Das zur Verfügung stehende Datenmaterial lässt nicht nur einrichtungsbezogene Analysen bzgl. der Pflegenoten oder der pflegerischen Themenstellungen zu. Mit ihnen können zusätzliche Erkenntnisse über die Pflegequalität allgemein gewonnen werden. Basierend auf den seit der Einführung der Prüfsystematik ab 2014 je Kriterium publizierten Einzelwerte können Hochrechnungen erstellt werden, die auf das Ausmaß der von Pflegemängeln Betroffenen schließen lassen.

In der Stichprobe liegen Einzeldaten zu knapp 81.000 Bewohnern vor. Dies entspricht ca. 11% der Gesamtanzahl von Bewohnern in stationären Einrichtungen und ist damit mehr als repräsentativ.⁷ Ausgehend von der Summe der von den Kriterien betroffenen Bewohnern und der Anzahl, bei wie vielen Bewohnern das Kriterium vollständig erfüllt war, wurde entsprechend auf die Gesamtanzahl der betroffenen Pflegebedürftigen in Deutschland hochgerechnet.

So ergeben sich zum Teil besorgniserregende Zahlen. Hier eine Auswahl:

- In ungefähr 81.000 Fällen werden die erforderlichen Dekubitusprophylaxen nicht durchgeführt.
- In rund 95.000 Fällen entspricht die Durchführung der behandlungsspezifischen Maßnahmen nicht den ärztlichen Anordnungen.
- In ca. 100.000 Fällen ist der Umgang mit Medikamenten nicht sachgerecht.

Zwar werden diese Daten auch im MDS-Pflege-Qualitätsbericht

7: Laut Statistischem Bundesamt gab es Ende 2011 knapp 750.000 Pflegebedürftige, die in einer vollstationären Pflege untergebracht waren.

Literatur

Beikirch, E./Breloer-Simon, G./Rink, F./Roes, M. (2014): Abschlussbericht. In: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratierung/Abschlussbericht_und_Anlagen_fin20140415_sicher.pdf (zugegriffen am 27.02.2015).

GKV-Spitzenverband/Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene/Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe/Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Hrsg.): Anlage 2 Bewertungssystematik. In: http://www.pflegenoten.de/media/dokumente/vereinbarungen/stationaere_vereinbarungen/pvts_neu_ab_01_01_2014/Pflege_PTVS_2013-06-10_Anlage_2.pdf (zugegriffen am 27.02.2015).

Brüggemann, J./Coners, E./Gerber, H./Hollenbach, D./Kowalksi, I./Krüger, C./Mittnacht, B./Vogt, K./Wenzel, D. (2014): 4. Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Köln: asmuth (http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Vierter_Pflege_Qualitaetsbericht.pdf.pdf).

Wingenfeld, K./Kleina, T./Franz, S./Engels, D./Mehlan, S./Engel, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. In: http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Abschlussbericht_Ergebnisqualitaet_.pdf (zugegriffen am 27.02.2015).

veröffentlicht.⁸ Dieser wird allerdings nur alle drei Jahre erstellt und nimmt auch keine derartigen Hochrechnungen vor. Mit der hier vorgestellten Methode lassen sich solche Qualitätsberichte jederzeit erstellen.

Zudem lassen die Daten sich auch regionalisieren. Damit lassen sich Qualitätsunterschiede zwischen Landkreisen oder größeren Gebieten nachweisen, die Hinweise für die Prüfbehörden geben können. Beispielhaft sei hier eine Fragestellung/ein Kriterium aus dem Bereich Dekubitus für die Kreise eines Bundeslandes aufgeführt (Abb. 5).

Kurzfristige Maßnahmen zur Verbesserung der Informationsbasis für Verbraucher

Aus den geschilderten Problemen und den hier aufgezeigten Möglichkeiten der genaueren Pflegenotenanalyse lassen sich mehrere Schlussfolgerungen ableiten. Auf kurze Sicht sollten:

- die Prüfungen zur Qualitätssicherung weitergeführt werden.
- auf die ungeeigneten Schulnotenskalen verzichtet werden, weil sie falsche Erwartungen wecken, die Ergebnisse zu sehr nivellieren und keine Transparenz und Vergleichbarkeit schaffen.
- die Einrichtungen konsequenterweise auch nicht mehr mit einer Note für sich werben dürfen.
- die Veröffentlichung der Ergebnisse nicht ausgesetzt werden, bis es ein reformiertes Prüfsystem gibt. Andernfalls stünden überhaupt keine Daten mehr zur Verfügung, die bei genauerer Analyse – die allerdings ein einzelner Betroffener nicht durchführen kann – teilweise brauchbare Erkenntnisse liefern können.
- die Daten in Rohform interessierten Verbraucherorganisationen zur Verfügung gestellt werden, damit diese eigene Informationsportale zum Nutzen des Verbrauchers betreiben können. Die Organisationen müssen sich dabei an allgemein verbindliche Qualitätsmaßstäbe halten. Die Kassen haben kein Eigentumsrecht an den Daten, sie gehören der Allgemeinheit, die auch deren Ermittlung durch Beiträge bezahlt hat.

⁸: Laut § 114a Abs. 6 SGB XI gibt es eine gesetzliche Verpflichtung für den MDK und den PKV-Prüfdienst, im Abstand von jeweils drei Jahren über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zu berichten (Brüggemann et al. 2014: 15).

Dipl.-Dok. (FH) Frauke von Hagen

ist Geschäftsführerin des Informationssystems Pflege der Stiftung Stark im Alter. Die Stiftung ist eng verbunden mit der Bundesinteressenvertretung der Nutzer und Nutzerinnen von Wohn- und Betreuungsformen im Alter und bei Behinderung e.V. (BIVA). Die Diplom-Dokumentarin arbeitete nach ihrem Studium bei Infratest, Infas und meinestadt.de als Informationsmanager und COO. Seit 2014 baut sie ein Pflege-Informationssystem auf. Kontakt: vonhagen@stark-im-alter.de



David Kröll, M.A.

ist Pressereferent der Bundesinteressenvertretung der Nutzer und Nutzerinnen von Wohn- und Betreuungsformen im Alter und bei Behinderung e.V. (BIVA). Der Literaturwissenschaftler arbeitete nach seinem Studium als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Deutsche Sprache und Literatur der Universität zu Köln. Seit Abgabe seiner Dissertation ist er bei der BIVA e.V. tätig und beteiligt sich an der Auswertung der Pflegenoten. Kontakt: kroell@biva.de



Transparency reports in inpatient care – a critical evaluation from the consumer's point of view

There are several systems to explore the quality of elder care in Germany. One of the most cost-intensive is „MDK-Qualitätsprüfung“. Once a year every care retirement home is audited by the MDK (Medical Service of Health Insurance). The results of this quality assessments are published for the public as „transparency reports“. This system is also known as „Pflegenoten“ or „Pflege-TÜV“. Although the results are heavily criticized, they offer useful information about the general situation of elder care in Germany. The main problems in care retirement homes are: prevention, medicine management, decubitus and custodial measures. In spite of the significant improvements in the last years there is a need for better elder care in Germany. Unfortunately there are too many people who still don't get the best care.

Keywords

transparency reports, quality-assessment, statistic evaluation, care retirement home, elder care

Ausblick

Diese kurzfristigen „Lösungen“ ersetzen nicht eine langfristig orientierte grundlegende Weiterentwicklung des Bewertungssystems und der Qualitätskontrollen. Es darf nicht in erster Linie als Marketinginstrument für Einrichtungsbetreiber gesehen werden, sondern muss konsequent der Verbraucherinformation dienen, wie es auch der Gesetzgeber vorgesehen hat.

