

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



Interview mit Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS: „Ein pflegewissenschaftlich begründetes System.“

„Auf die lange Bank“

Pflegeexpertinnen warnen in einem offenen Brief an Kanzlerin Angela Merkel, die Reform der Pflegeberufe auf die lange Bank zu schieben.

„Wie Pilze aus dem Boden“

Staatssekretär Karl-Josef Laumann erwartet, dass die Angebote für Tagespflegeplätze „in den nächsten 2 bis 3 Jahren wie Pilze aus dem Boden schießen“ werden.

Ein Jahr Pflegekammer

Das erste Jahr hat die erste Landespflegekammer Deutschlands nun fast hinter sich. Zeit für Kammerpräsident Dr. Markus Mai zurück und nach vorne zu schauen.



**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.

Endlich: Viele Änderungen ab 2017

>> **MoPf-Titelinterview mit Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen** > S. 6 ff.

„Das Pflegestärkungsgesetz II ist in der Tat eine große Pflegereform,“ sagt **Dr. Peter Pick** im Titelinterview. „Es schafft die Grundlage für wichtige Änderungen, die fast alle Akteure lange von der Politik gefordert haben.“ „Dadurch, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff weiter gefasst ist, wird er den individuellen Problemlagen der Pflegebedürftigen besser gerecht. Die umfassendere Betrachtung wird dazu führen, dass insgesamt mehr Personen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten; außerdem werden mehr Pflegebedürftige in höhere Pflegegrade eingestuft werden und damit den Anspruch auf erweiterte Leistungen haben.“ „Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird nicht nur die Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigen geändert. Auch die Leistungen der Pflegeversicherung, die Vergütung der Pflegeleistung und die Versorgung der Pflegebedürftigen werden sich ändern.“ Über die Beurteilung der Qualität der Pflege wird zwischen den Akteuren immer noch gestritten. Die Pflegewissenschaft soll jetzt helfen. „Eine Änderung ist im jetzigen System nur bei einer einvernehmlichen Entscheidung von Leistungserbringerverbänden und Pflegekassen möglich. Dieses Einvernehmen konnte nicht hergestellt werden.“ Jetzt soll ein Pflegequalitätsausschuss „unter Einschaltung der Wissenschaft ein neues Prüfungsverfahren und Kriterien für eine neue Qualitätsdarstellung entwickeln. Es ist zu hoffen, dass auf dieser neuen Grundlage die bisherigen Blockaden überwunden und ein neues Verfahren erarbeitet werden kann.“

Interview mit Dr. rer. cur. Markus Mai, Präsident der ersten Landespflegekammer Deutschlands > S. 10 ff.

Pflegekammern sind in vielen Bundesländern noch äußerst heftig umstritten, aber in Rheinland-Pfalz ist Deutschlands erste Landespflegekammer schon seit einem Jahr konstituiert und an der Arbeit. Das gibt uns Gelegenheit, im Interview mit **Dr. Markus Mai** über seine Erfahrungen zu sprechen, über erfolgreiche Entwicklungen, über die Kompetenzen der Kammer und auch über Hindernisse sowie die Pläne für 2017.

Offener Brief: Stagnation des Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe > S. 18

„Die Ausbildungsreform ist eine notwendige Konsequenz des soziodemografischen Wandels, und sie dient der langfristigen und dauerhaften Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung „Wenn sie jetzt scheitert, stehen wir für längere Zeit mit leeren Händen da!“ So in einem offenen Brief an Bundeskanzlerin Angela Merkel von **Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck**, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, **Prof. Gertrud Hundenborn**, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung Köln, **Prof. Dr. Barbara Knigge-Demal**, Fachhochschule Bielefeld und **Sabine Muths**, Universität Bremen.

Wissenschaftlicher Beitrag > S. 19 ff.