Eckpunkte eines solchen Konzeptes sollten sein:

- Bei der Entwicklung von neuen Qualitätsmaßstäben werden die Betroffenen einbezogen. Die Verbraucherorganisationen werden mit Stimmrecht an der Weiterentwicklung beteiligt.
- Die Einrichtungsbetreiber, deren Pflegequalität geprüft werden soll, erhalten kein Stimmrecht bei der Festlegung der neuen Prüfsystematik.
- Von pflegewissenschaftlicher Seite liegen hilfreiche Vorschläge vor (vgl. z.B. Wingenfeld et al. 2011), die als Ausgangspunkt dienen können.
- Überarbeitung der Notensystematik: Die Darstellung in Notenform sollte von einer anderen Art der Bewertung ersetzt werden. Denkbar wäre etwa eine Darstellung in Prozent des erreichten Standards.
- Die Daten werden in Form einer verbraucherfreundlich abfragbaren Datenbank im Internet veröffentlicht. <<

**Dr.-Ing. Thomas P. Zahn, M.Sc. / Dipl.-Inform.
Volker Wenning / Dipl.-Ges.ök. Anika Reichert
/ Michaela Stevens / Patrick Nieswand /
Dr. phil. Albrecht Kloepfer / Univ.-Prof. Dr.
oec. Volker E. Amelung**

Akzeptanz von Hausnotrufsystemen bei Pflegebedürftigen

Das eigene Zuhause hat sich in den vergangenen Jahren zu einem bedeutsamen Gesundheitsstandort entwickelt (SVR 2014). Zahlreiche Studien belegen, dass Menschen eine weitgehende Versorgung und Pflege in der eigenen Häuslichkeit präferieren (Rothgang et al. 2014; Kuhlmeier et al. 2010). Mit der Zunahme chronischer Erkrankungen und der erhöhten Lebenserwartung verlängert sich die Dauer des Lebens mit körperlicher Einschränkung und altersbedingter Fragilität und damit auch der Bedarf an dauerhafter Unterstützung und Pflege. Verbunden ist damit der Wunsch, diese Pflege in der vertrauten Umgebung erfahren zu können und möglichst lange die eigene Selbständigkeit aufrechtzuerhalten (Kuhlmeier et al. 2010). Auch versorgungspolitisch gewinnen das eigene Zuhause und informelle Netzwerke als Kompensation für immer kürzere Krankenhausverweildauern und dem sich zuspitzenden Fachkräftemangel an Bedeutung (SVR 2014). Dazu muss Versorgung sich jedoch besser an den besonderen Erfordernissen der häuslichen Umgebung orientieren. Insbesondere die zunehmende Zahl alleinstehender Pflegebedürftiger – unter den älter als 85-Jährigen sind dies 63 % – stellt die häusliche Pflege vor Herausforderungen (Nowossadek/Engstler 2013). Bei den in ihrer Mobilität und den sozialen Kontakten häufig stark eingeschränkten Pflegebedürftigen kommt es immer wieder zu tragischem Zeitverlust bei der Alarmierung dringend notwendiger Hilfe (Sibley et al. 2014; Balzer et al. 2012). Der Einsatz von einfacher Kommunikationstechnik kann der hilfebedürftigen Person helfen, länger sicher in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben.

>> Der Hausnotruf (HNR) besteht aus einer Basisstation und einem Funksender, der als Armband, Clip oder Kette am Körper getragen wird und auf Knopfdruck eine Verbindung zur Basisstation herstellt. Über eine Kopplung der HNR-Station an eine herkömmliche Telefonleitung nimmt das System bei Knopfdruck automatisch Kontakt zu einer Servicezentrale auf und stellt eine Freisprechverbindung zwischen ihr und dem Notrufenden her. Die Kommunikation ist dabei aus allen Bereichen der Wohnung möglich. Doch selbst wenn

Zusammenfassung

Mehr als die Hälfte aller Einwohner Berlins leben allein und das auch und vor allem im hohen Alter. Wenn gleichzeitig aufgrund der altersbedingt eingeschränkten Funktionsfähigkeit der Bedarf an Betreuung und Pflege zunimmt, stellt sich die versorgungspolitische Herausforderung, wie den Betroffenen möglichst lange ein sicherer und autonomer Verbleib in ihrer eigenen Häuslichkeit gewährleistet werden kann. Mit dem Ziel, Versorgungssicherheit bei Pflegebedürftigkeit mit dem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zusammenzubringen, wird das eigene Zuhause zum bedeutenden Gesundheitsstandort. Der Einsatz von Technologien kann erheblich dazu beitragen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang jedoch die Frage, inwieweit technische Systeme wie der Hausnotruf, die den längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bei gesteigerter Sicherheit unterstützen, von den Nutzern angenommen und genutzt werden.

Schlüsselwörter

Hausnotruf, Teleservices, ambulante Pflege, Akzeptanz, regionale Versorgungsunterschiede

der Notrufende nicht mehr sprechen kann, ist die Notrufzentrale in der Lage, diesen zu identifizieren. Die Servicezentrale verfügt über Basisinformationen zum Notrufenden, mithilfe derer das geschulte Personal das Problem, den notwendigen Hilfebedarf sowie die Dringlichkeit diagnostiziert und situationsangemessene Hilfsmaßnahmen einleitet.

Der HNR ist ein anerkanntes Hilfsmittel im Leistungskatalog der deutschen Pflegeversicherung. Somit können Berechtigte die Erstattung der Installation sowie der monatlichen Grundgebühr bei ihrer Pflegeversicherung beantragen, sofern bei ihnen eine Pflegestufe vorliegt. Darüber hinaus gelten weitere Kriterien, die von der Pflegekasse im Einzelfall zu prüfen und zu entscheiden sind. So sind HNR-Systeme vorrangig indiziert bei vollständig oder über weite Teile des Tages allein lebenden Pflegebedürftigen, bei denen aufgrund ihres Krankheits- bzw. Pflegezustandes jederzeit der Eintritt einer Notsituation erwartet werden kann (Hilfsmittelverzeichnis 2015).

Der HNR birgt das Potenzial, die Versorgung in einigen wichtigen politischen Zielen, die unter anderem auch der Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten aufgreift, zu unterstützen. So steht im Fokus der gesundheits- wie auch pflegepolitischen Agenda das Ziel der Stärkung der Versorgung in der Häuslichkeit (SVR 2014). Nicht nur hilft eine darauf ausgerichtete Pflege, die immer kürzeren Krankenhausverweildauern und zunehmend ambulanten Eingriffe zu kompensieren, auch aus Sicht der Betroffenen verspricht die häusliche Pflege größtmögliche Lebensqualität und Teilhabechancen (Kuhlmeier et al. 2010). Der HNR kann dabei wesentlich zur Anpassung der Versorgung an die Erfordernisse des Zuhauses beitragen. Auch setzt sich vermehrt die Idee durch, dass Gesundheitsförderung im hohen Alter nicht an Relevanz verliert, insbesondere dann nicht, wenn es die Prävention von Pflegebedürftigkeit betrifft (BMFSFJ 2005; FES 2009; Kruse 2014). Das HNR-System schafft die Rahmenbedingungen für schnelle Hilfe im Bedarfsfall, wodurch mögliche Komplikationen im Falle eines Sturzes vorgebeugt und die Progression der Pflegebedürftigkeit dabei potenziell verlangsamt werden.

Die Verlagerung der Versorgung von Pflegebedürftigen in den häuslichen Bereich geht jedoch einher mit einer stärkeren Inanspruchnahme informeller Netzwerke und Angehöriger. Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, darunter

die große Mehrheit allein von Angehörigen (Statistisches Bundesamt 2015). Allerdings wird das informelle Pflegepotenzial aufgrund der demografischen Effekte und veränderter Familienstrukturen sinken (Rothgang 2014). Mehr als die Hälfte der Haushalte Berlins sind bereits Ein-Personen-Haushalte – in Brandenburg sind es über ein Drittel (Amt für Statistik BBR 2013). Die HNR-Technologie kann Familien in der Betreuung eines älteren Angehörigen entlasten und das sinkende Potenzial damit kompensieren. Der Gepflegte kann in seiner häuslichen Umgebung verbleiben, ohne dass die Betreuungsperson dauerhaft anwesend sein muss. Aber auch die professionellen Pflegeressourcen können möglicherweise durch den Einsatz der HNR-Technologie geschont werden. Über den zunächst telefonischen Kontakt zwischen dem Hilferufenden und der Servicezentrale kann der tatsächliche Hilfebedarf diagnostiziert werden. In vielen Fällen ist der Einsatz eines Pflegedienstes oder gar Notarztes nicht notwendig. Vermeidbarer Inanspruchnahme der Pflegeressourcen wird damit vorgebeugt, was in Zeiten des andauernden Pflegenotstands bzw. Fachkräftemangels, von dem mittlerweile nur noch wenige Regionen ausgenommen sind, von entscheidender Bedeutung ist (Rothgang 2014).

Letztlich kann die HNR-Technologie auch einen Beitrag leisten, Effizienzreserven im Pflege- wie auch Gesundheitssystem auszuschöpfen und die Inanspruchnahme von Leistungen einzudämmen (Roush et al. 1995; Hyer/Rudick 1994). Zwar verhindert der HNR keinen Sturz und keine Verletzung, aber er kann im Notfall schneller die notwendige medizinische Hilfe verfügbar machen. In Situationen eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts zum Beispiel, wo es auf wenige Minuten ankommt, kann schweren Komplikationen, die möglicherweise auch mit einer erhöhten Pflegebedürftigkeit einhergehen, vorgebeugt werden.

Forschungsstand im Bereich Hausnotruf

Der Blick in die Forschungsliteratur zeigt eine überschaubare Anzahl an Studien zu dem Thema Hausnotruf (im Englischen „personal emergency response system“). Neben sehr alten Studien aus den 1980er bis 90er Jahren, die aus der Entstehungszeit der Technologie stammen, gibt es vor allem internationale Studien aus den USA sowie Kanada, aber auch vereinzelt aus England und Australien. Im Untersuchungsfokus stehen Nutzereigenschaften und –verhalten sowie psychologische Effekte des HNR. Vereinzelt werden auch die Effekte des Services auf die Inanspruchnahme anderer Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie auf die Kosten untersucht. Insgesamt erweist sich die Studienlage jedoch als sehr heterogen mit zumeist sehr kleinen Stichproben aus neun bis maximal 900 Teilnehmern.

Aus der wissenschaftlichen Literatur geht hervor, dass das Durchschnittsalter der HNR-Nutzer zwischen 75 und 89 Jahren liegt (u.a. Fallis et al. 2007; Heinbüchner et al. 2010). Zudem sind die Nutzer überwiegend weiblich (71 bis 82%) und allein lebend (58 bis 100%) (u.a. Roush et al. 1995; Lee et al. 2007). Die Mehrzahl ist von Multimorbidität betroffen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie rheumatischen Erkrankungen als die häufigsten Leiden (Dibner 1990). Ältere entscheiden sich insbesondere für die Installation eines HNR-Systems, wenn sie in der Vergan-

genheit bereits als Folge eines Sturzes oder einer Verletzung länger ohne Hilfe blieben. Ähnliche Erfahrungen von Gleichaltrigen spielen hingegen eine untergeordnete Rolle, da die Personen häufig ihr eigenes Sturzrisiko unterschätzen (Johnston et al. 2010). Hausarzt und Familie nehmen meist eine beratende Funktion bei der Anschaffungsentscheidung ein (Porter/Lasiter 2012).

Über 80% der HNR-Nutzer empfanden einen echten Nutzen und sind sehr zufrieden mit dem System (u.a. Heinbüchner et al. 2010; Fallis et al. 2007; Hyer/Rudick 1994). Zudem trägt der HNR entscheidend zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl bei, da die Zuversicht, in medizinischen Notfällen rechtzeitig Hilfe zu erhalten, steigt (Porter 2003; Dibner 1990). Auch Familie und Nachbarn empfinden weniger Angst bzgl. der Sicherheit des Betroffenen. Allerdings konnte die Angst vor Stürzen durch die Nutzung des Systems nicht reduziert werden (Lee et al. 2007).

Studien zeigen jedoch auch, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil von Pflegebedürftigen das System trotz einer Installation nicht nutzte (Heinbüchner et al. 2010; Fleming et al. 2008). Ausschlaggebend für die Inanspruchnahme des HNR-Systems sind zum einen die Tragezeit des Alarmknopfes und zum anderen die Aktivierungsrate des Alarmes im Bedarfsfall. So trugen beispielsweise in der Studie von Heinbüchner et al. (2010) 27% der HNR-Besitzer ihren Alarmknopf nicht.

Als Gründe für die geringen Tragezeiten äußern die Nutzer den mangelnden Komfort des Alarmknopfes. Viele verkennen zudem das eigene Sturzrisiko und halten den HNR für unnötig, wobei sich Nicht-Nutzer selbst grundsätzlich weniger gefährdet sehen als andere Altersgenossen (Barrett 2008; Porter/Lasiter 2012). Häufig hängt dies auch mit einer mangelnden Kenntnis über die tatsächliche Wirkungsweise zusammen (Johnston et al. 2010). Unzufriedenheit entstand insbesondere dann, wenn die Nutzer dem Gerät misstrauten oder bei einer versehentlichen Alarmierung vor den Stimmen erschrocken (Hyer/Rudick 1994, Porter 2003). Darüber hinaus vergessen einige auch, den Funksender zu tragen (Heinbüchner et al. 2010; Porter/Lasiter 2012). Die geringe Aktivierungsrate nach Stürzen begründen die Betroffenen mit dem Wunsch nach Unabhängigkeit, die Situation selbst in den Griff zu bekommen. Gleichzeitig möchten sie eine Einweisung ins Krankenhaus vermeiden (Heinbüchner et al. 2010; Fleming et al. 2008). Anbieter des Hausnotruf-Dienstes haben die Notwendigkeit erkannt, das Tragen des Notrufknopfes bei den Nutzern zu fördern. Neben zusätzlichen Dienstleistungen wie beispielsweise regelmäßigen Probeauslösungen werden die Nutzer verstärkt über die Funktionsweise informiert und die Wichtigkeit des Tragens aufgeklärt.

Akzeptanzentwicklung des Hausnotrufes und regionale Unterschiede

Um einen aktuellen Einblick in die Akzeptanzentwicklung des HNR und die regionalen Besonderheiten der Inanspruchnahme für Deutschland zu gewinnen, wurden Abrechnungsdaten von ca. 150.000 Versicherten der AOK Nordost-Pflegekasse aus den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern der Jahre 2010 bis Oktober 2014 analysiert. Eingeschlossen wurden Versicherte, die



Abb. 1: Entwicklung HNR-Nutzer ab 70 Jahre in häuslicher Pflege nach Land.

über 70 Jahre alt waren, eine anerkannte Pflegestufe besaßen und nicht dauerhaft in einem Pflegeheim, sondern in häuslicher Pflege versorgt wurden. Diese werden in der Folge als HNR-Berechtigte bezeichnet. Unter diesen Versicherten wurden alle diejenigen als HNR-Nutzer qualifiziert, die wenigstens in einem Monat des Jahres die Kosten für einen HNR erstattet bekamen. Bis zum Oktober 2014 ergab sich daraus eine Studienpopulation von 152.586 Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege, wobei die Daten für Mecklenburg-Vorpommern für das Jahr 2010 nur teilweise vorlagen und ausgeblendet wurden.

Allgemeine und länderspezifische Akzeptanzentwicklung des Hausnotrufes

Der Hausnotruf wurde direkt nach seiner Einführung als Pflege-Hilfsmittel 1995 nur wenig genutzt. Seit 2010 ist nun ein deutlicher Anstieg der Akzeptanz des HNR in der Versorgungspraxis feststellbar. Es ist zu erkennen, dass sich die absolute Anzahl der Nutzer von HNR-Services zwischen 2010 und 2013 nahezu verdoppelt hat. Bis 2013 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen im Alter über 70 in häuslicher Pflege, die eine HNR-Leistung von der AOK Pflegekasse erstattet bekamen auf 16.955, was einem Anteil von gut 10% an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen entspricht. Insgesamt ist bei den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege somit ein 65%-iger Anstieg in vier Jahren zu verzeichnen. Bis Oktober 2014 stieg die Anzahl der Hausnotruf-Nutzer noch weiter an. Diese Entwicklung zeigt, dass immer mehr Pflegebedürftige diese altersgerechte und durch die AOK Nordost seit vielen Jahren explizit geförderte Technologie akzeptieren, um das eigene Gesundheitsrisiko zu reduzieren.

Die Entwicklung der Nutzerzahlen verlief in den drei Bundesländern Brandenburg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern (MV) zunächst sehr unterschiedlich (vgl. Abb. 1).

Während in Brandenburg 2010 bereits 5.627 Pflegebedürftige die HNR-Technik nutzten, waren es in Berlin nur 3.656 AOK-Versicherte. Im Jahr 2013 hat sich die Nutzerzahl in Brandenburg auf 6.773, also um 20%, erhöht. Dagegen stieg die Zahl in Berlin auf 5.648 was einem Anstieg um 54% entspricht.

Die dargestellte Entwicklung ist jedoch stark von der demografischen Alterung und der Entwicklung der Pflegebedürft-

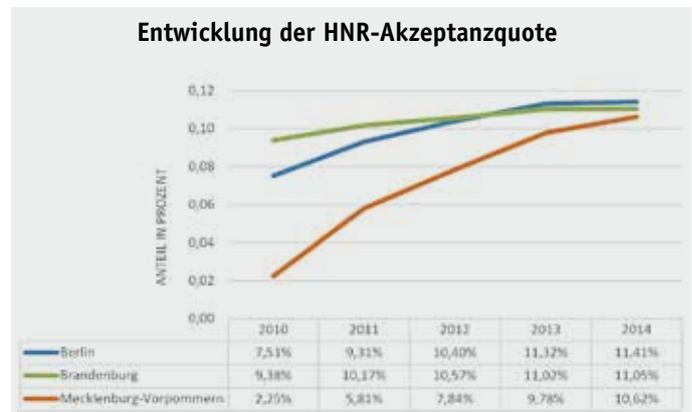


Abb. 2: Entwicklung der HNR-Akzeptanzquote nach Bundesland (2014 Jan-Okt).

tigkeit (entsprechend der Pflegestufen) beeinflusst. Seit Einführung der Pflegestatistik 1999 ist eine stetige Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland zu beobachten, wobei die Steigerungsraten regional höchst unterschiedlich verliefen. Insbesondere die östlichen Bundesländer erreichten durchweg Zunahmen von über 30% (SVR 2014).