Neuwirth, Müller und Zahn präsentieren die wichtigsten Ergebnisse zu Pflege und Pflegebedürftigkeit von Menschen, die 100 und mehr Lebensjahre zählen, aus Reports des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost mit Daten aus den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Die Analysen zeigen, dass die Anzahl der Menschen, die 100 Jahre und älter sind, zwischen 2006 und 2013 um 40 % zugenommen hat. Dabei leben fast die Hälfte der 100+-Jährigen noch zu Hause, obwohl die Pflegequote bei 90 % liegt. Also ein sehr positives Ergebnis. Damit alte Leute zu Hause leben können, so wie sie es sich wünschen, ist allerdings die Schaffung von deutlich mehr regionalen Angeboten und Strukturen auch für die Pflege notwendig. Hier ist vieles in der Entwicklung und es gibt zahlreiche Modelle.

Ich wünsche Ihnen wieder eine interessante Lektüre mit vielen Informationen, die für Sie und Ihre Arbeit nützlich sind. Und darüber hinaus natürlich frohe Festtage, einen guten Rutsch und ein gesundes, erfolgreiches und glückliches Neues Jahr.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski
Herausgeber „Monitor Pflege“

INHALT

Endlich: Viele Änderungen ab 2017

Editorial: MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Das Ende, der ein Anfang ist

Editorial: MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Ein pflegewissenschaftlich begründetes System“

Interview mit MDS-Geschäftsführer Dr. Peter Pick

„Wie Pilze aus dem Boden“

Staatssekretär Karl-Josef Laumann auf der 21. Handelsblatt Jahrestagung Health 2016

Pionierarbeit in Rheinland-Pfalz

Interview mit Dr. rer. cur. Markus Mai, Präsident der ersten Landespflegekammer

Exponierte Stellung für die Intensivpflege

Die Messe Medcare in Leipzig will der Pflege 2017 in Leipzig wieder eine Plattform bieten

Optimierte Arbeitsprozesse

Wie die Pflege durch mobile Devices Zeit sparen kann – z.B. mit der App „SHC 8“ mobile

Auf die lange Bank geschoben

Pflegeexpertinnen warnen in einem offenen Brief an Kanzlerin Merkel

News

Herausgeber

2/4

Prof. Dr. Reinhold Roski

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



6

Herausgeber-Beirat

Wissenschaftlicher Beirat

9

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten Herdecke



10

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szepan

AOK-Bundesverband



14

Franz Wagner MSc, RbP

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



16

18

Andreas Westerfellhaus RbP

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



15, 17

Praxis-Beirat

Harm van Maanen

Geschäftsleitung DPT



WISSENSCHAFT

Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn /Dipl.-Betw. Julia Neuwirth, MPH / Sven-David Müller, MSc.h

19

Versorgungskonzepte zur Pflege über 100

Impressum Monitor Pflege

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

2. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

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

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
Kölstr. 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)
Kölstr. 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
Kerstin Müller
mueller@monitor-pflege.de

Marketing/Online

Anke Heiser
heiser@monitor-pflege.de
Kölstr. 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
WIRmachenDRUCK GmbH
Mühlbachstr. 7
71522 Backnang
Deutschland
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr
enthaltenen einzelnen Beiträge
und Abbildungen sind urheber-
rechtlich geschützt. Mit Annahme
des Manuskripts gehen das Recht
zur Veröffentlichung sowie die

Rechte zur Übersetzung, zur
Vergabe von Nachdruckrechten,
zur elektronischen Speicherung
in Datenbanken, zur Herstellung
von Sonderdrucken, Fotokopien
und Mikrokopien an den Verlag
über. Jede Verwertung außerhalb
der durch das Urheberrechtsgesetz
festgelegten Grenzen ist ohne
Zustimmung des Verlags unzulässig.
In der unaufgeforderten Zusendung
von Beiträgen und Informationen
an den Verlag liegt das jederzeit
widerrufliche Einverständnis, die
zugesandten Beiträge bzw. Informa-
tionen in Datenbanken einzu-
stellen, die vom Verlag oder Dritten
geführt werden.