Um den Einfluss der demografischen Alterung und der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zu eliminieren, wurde im Folgenden die absolute Anzahl der HNR-Nutzer auf die jeweilige Anzahl der HNR-Berechtigten (Pflegebedürftige in häuslicher Pflege) bezogen und so eine HNR-Akzeptanzquote ermittelt.

Bezogen auf die HNR-Berechtigten bestätigt sich der Anstieg der Akzeptanzquote des HNR-Services jedoch noch deutlicher. Sie veränderte sich im Schnitt aller drei Bundesländer von 6,8% im Jahr 2010 auf 11,0% in 2014.

Anteilig an den HNR-Berechtigten ist der unterschiedliche, aber mittlerweile konvergente Verlauf der Nutzung von HNR-Services zwi-

Akzeptanzquoten der Hausnotruf-Nutzer nach Landkreis

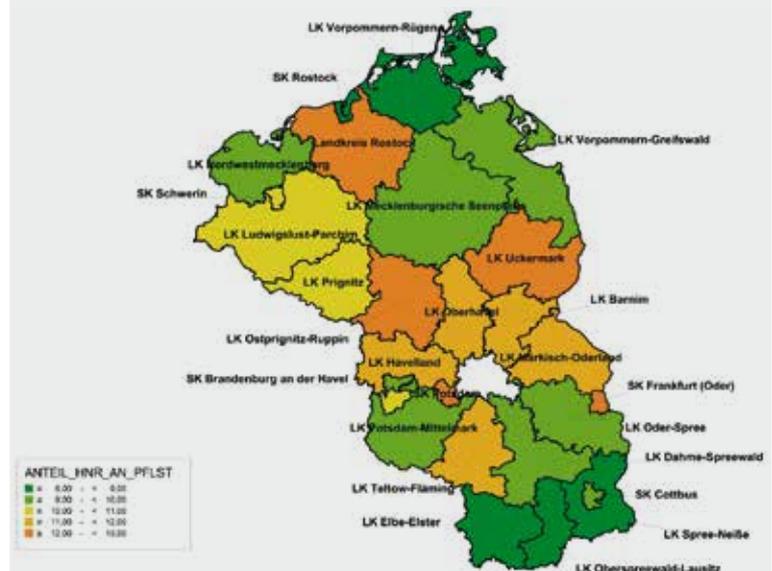


Abb. 3: Akzeptanzquoten der Hausnotruf-Nutzer je Landkreis 2013.

schen 2010 und 2014 auch auf Länderebene sehr deutlich zu erkennen. In allen drei Bundesländern nutzten 2014 mehr als 10% der HNR-Berechtigten den HNR-Service. In Berlin lag dieser Anteil mit 11,4% am höchsten, in Brandenburg wurden 11,1% erreicht, aber auch Mecklenburg-Vorpommern hat sich mit 10,6% deutlich angenähert.

Akzeptanzunterschiede des Hausnotrufes in den Kreisen und Stadtbezirken 2013

Bevölkerungsanteile pflegebedürftiger Menschen unterscheiden sich grundsätzlich auch auf Ebene der Städte und Landkreise teils erheblich, wobei sich dies nicht allein durch die jeweilige Altersstruktur erklären lässt (SVR 2014). Daher wurde die absolute Zahl der HNR-Nutzer beim Vergleich der Regionen jeweils auf die dort vorhandene Zahl der HNR-Berechtigten bezogen, um eine regionale HNR-Akzeptanzquote zu ermitteln. Wie in Abb. 3 zu erkennen ist, zeigen die regionalen HNR-Akzeptanzquoten für das Jahr 2013 deutliche Unterschiede zwischen den Regionen.

In Brandenburg ist der höchste Anteil von HNR-Nutzern mit 14,4% in der Stadt Frankfurt/Oder zu verzeichnen. Dicht danach folgen die Abwanderungsregionen Uckermark (14,2%) und Ostprignitz-Ruppin (13,7%) im Norden Brandenburgs. Am geringsten ist der Anteil der HNR-Nutzer im Süden Brandenburgs mit 6,1% im Landkreis (LK) Spree-Neiße 6,3% in Oberspreewald-Lausitz und 7,9% in Elbe-Elster.

In Mecklenburg-Vorpommern sind anteilig die meisten HNR-Nutzer im Landkreis Rostock ansässig (12,5%), gefolgt von der Landeshauptstadt Schwerin mit 10,3%. Hingegen ist in der Stadt Rostock selbst der Anteil mit 8,3% am geringsten. Auch im Hohen Norden (LK Vorpommern-Rügen) sind mit 8,8% vergleichsweise wenige Pflegebedürftige bereit, sich durch altersgerechte Technologie beim möglichst langen Verbleib in ihrer Häuslichkeit unterstützen zu lassen.



Abb. 4: Akzeptanzquoten der Hausnotruf-Nutzer je Berliner Stadtbezirk 2013.

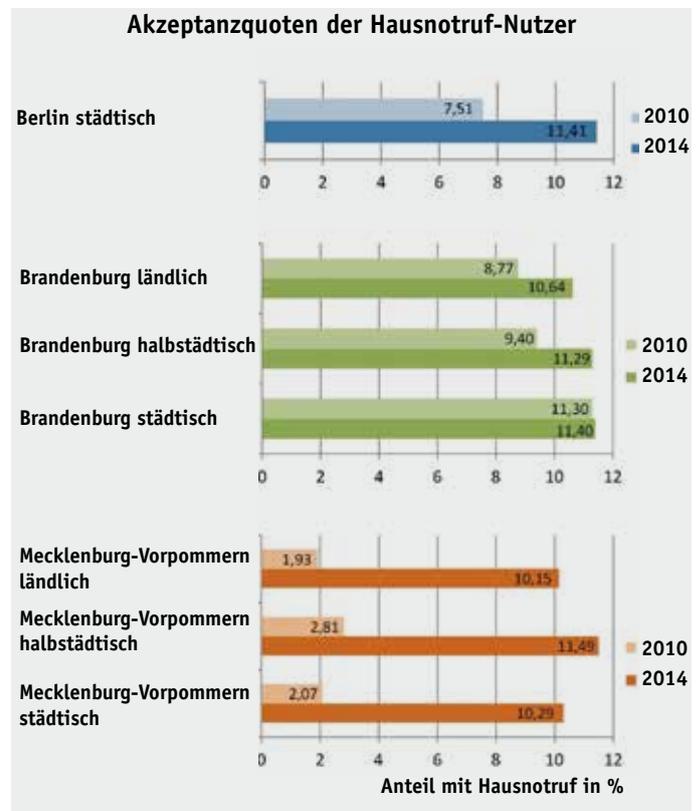


Abb. 5: Entwicklung der HNR-Akzeptanzquoten je Bundesland und EU-Gemeindetyp 2010 und 2014.

Abbildung 4 zeigt die Verteilung des Anteils der HNR-Nutzer an den HNR-Berechtigten in der Bundeshauptstadt Berlin. Hier ist ein deutlicher Unterschied zwischen den östlichen und westlichen Stadtbezirken zu erkennen. Trotz der höheren Altersstruktur in den östlichen Stadtbezirken lag die Akzeptanzquote 2013 dort mit 10,2% um genau 2% niedriger als in den westlichen Stadtbezirken mit 12,2%. Während im Stadtbezirk Reinickendorf mit 13,6% der höchste Anteil an HNR-Systemen zu verzeichnen ist, liegt dieser in Lichtenberg nur bei 9,5%.

Da die Landkreise in den Flächenländern Brandenburg und MV mitunter sehr große Unterschiede bezüglich des konkreten Lebensumfeldes aufweisen, wurde eine zusätzliche Analyse der HNR-Akzeptanzquoten auf Basis der Wohnort-Gemeinden und deren Einstufung nach EU-Gemeindetypen – städtisch, halbstädtisch oder ländlich – vorgenommen.

Betrachtet man die HNR-Akzeptanz-Entwicklung nach Gemeindetypen, zeigt sich, dass in den halbstädtisch eingestuften Gemeinden Mecklenburgs im Jahr 2014 bereits das Niveau der Städte und Halbstädte in Berlin und Brandenburg erreicht wurde. In den ländlichen Gemeinden Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns liegt das Akzeptanzniveau mit 10,6% bzw. 10,2% noch um ca. 1% niedriger. Auffällig ist die mit 10,3% noch relativ geringe HNR-Quote in den als städtisch eingestuften Gemeinden Mecklenburg-Vorpommerns.

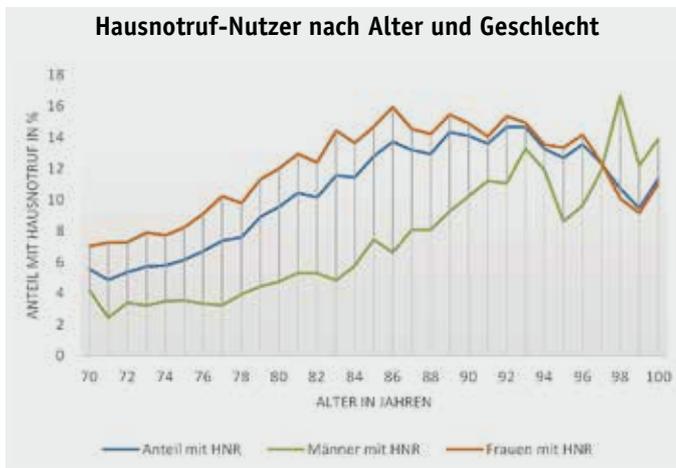


Abb. 6: Anteil der Hausnotruf-Nutzer nach Alter und Geschlecht 2014.

Alters- und Geschlechtsverteilung von Hausnotruf-Nutzern 2014

Schließlich wurde auch der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Nachfrage nach HNR-Services für das Jahr 2014 untersucht. Das Durchschnittsalter der HNR-Nutzer lag 2014 bei 85,4 Jahren. Die 14.040 weiblichen HNR-Nutzer waren im Mittel 85,8 Jahre alt, die 2.513 männlichen HNR-Nutzer waren im Mittel 83,8 Jahre alt. Dabei zeigt sich – wie in Abb. 6 dargestellt – in fast allen Altersstufen ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen. Frauen nutzen den HNR-Service in nahezu allen Altersstufen deutlich häufiger als Männer. Besonders zwischen dem 85. und 95. Lebensjahr nutzen mehr als 14% der weiblichen HNR-Berechtigten die HNR-Technik. Bei Männern steigt der Anteil zwar kontinuierlich mit dem Alter, jedoch auf deutlich niedrigerem Niveau. Im Alter von 97 Jahren erreichen die Männer erstmalig das Niveau der Frauen. Da in den Altersstufen ab 98 Jahre jeweils weniger als 100 Männer als HNR-Berechtigte analysiert werden konnten, lassen die berechneten HNR-Anteile bei

Literatur

- Amt für Statistik BBR (Berlin-Brandenburg) (2013): Ergebnisse des Mikrozensus im Land Berlin 2012. Haushalte, Familien und Lebensformen. Statistischer Bericht. Potsdam
- Balzer, K./Bremer, M./Schramm, S./Lühmann, D./Raspe, H. (2012): Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. DIMDI HTA-Bericht 116
- Barrett, L.L. (2008): Healthy @ Home. AARP Foundation.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2005): Fünfter Bericht zu Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin
- Dibner AS (1990): Personal Emergency Response Systems: Communication Technology Aids Elderly and Their Families. In: Journal of Applied Gerontology 1990, 9, 4: 504-510
- Fallis, W.M./Silverthorne, D./Franklin, J./McClement, S. (2007): Client and Responder Perceptions of a Personal Emergency Response System: Lifeline. In: Home Health Care Services Quarterly 2007, 26, 3: 1-21
- FES (Friedrich-Ebert-Stiftung) (2009): Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. Berlin
- Fleming, J./Brayne, C./the Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study collaboration (2008): Inability to get up after falling, subsequent time on floor, and summoning help: prospective cohort study in people over 90. In: BMJ 2008, 337: a2227
- Heinbüchner, B./Hautzinger, M./Becker, C./Pfeiffer, K. (2010): Satisfaction and use of personal emergency response systems. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2010, 43: 219-223
- Hilfsmittelverzeichnis (2015). In: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home.action> (abgerufen am 21.01.2015)
- Hyer, K./Rudick, L. (1994): The Effectiveness of Personal Emergency Response Systems in Meeting the Safety Monitoring Needs of Home Care Clients. In: JONA, 24, 6: 39-44
- Johnston, K./Grimmer-Somers, K./Sutherland, M. (2010): Perspectives on use of personal alarms by older fallers. In: International Journal of General Medicine, 3: 231-237
- Kruse, A. (2014): Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.) (2014)
- Kuhlmey, A./Dräger, D./Winter, M./Beikirch, E. (2010): COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. In: Informationsdienst Altersfragen 2010, 37, 4: 4-11
- Lee, J.S./Hurley, M.J./Carew, D./Fisher, R./Kiss, A./Drummond, N. (2007): A Randomized Clinical Trial to Assess the Impact on an Emergency Response System on Anxiety and Health Care Use among Older Emergency Patients after a Fall. In: Academic Emergency Medicine 2007, 14, 4: 301-308
- Nowossadeck, S./Engstler, H. (2013): Familie und Partnerschaft im Alter. In: Report Altersdaten 2013, 3. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
- Porter, E.J. (2003): Moments of Apprehension in the Midst of a Certainty: Some Frail Older Widows' Lives with a Personal Emergency Response System. In: Qualitative Health Research, 13, 9: 1311-1323
- Porter, E.J./Lasiter, S. (2012): Older Homebound Women's Perceived Risk of Being Unable to Reach Help Quickly: Influence of Situations Involving Age-Peers. In: Research in Nursing & Health, 35: 624-633
- Rothgang, H./Müller, R./Mundhenk, R./Unger, R. (2014): BARMER GEK Pflegerreport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger
- Roush, R.E./Teasdale, T.A./Murphy, J.N./Kirk, M.S. (1995): Impact of a Personal Emergency Response System on Hospital Utilization by Community Residing Elders. In: Southern Medical Journal, 88,9: 917-922
- Sibley, K.M./Voth, J./Munce, S.E./Straus, S.E./Jaglal, S.B. (2014): Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions. In: BMC Geriatrics, 14:22
- Statistisches Bundesamt (2015) Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. In: <https://www.destatis.de/> (abgerufen am 21.01.2015)
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin.

Männern über 97 keine statistisch signifikanten Aussagen zu.

Erkennbar ist jedoch, dass die Akzeptanz des HNR mit dem Lebensalter steigt. Bedingt durch die in der Regel mit dem Alter einhergehende Steigerung der Morbidität und Pflegebedürftigkeit sowie der Reduktion der Mobilität ist dies zwar erklärbar. Dennoch ist hervorzuheben, dass auch hochbetagte Menschen über 90, denen häufig eine grundsätzliche Ablehnung technischer Hilfsmittel unterstellt wird, auf die HNR-Technik vertrauen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Der HNR als Teleservice für ältere Menschen mit Pflegestufe, die vorrangig allein in ihrer eigenen Häuslichkeit leben, hat sich in den vergangenen vier Jahren zunehmend im Versorgungsalltag etabliert. Als innovative Technik, die die Distanz zwischen einem im Notfall Hilfesuchendem und einer Betreuungsperson überbrückt, trägt sie großes Potenzial in sich, eine Vielzahl versorgungspolitischer Ziele der Zukunft zu unterstützen.

Die in dieser Studie erkennbare deutlich positive Akzeptanzentwicklung des HNR in allen Altersstufen der AOK Nordost-Pflegekasse zeigt, dass immer mehr hochbetagte Pflegedürftige bereit sind, technische Hilfsmittel zu nutzen, um im Notfall schnelle und professionelle Unterstützung herbeirufen zu können. Die Akzeptanz des HNR korreliert erkennbar mit dem zunehmenden Alter. Hervorzuheben ist, dass auch hochbetagte Menschen über 90 auf die HNR-Technik vertrauen. Die Durchsetzungsfähigkeit des Systems auch unter Hochbetagten liegt wohl vor allem in der Einfachheit der Grundfunktion – eine Telefonverbindung per Knopfdruck – sowie der Aufrechterhaltung der Kommunikation und des menschlichen Kontaktes begründet. Die identifizierten Unterschiede in der Inanspruchnahme von HNR-Systemen auf der Ebene der Gemeindetypen und Regionen zeigt eine höhere Akzeptanz der HNR-Technik im urbanen Umfeld und gibt Anlass dazu, den Einsatz technischer Hilfsmittel in ländlichen Gemeinden mit eher höheren Risiken der häuslichen Pflege noch stärker zu fördern.