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

Das Ende, das ein Anfang ist

>> So manch einer, der wie meinereiner etwas älter ist, mag sich noch an die Zeit erinnern, als die erste Pflege-reform verabschiedet worden war und der MDK begann, dieses seit 1994 geltende Gesetz lege artis umzusetzen. Dazu musste erst einmal die Zeit vermessen werden, wie lange es denn wirklich dauert, bis ein Mensch nach dem frühmorgendlichen Aufstehen (das 1 bis 2 Minuten brauchen darf) fertig ist, um seinen Tag meistern zu können. So dauert eine Ganzkörperwäsche 20 bis 25 Minuten, die des Oberkörpers 8 bis 10, Duschen hingegen 15 bis 20. Die Blasenentleerung (inklusive Reinigung mit Toilettenpapier und der Betätigung der Toilettenspülung) braucht 2 bis 3 Minuten, der Stuhlgang (wieder eingeschlossen der Intimhygiene) 3 bis 6 Minuten. Dazu kommt das Richten der Bekleidung, das mit insgesamt 2 Minuten zu Buche schlägt, das etwaige Wechseln von Windeln (samt erneuter Intimhygiene und Entsorgung) nach Wasserlassen mit weiteren 4 bis 6 Minuten oder nach dem Stuhlgang mit 7 bis 10 Minuten. Danach wird das von einem Dienst gelieferte Essen in mundgerechte Bissen zerlegt (2 bis 3 Minuten) und die Aufnahme des Essens mit 15 bis 20 Minuten, aber nur bis maximal 3 Hauptmahlzeiten am Tag, unterstützt. Wenn man all diese Zeiten und noch ein paar mehr hier nicht aufgelistete addiert und auf einen Unterstützungsbedarf von mehr als 44 Minuten kommt, hat man Anspruch auf Pflegestufe 1.

Das gilt bis heute, aber nur noch wenige Wochen lang. Denn mit dem Start des Pflegestärkungsgesetzes II am 1. Januar 2017 hat diese minutengenaue Abrechnung ein Ende. Endlich. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat die Pflegewissenschaft erreicht, was sie seit langem wollte und immer wieder annahnte: Das Ende der Minutenzählerei, die bei einem rein körperlich eingeschränkten Menschen noch funktionieren mag, bei einem demenziell Erkrankten indes nicht. Doch wurde die Pflegewissenschaft bei der Verabschiedung des ersten Pflegegesetzes 1993 gar nicht gefragt; jedoch nicht, wie Staatssekretär **Karl-Josef Laumann** auf der 21. Handelsblatt Jahrestagung „Health 2016“ zu Protokoll gab, weil die Politik zu der Zeit, in der er als damals junger Bundestagsabgeordneter schon daran mitgewirkt hatte, keine evidenzbasierte Beratung benötigt hätte, sondern weil es die heute etablierte Pflegewissenschaft, zumindest in der Altenpflege, gar nicht gegeben hätte.

> S. 9f.

Das ist heute anders, die Pflegewissenschaft meldet sich zu Wort, mit immer mehr höchst interessanten Studien und daraus abzuleitenden und vor allem evidenzbasierten Erkenntnissen, mit aktiven Wortmeldungen (wie in einem offenen Brief an Kanzlerin Merkel), und nicht zuletzt mit Original-Artikeln wie „Versorgungskonzepte zur Pflege über 100“ des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost, die hier in „Monitor Pflege“ veröffentlicht werden können. In der Zusammenarbeit mit der renommierten Altersforscherin Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier, der Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Berliner Charité, erforscht das GeWINO seit 2014 die Versorgung von hochaltrigen Menschen. Auch die hier erstmals in einer Studie näher untersuchte Gruppe der Über-100-Jährigen wird, so die Studienautoren, „vor allem durch Angehörige mit Unterstützung der Pflegedienste versorgt“.

> S. 5,17

> S. 18

> S. 19

Gut, dass – so Laumann – mit der „wichtigsten Strukturentscheidung“ die Leistungen der Pflegeversicherung für die Tagespflege mehr als verdoppelt werden, nämlich von 550 auf 1.200 Euro in der Pflegestufe 2. Damit will der Patientenbeauftragte der Bundesregierung erreichen, dass eine Tagesstruktur für pflegebedürftige Menschen entsteht, ähnlich wie die der bereits seit langem eingeführten U3-Betreuung für kleine Kinder – „nur eben anders gemacht“, setzt Laumann hinzu. <<

Ihr
Peter Stegmaier,
Chefredakteur „Monitor Pflege“

P.S.: Eine Bitte: „Monitor Pflege“ ist für SIE da, für die professionell Pflegenden und vor allem für die Pflegewissenschaft. Reichen Sie deshalb Artikel an den Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski ein: roski@monitor-pflege.de



**Die zentrale Veranstaltung für
professionell Pflegende in Deutschland!**



DEUTSCHER PFLEGETAG 2017

PFLEGE STÄRKEN MIT STARKEN PARTNERN

„Die Pflege hat die Wahl“ lautet das Motto des Deutschen Pfllegetags 2017, der vom 23. bis 25. März in der STATION-Berlin stattfindet. Seien Sie dabei, wenn sich professionell Pflegende, Politiker, Wirtschaftslenker und Spitzenvertreter der Gesellschaft zum intensiven Dialog über die Herausforderungen und Chancen in der Pflege treffen. Tickets gibt es online unter: deutscher-pflegetag.de. Wir sehen uns in Berlin!

**JETZT
TICKETS
SICHERN
UND DABEI
SEIN!**

23.-25. MÄRZ 2017 | STATION-Berlin



FOLGEN SIE UNS
/deutscherpfllegetag



JETZT MITREDEN
#pfllegetag

Eine Veranstaltung von

Deutscher Pfllegerat e.V.

schlütersche

Interview mit Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Pflegewissenschaftlich begründetes System

Mit seinen knapp 70 Mitarbeitern erstellt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nicht nur Gutachten für den GKV-Spitzenverband zu grundsätzlichen Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung, sondern bringt für die soziale Pflegeversicherung die langjährigen Erfahrungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) aus den Pflegebegutachtungen und den Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen mit ein. Er ist auch dafür zuständig, den Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Pflegegutachtungsassessment mit Leben zu füllen. „Monitor Pflege“ sprach über die umfangreichen neuen Aufgaben mit dem langjährigen MDS-Geschäftsführer Dr. Peter Pick.

>> Zum 1. Januar 2017 ändert sich in der Pflege sehr viel. Die große Koalition hat eine große Pflegereform auf den Weg gebracht. Zunächst einmal generell: Geht die Reform in die richtige Richtung? Was würden Sie sich gegebenenfalls anders wünschen?

Das Pflegestärkungsgesetz II ist in der Tat eine große Pflegereform. Sie wird grundlegende Änderungen in der Pflegeversicherung und in der Pflege bringen. Kernelement des Pflegestärkungsgesetzes II ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Er schafft die Grundlage für wichtige Änderungen, die fast alle Akteure lange von der Politik gefordert haben. Die Reform geht in die richtige Richtung und wird zu einer Stärkung der Versorgung der Pflegebedürftigen führen. Die Grundausrichtung der Reform tragen die Medizinischen Dienste voll mit.

Pflege, Betreuung und Entlastung soll jetzt besser gesamtheitlich gesehen werden. Dadurch wird die Verrichtungsorientierung der Pflege mit der berühmt-berüchtigten Orientierung an Minuten für Waschen, Trinken, Essen und Mobilität überwunden. Das ist sicher ein guter Vorsatz. Aber kann das wirklich klappen?

Die Reform zielt darauf, den Übergang von einer verrichtungsbezogenen Pflege auf eine ganzheitliche Gestaltung von Pflege, Betreuung und Entlastung einzuleiten. Dies wird durch den Gesetzgeber auch finanziell unterfüttert werden. Die Grundlage für diese konzeptionellen Veränderungen wird in der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) gelegt. Entscheidend wird sein, dass es gelingt, die Leistungen der Pflegeversicherung und die Versorgung der Pflegebedürftigen in Richtung des neuen Modells zu verändern. Dies sollte und dies kann gelingen.

Sind Sie eher skeptisch oder eher optimistisch, was diese grundlegende Änderung des Systems der Pflegeversicherung betrifft, die sich am Maß der Selbstständigkeit in der Lebensführung orientiert?

Ich bin optimistisch, dass diese grundlegende Änderung des Systems der Pflegeversicherung gelingen kann. Die Orientierung am Grad der Selbstständigkeit wird die bisherige Defizitorientierung des Systems ablösen. An die Stelle wird eine ressourcenorientierte Sichtweise treten, die den Lebenslagen der Pflegebedürftigen besser gerecht wird und die den Pflegebedürftigen dahingehend stärkt, dass er trotz Einschränkungen am Leben teilhaben kann.