Obwohl ein gewisser Einfluss der regionalen Altersstruktur und der Pflegequote auf die Inanspruchnahme von HNR-Systemen zu erwarten ist, zeigt sich, dass die regionalen Unterschiede bei der Akzeptanz der HNR-Technik auch mit anderen Faktoren zusammenhängen. So können z.B. der variierende Gesundheitszustand älterer Menschen, regionale Abweichungen des Antragsverhaltens, unterschiedlich stabile informelle Hilfenetze oder Unterschiede des Versorgungsangebots die regionale HNR-Akzeptanzquote beeinflussen. Deutlich wird hieraus einmal mehr die Notwendigkeit einer regional differenzierten Beurteilung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung.

Die Zufriedenheit unter den HNR-Nutzern hat sich in anderen Studien mehrheitlich als hoch erwiesen. Vorteile liegen insbesondere in der Steigerung des Sicherheitsgefühls und der Erhaltung der Selbstständigkeit in der eigenen Häuslichkeit. Zusätzlich profitieren Angehörige davon, den Pflegebedürftigen rund um die Uhr betreut zu wissen und im Notfall informiert zu werden.

Die zunehmende Akzeptanz des HNR stimmt zuversichtlich, dass der Ausbau innovativer technischer Lösungen in Verbindung mit pro-

Acceptability of personal emergency response systems among elderly in need of long-term care

More than half of the population of Berlin lives by themselves, particularly during old age. With age, functional capabilities decrease, which in turn increases the demand for support and care. In terms of health care provision, this creates the challenge of enabling the elderly to live safely and autonomously within their own homes for as long as possible. Combining the goals of secure healthcare supply for those in need of care with their desire to remain at home for as long as possible means the home arises an important centre for healthcare. Various technologies can help tremendously in meeting this challenge. However, within this context the question arises: what is the extent of the acceptance and use of technical systems such as personal emergency response systems which support a longer stay within the own home under secure conditions.

Keywords

personal emergency response systems, home alarm systems, user acceptance, health insurance data, home care, regional disparities

fessionellen Serviceangeboten in Zukunft dazu beitragen kann, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu verlängern, eine Progression der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und den Übergang in eine Institution der stationären Langzeitpflege zu verzögern oder sogar ganz zu vermeiden. Weiterführende Studien werden sich diesen Fragestellungen genauer widmen. <<

Autorenerklärung

Dr. Thomas P. Zahn ist Geschäftsführer des Gesundheitswissenschaftlichen Institutes (GeWINO) der AOK Nordost. Dr. Zahn und Herr Wenning als Mitarbeiter des GeWINO haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet.

Die Studie wurde vom Institut für angewandte Versorgungsforschung inav unter Leitung von Prof. Dr. Volker Amelung in Berlin in Zusammenarbeit mit der AOK-Nordost-GeWINO unter Leitung von Dr. Thomas Zahn in Berlin durchgeführt. Das inav wurde dabei finanziell durch die Initiative Hausnotruf unterstützt.

Dr. Thomas P. Zahn, M.Sc.

leitet seit 2013 das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost der AOK Nordost (GeWINO). Ein Forschungsschwerpunkt des GeWINO bezieht sich auf die Versorgungsabläufe an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung.

Kontakt: Thomas.Zahn@nordost.aok.de

**Dipl.-Inform. Volker Wenning**

arbeitet seit 2006 für die AOK Nordost und ist im GeWINO für datenbasierte Analyseanwendungen zuständig. Als technischer Projektleiter verantwortet er den Aufbau eines unternehmensweiten Berichtswesens für die AOK Nordost.

Kontakt: Volker.Wenning@nordost.aok.de

**Dipl.-Ges.ök. Anika Reichert**

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte liegen in ökonomischen, ordnungspolitischen Analysen im Gesundheitswesen sowie gesundheitsökonomischen Evaluationen und Versorgungsstudien.

Kontakt: reichert@inav-berlin.de

**Michaela Stevens**

ist seit 1995 bei Sonotel Gemeinnützige Gesellschaft für Hausnotruf und Soziale Kommunikation, bundesweiter Leistungserbringer aller Pflegekassen, tätig und ist seit 2007 Mitgeschäftsführerin der Gesellschaft. Seit 2013 ist Stevens zudem Geschäftsführerin der Initiative Hausnotruf, ein Zusammenschluss namhafter Hausnotrufanbieter und Hausnotrufgerätehersteller in Deutschland.

Kontakt: stevens@initiative-hausnotruf.de

**Patrick Nieswand**

ist Krankenpfleger und hat Politikwissenschaft studiert. Seit 2008 arbeitet er als Referent für ambulante Dienste im ASB-Bundesverband. Gemeinsam mit ambulanten Pflegediensten und Hausnotrufdiensten erarbeitet er Modelle und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstruktur und der Verbesserung der Organisationsstruktur ambulanter Dienste insbesondere im Qualitäts- und Personalmanagement. Kontakt: p.nieswand@asb.de

**Dr. phil. Albrecht Kloepfer**

ist Politikberater, Publizist und gelernter Literaturwissenschaftler, unterrichtete von 1987 bis 1999 in Berlin und Tokyo an verschiedenen Universitäten. Seit 2013 ist er ehrenamtlicher Geschäftsführer des gemeinnützigen Vereins „MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit“. 2014 gründete er das „iX - Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung“, dessen Leitung er seitdem verantwortet. Kontakt: kloepfer@albrecht-kloepfer.de

**Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung**

ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Amelung ist als Berater für internationale und nationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig und ist Geschäftsführer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Berlin.

Kontakt: amelung@inav-berlin.de



Dr. Peter Pick
Jürgen Brüggemann

Verbesserungen der Pflegequalität

Die Versorgungsqualität in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten ist besser geworden. Dies ist das zentrale Ergebnis des vierten MDS-Pflegequalitätsberichts. Grundlage des Berichts sind Daten aus über 23.211 Qualitätsprüfungen, die im Jahr 2013 stattfanden. Die MDK-Gutachter untersuchten dabei die Versorgungsqualität bei 147.000 Menschen. Verbesserungen gab es bei der Dekubitusprophylaxe und der Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Schwächen zeigten sich beim Schmerzmanagement.

>> Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) ist gesetzlich verpflichtet, im Abstand von drei Jahren über die Ergebnisse der von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) in den Ländern und den vom PKV-Prüfdienst durchgeführten Qualitätsprüfungen zu berichten. Dabei gilt es, über die Erfahrungen mit den Prüfgrundlagen, die Ergebnisse der Qualitätsprüfung und die Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und Qualitätssicherung zu berichten. Der MDS-Qualitätsbericht wurde Anfang Januar 2015 zum vierten Mal vorgelegt. Er bietet einen systematischen Überblick über den Stand der Qualitätsentwicklungen in den Pflegeeinrichtungen. Grundlage der Berichterstattung bilden die Qualitätsprüfungen, die im Jahre 2013 von den MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst durchgeführt wurden. Für die stationäre Pflege konnten dabei Daten von ca. 12.200 Heimen ausgewertet werden. Dabei wurde bei ca. 85.000 Heimbewohnern von den Prüfern mittels einer Inaugenscheinnahme der Pflegezustand untersucht, die durchgeführten Pflegemaßnahmen geprüft, und es wurden die Pflegebedürftigen nach ihrer Versorgungssituation befragt. In der ambulanten Pflege fanden bei ca. 11.000 ambulanten Pflegediensten Prüfungen statt, bei denen rund 62.000 Pflegebedürftige untersucht wurden. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Pflege in Deutschland. Zum einen, weil Daten aus nahezu allen Pflegeeinrichtungen ausgewertet werden konnten und zum anderen, weil bei ca. 147.000 per Zufallsprinzip ausgewählten Pflegebedürftigen vom MDK bzw. PKV-Prüfdienst die Versorgungsqualität überprüft werden konnte.

Ablauf der Qualitätsprüfungen

Die MDK-Qualitätsprüfungen führen in der Regel Prüfteams bestehend aus zwei Pflegefachkräften durch. Meist dauern die Prüfungen einen Tag, manchmal auch zwei Tage. Die Prüfungen finden in stationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich unangemeldet statt, bei ambulanten Pflegediensten

Zusammenfassung

In dem Beitrag werden die Ergebnisse aus 23.211 Qualitätsprüfungen des MDK, die 2013 durchgeführt wurden, vorgestellt. Dabei wurde von den Prüfern die Pflegequalität von 147.000 Menschen untersucht, die entweder in Pflegeheimen oder durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt wurden. Verbesserungen der Pflegequalität zeigten sich bei der Dekubitusprophylaxe, dem Umgang mit Ernährungsrisiken sowie bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen. Schwächen offenbarten sich bei dem Umgang mit Ernährungsrisiken, beim Schmerzmanagement und bei der Medikamentenversorgung. Im Vergleich zu den vorherigen MDS-Pflege-Qualitätsberichten kann gezeigt werden, dass die Anstrengungen der Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der Pflegequalität Früchte tragen. Dazu leisten auch die externen Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes ihren Beitrag. Zur Weiterentwicklung dieser Prüfungen werden zentrale Felder wie die stärkere Gewichtung der Ergebnisqualität und die bewohnerbezogene Pflegequalität benannt.

Schlüsselwörter

Pflegequalität, externe Qualitätsprüfungen, MDK, ambulante Pflege, stationäre Pflege

werden sie am Vortag angekündigt. Zentraler Inhalt der Qualitätsprüfungen ist die Versorgungsqualität. Hierzu werden bei zehn Prozent der Pflegebedürftigen der Pflegezustand mittels Inaugenscheinnahme erhoben, Beobachtungen z.B. zur Hilfsmittelausstattung durchgeführt und der Pflegeprozess analysiert. Ebenso werden Gespräche mit den Pflegebedürftigen sowie den Mitarbeitern geführt. Der beratungsorientierte Prüfansatz der MDK erlaubt dem Prüfteam schon während der Qualitätsprüfung, bei festgestellten Qualitätsmängeln Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

An die Qualitätsprüfung schließen sich zwei getrennte Verfahren an, erstens die Erstellung des Prüfberichtes nach § 115 Abs. 1 SGB XI und zweitens die Veröffentlichung des Transparenzberichtes nach § 115 Abs. 1a SGB XI. Der Prüfbericht dient den Pflegeeinrichtungen als Standortbestimmung, und er wird bei festgestellten Qualitätsdefiziten von den Landesverbänden der Pflegekassen als Grundlage für die Erteilung eines Bescheides über Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität herangezogen. Der Transparenzbericht wird von den Landesverbänden der Pflegekassen in Form der Pflegenoten als eine Information für die Verbraucher bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung veröffentlicht.

Epidemiologische Daten

Im Bericht werden zum zweiten Mal epidemiologische Daten zur Häufigkeit wichtiger pflegerischer Versorgungsprobleme dargestellt. So sind 63,8 Prozent der Bewohner in Pflegeheimen durch eine Demenz oder andere gerontopsychiatrische Erkrankungen in ihrer All-

Datengrundlage	
Stationäre Pflege – vorliegende Datensätze durchgef. Qualitätsprüfungen 2013	
Durchgeführte Qualitätsprüfungen	12.190
Begutachtete Bewohner insgesamt	85.237
Durchschnittlich begutachtete Bewohner pro Einrichtung	7
Ambulante Pflege – vorliegende Datensätze durchgef. Qualitätsprüfungen 2013	
Durchgeführte Qualitätsprüfungen	11.021
Begutachtete Personen insgesamt	61.694
Durchschnittlich begutachtete Personen pro Pflegedienst	5-6 (5,6)

Tab. 1: Datengrundlage

Epidemiologische Daten – stationäre Pflege		
	7/2009-12/2010	2013
Anzahl untersuchte Personen	61.985	85.237
	in v.H.	in v.H.
PEA	60,7	63,8
Dekubitus	4,4	3,8
Chronische Schmerzen	31,1	32,3
Gewichtsabnahme	9,1	7,6
Ernährungs sonden	6,3	5,2
Katheter	9,1	10,6
Inkontinenzprodukte	66,2	76,8
Freiheitseinschränkende Maßnahmen	20,0	12,5

Tab. 2: Epidemiologische Daten – stationäre Pflege.

tagskompetenz eingeschränkt. 35 Prozent der Heimbewohner leiden an chronischen Schmerzen. Rund drei Viertel (76,8 Prozent) aller Pflegeheimbewohner erhalten eine Inkontinenzversorgung, 10,6 Prozent haben eine Katheterversorgung. Einen relevanten Gewichtsverlust weisen 7,6 Prozent der untersuchten Bewohner auf. 3,8 Prozent leiden an einem Dekubitus. Im Zeitvergleich zeigt sich eine Verbesserung bei der Zahl der festgestellten Druckgeschwüre, der Gewichtsabnahmen und der freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Auf der anderen Seite steigt die Zahl der von Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen sowie von chronischen Schmerzen betroffenen Bewohner. Ein deutlicher Anstieg zeigt sich bei der Inkontinenzversorgung der Heimbewohner; bei drei Viertel der Bewohner werden Inkontinenzmaterialien eingesetzt (Tab. 2).

In der ambulanten Pflege waren ca. 30 Prozent aller Pflegepersonen in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt und 3,2 Prozent litten an einem Dekubitus. Die dargestellten Zahlen beschreiben anschaulich die Versorgungssituation und die Versorgungsprobleme, auf die Heime und stationären Pflegedienste tagtäglich einzuwirken haben.

Im vierten Pflege-Qualitätsbericht des MDS zeigen sich bei vielen Kriterien Verbesserungen. Dies gilt nicht nur für relativ leicht zu erfüllende formale einrichtungsbezogene Kriterien, sondern erfreulicherweise auch für personenbezogene Kriterien, die Aussagen über die Versorgungsqualität in der Pflege zulassen. Die Versorgungsqualität hat sich im Zeitablauf deutlich verbessert, auch wenn sie nicht in allen Bereichen gut ist. Die Versorgungssituation in der stationären Pflege soll hier beispielhaft an drei Versorgungsbereichen dargestellt werden.

Dekubitusprophylaxe: Mehr als zwei Fünftel der Bewohner (43,3 Prozent) hatten ein Dekubitusrisiko. 75,6 Prozent dieser Bewohner erhielten die erforderlichen Prophylaxen, z.B. notwendige Maßnahmen zur Lagerung und Bewegungsförderung sowie Hautinspektionen. Im Vergleich zum letzten Bericht (59,3 Prozent) hat sich die Situation deutlich verbessert. Der Rückgang der Druckgeschwüre von 4,4 Prozent auf 3,8 Prozent korrespondiert mit den festgestellten Verbesserungen bei den Maßnahmen zur Verbesserung eines Druckgeschwürs. Gleichwohl kann der Anteil der Bewohner (24,4 Prozent), bei denen noch keine ausreichenden Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe durchgeführt werden, weiter zurückgeführt werden (Tab. 3).

Versorgungsqualität in der stationären Pflege			
betroffene Bewohner	Kriterium	Anforderungen erfüllt	
		7/2009-12/2010	2013
43,3%	Erforderliche Dekubitusprophylaxe	59,3%	75,6%
64,4%	Ernährungsunterstützung	79,5%	89,3%
37,3%	Schmerzerfassung durchgeführt	54,6%	86,3%

Tab. 3: Epidemiologische Daten – stationäre Pflege.

Ernährung: Bezogen auf die Essens- und Getränkeversorgung wurde festgestellt, dass 64,4 Prozent der Heimbewohner Hilfe beim Essen und Trinken benötigen. Von diesen erhielten 89,3 Prozent die nötigen unterstützenden Maßnahmen, wie z.B. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Anpassung der Nahrungskonsistenz bei Schluckstörungen und energiereiche Speisen (letzter Bericht 79,5 Prozent). Diese Verbesserung spiegelt sich auch darin wider, dass der Anteil der Personen mit einem relevanten Gewichtsverlust von 9,1 auf 7,6 Prozent zurückgegangen ist. Andererseits erhalten 10,7 Prozent der betroffenen Bewohner nicht die ausreichende personelle Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.

Schmerzmanagement: Beim Schmerzmanagement handelt es sich um eine Schnittstellenaufgabe für Medizin und Pflege. Zentrale pflegerische Aufgabe ist die systematische Schmerzeinschätzung, der Arzt entscheidet über die Schmerzmedikation. Eine Schmerzeinschätzung war bei 37,3 Prozent der Heimbewohner erforderlich. Bei 80,3 Prozent der Bewohner erfolgt die Schmerzeinschätzung. Im Vergleich zum letzten Bericht (54,6 Prozent) ist eine deutliche Verbesserung eingetreten. Bei 19,7 Prozent der Betroffenen wurde die Schmerzeinschätzung jedoch nicht umgesetzt. Damit fehlten für eine mögliche Anpassung der Schmerzmedikation wichtige Informationen.

Darüber hinaus ist bei den freiheitseinschränkenden Maßnahmen Bewegung eingetreten, die auf einen Kulturwandel hin zur Vermeidung solcher Maßnahmen deuten. Hatten die Prüfer beim letzten Bericht noch bei 20 Prozent der Bewohner freiheitseinschränkende Maßnahmen (meist mechanischer Art) festgestellt, so lag dieser Anteil im Jahr 2013 bei 12,5 Prozent der einbezogenen Bewohner. Auch wenn hier noch weitere Verbesserungen möglich sind, kommen doch in den Einrichtungen häufiger Alternativen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen zum Tragen.

Ausgewählte Ergebnisse aus der amb. Pflege

In der ambulanten Pflege ist eine umfassende Qualitätsprüfung wie im Pflegeheim nicht möglich. Geprüft werden können nur die Leistungen, die auch vom Pflegebedürftigen durch den ambulanten Pflegedienst abgerufen werden bzw. die Dinge, bei denen der ambulante Pflegedienst eine Beratungsfunktion wahrnimmt. Auch in der ambulanten Pflege sind im vierten Pflege-Qualitätsbericht deutliche Verbesserungen festgestellt worden. Die Verbesserungen betrafen u.a. die Leistungen zur Ernährung, die Beratung bei Demenz und die Berücksichtigung individueller Wünsche bei der Körperpflege. Verbessert hat sich auch die Beratung zur Sturzprävention. Bei 81,7 Prozent der

in ihrer Wohnung aufgesuchten Pflegebedürftigen haben die Prüfer einen Beratungsbedarf zum Umgang mit dem Sturzrisiko gesehen. Von diesen Pflegebedürftigen war bei 83,6 Prozent nachvollziehbar eine Beratung (letzter Bericht 50,1 Prozent) durchgeführt worden.

Trotz Verbesserungen besteht weiterer Optimierungsbedarf bei der Schmerzerfassung und dem Medikamentenmanagement. So fand bei 14,3 Prozent der Pflegebedürftigen eine Schmerztherapie statt, und es war daher eine Schmerzerfassung durch den Pflegedienst erforderlich. Diese Schmerzerfassung erfolgte in 67,9 Prozent dieser Fälle. Auch wenn dies gegenüber 2012 (38,2 Prozent) eine deutliche Verbesserung bedeutet, fand in knapp einem Drittel (32,1 Prozent) keine Schmerzerfassung statt. Beim Umgang mit Medikamenten wird geprüft, ob die Medikamentenversorgung gemäß der ärztlichen Verordnung durchgeführt wird. Dies war bei 85,9 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen der Fall. Bei 14,1 Prozent sind jedoch Fehler aufgetreten, beispielsweise wurden Medikamente verabreicht, für die keine ärztliche Verordnung vorlag, oder es wurden Medikamente mit falscher Wirkstoffkonzentration verabreicht. Hier können also noch Verbesserungen umgesetzt werden.

Schlussfolgerungen und Perspektiven

Der vierte MDS-Pflege-Qualitätsbericht zeigt, dass die Anstrengungen der Pflegeeinrichtungen zur Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität Früchte tragen. Diese Anstrengungen der Einrichtungen und der sie ausführenden Pflegekräfte verdienen Anerkennung. Die erzielten Verbesserungen sollten ein Ansporn sein für jene Einrichtungen, bei denen Schwachstellen identifiziert wurden. Im Interesse und zum Schutz der Pflegebedürftigen sollte es das Ziel sein, sich nicht auf dem Erreichten auszuruhen, sondern einerseits das erreichte Qualitätsniveau aufrechtzuerhalten und andererseits weitere Verbesserungen zu erzielen.

Die Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes haben das Thema Qualität in der Pflege zu einem öffentlichen Thema gemacht, und die Prüfungen haben einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Pflege geleistet. Zwar funktioniert Qualitätsentwicklung nicht ohne das Bemühen und Engagement der Pflegeeinrichtungen, aber die Flankierung des internen Qualitätsma-

Improvements in the quality of care

The results of 23,211 quality audits, done by the MDK in 2013, are presented in this paper. The MDK-Auditors measured the quality of care of 147,000 persons, who either lived in nursing homes or were cared for by a home care service. Improvements in the quality of care were seen in pressure ulcer prevention, dealing with food risks, as well as in measures involving deprivation of liberty. Weaknesses were revealed in the handling food risks, in pain management and in medication management. Comparisons to previous MDS-care quality reports show that the efforts of nursing homes to improve quality of care bear fruit. External audits by MDK and the PKV-audit service contribute to these advances. Central fields for further development of the audits are a stronger emphasis on outcome quality and resident-related quality of care.

Keywords

quality of care, external audits, MDK, ambulatory care, inpatient care

agements durch die externen Qualitätsprüfungen wird auch zukünftig weiter erforderlich sein.

Eine große Herausforderung für die Pflege wird es sein, die Pflegeplanung und Dokumentation auf ein sinnvolles Maß zurückzuführen. Vielversprechend ist in diesem Kontext das Projekt zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der Pflege. Diesen Prozess werden MDS und MDK konstruktiv unterstützen. Es kann davon ausgegangen werden, dass Pflegeeinrichtungen, die das Strukturmodell entsprechend den Vorgaben umsetzen, die Anforderungen der Qualitätsprüfungen erfüllen.

Perspektivisch wird es darum gehen, die Qualitätsprüfungen an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen. Zu nennen sind hier u.a. die Berücksichtigung der Ergebnisindikatoren für die stationäre Pflege, eine verbesserte Transparenz und die Aufnahme neuer relevanter Prüftemen. Der Fokus der weiterentwickelten MDK-Qualitätsprüfungen ist dabei auf die Ergebnisqualität und die bewohnerbezogene Qualität zu richten. Die Medizinischen Dienste machen sich dafür stark, dass die Prüfinhalte gestrafft werden und die Inaugenscheinahme der Versicherten eine noch größere Bedeutung gewinnt. Des Weiteren plädieren wir dafür, neben Ergebniskriterien weiterhin Prozesskriterien zu prüfen. Ein vom GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung der MDK-Gemeinschaft zu erarbeitendes modernisiertes Prüfinstrumentarium soll bis 2017 vorliegen. <<

Dr. Peter Pick

ist seit 1992 als stellvertretender Geschäftsführer und seit 1998 als Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) in Essen tätig. Schwerpunkt seiner Arbeit ist die Verbesserung der Qualität der Pflege und die bessere Versorgung der Demenzkranken. Politisch setzt er sich seit Jahren für Transparenz auf dem Pflegemarkt und die Einführung eines umfassenden Pflegebegriffs ein. Kontakt: P.Pick@MDS-ev.de.



Jürgen Brüggemann

ist seit 1995 beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) im Team Pflege beschäftigt. In sein Arbeitsgebiet fallen die Koordination der Arbeit der Medizinischen Dienste und die Beratung des GKV-Spitzenverbandes sowie der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen in pflegerischen Fragen. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI, die Transparenz nach § 115 Abs. 1a SGB XI. Kontakt: J.Brueggemann@MDS-ev.de



monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



NEU:
Seit Februar 2015!
Seien Sie von Anfang an mit dabei!

4 X IM JAHR:
News, Reportagen,
Porträts, Interviews und
pflege-wissenschaftliche
Beiträge

ALS ABONNENT NUTZEN SIE KOSTENLOS:

DAS ONLINE-PORTAL www.monitor-pflege.de

EBENSOWEIT NEU UND KOSTENLOS NUTZEN SIE ALS PFLEGE-PROFESSIONAL:

www.wir-sind-die-pflege.de

per Fax: +49 (0) 228-76 38 28 01 oder formlos per eMail an marketing@monitor-pflege.de oder direkt per Handy:

Ich möchte „Monitor Pflege“ testen

Ich abonniere „Monitor Pflege“ zur Probe. 2 Ausgaben zum Sonderpreis von 20,- Euro zzgl. MwSt. Mein Abo wandelt sich automatisch in ein Jahresabonnement um, wenn ich nicht spätestens 14 Tage nach Erhalt der zweiten Ausgabe schriftlich kündige. Nach Begleichen der Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.

Ich bestelle ein Jahresabonnement

Ich abonniere „Monitor Pflege“ für mindestens ein Jahr (4 Ausgaben) zum Preis von 60,- Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten. Mein Abonnement verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn ich nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Abozeitraumes schriftlich kündige. Nach Begleichung der ersten Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.



Firma

Straße

Telefon

E-Mail (für Passwortübermittlung)

Datum, 1. Unterschrift:

Widerrufsgarantie: Mir ist bekannt, dass ich die Bestellung innerhalb der folgenden zwei Wochen bei eRelation AG, Kölnstraße 119, 53111 Bonn schriftlich widerrufen kann. Diese Frist beginnt mit dem Eingang dieser Bestellung (Eingangsstempel). Dies bestätige ich mit meiner 2. Unterschrift:

Datum, 2. Unterschrift:

Name

PLZ, Ort

Fax