Zentral ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der zum 1. Januar

2017 in Kraft tritt. Was bringt diese neue Fassung der Pflegebedürftigkeit für Vorteile für die Patienten?

Der Vorteil für die Patienten besteht darin, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff den Bedarfs- und Lebenslagen des Pflegebedürftigen viel besser entspricht. Das gilt ganz besonders für Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven Einschränkungen. Deren Hilfebedarf kann bisher nicht umfassend berücksichtigt werden, da der heute geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit vor allem über körperliche Einschränkungen definiert. Dadurch, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff weiter gefasst ist, wird er den individuellen Problemlagen der Pflegebedürftigen besser gerecht. Die umfassendere Betrachtung wird dazu führen, dass insgesamt mehr Personen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten; außerdem werden mehr Pflegebedürftige in höhere Pflegegrade eingestuft werden und damit den Anspruch auf erweiterte Leistungen haben. Auch bietet das neue Begutachtungsverfahren gute Anknüpfungspunkte für Empfehlungen zu Prävention, Rehabilitation sowie der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Diese Leistungen werden dazu beitragen, dass Pflegebedürftigkeit später eintritt bzw. eine Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit vermieden wird.

Bringt sie auch Vorteile für andere Akteure, z.B. die Angehörigen, die professionell Pflegenden oder die betroffenen Kassen?

Auch für andere Akteure bietet das neue System Vorteile. Vorteil für die Angehörigen ist, dass das neue System umfassend darstellt, in welchen Lebensbereichen der Pflegebedürftige Unterstützung benötigt. Damit bietet es eine gute Grundlage, das Pflegearrangement festzulegen. Für die professionell Pflegenden bietet das neue Begutachtungsverfahren eine Chance, die zu erbringenden Leistungen zu überprüfen. Auch kann das Begutachtungsergebnis als Grundlage verwendet werden, um mit dem Pflegebedürftigen die zu leistenden Unterstützungen auszuhandeln und festzulegen, welche Unterstützungen, z.B. durch den Pflegedienst und welche durch die Angehörigen erbracht werden. Für die Pflegekassen bietet sich die Möglichkeit, ihre Leistungen so anzubieten, dass eine ganzheitliche Unterstützung des Pflegebedürftigen erfolgt.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird auch ein neues Begutachtungsassessment eingeführt. Was ändert sich? Welche Vorteile hat das?

Neuer Maßstab für die Pflegebedürftigkeit ist zukünftig der Grad

der Selbstständigkeit bzw. der Beeinträchtigung von Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen. Dadurch ist das neue Begutachtungsassessment umfassender, da es nicht nur die klassischen Hilfebedarfe bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung erfasst. Zukünftig werden auch die gerontopsychiatrischen Unterstützungsbedarfe, der Unterstützungsbedarf bei Krankheiten und Therapien sowie die Gestaltung des Alltagslebens in die Begutachtung einbezogen. Die Feststellung des Grades der Selbstständigkeit wird zukünftig anhand von 64 Kriterien ermittelt werden. Dadurch entsteht ein genauerer und individuellerer Blick auf den Pflegebedürftigen. Auch wird bei den einzelnen Kriterien erkennbar, welche und wie intensive Unterstützung der Pflegebedürftige benötigt. Dadurch wird es leichter, die notwendigen Leistungen zu beschreiben und festzulegen, wer welche Unterstützung leisten kann und soll. Ein zentraler Vorteil ist, dass die Pflegeminuten keine Rolle mehr bei der Feststellung der Pflegegrade spielen. Denn die Pflegeminuten haben sich als schlechtes Kriterium zur Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit erwiesen.

Welche Probleme sehen Sie insbesondere bei der Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, der psychischen Verhaltensweisen und Problemlagen, der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, die Sie ja jetzt bei der Bemessung der Pflegebedürftigkeit einbeziehen müssen?

Es ist gut, dass zukünftig die Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, der psychischen Verhaltensweisen und Problemlagen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte in die Bemessung der Pflegebedürftigkeit einbezogen werden. Damit werden die Unterstützungsbedarfe von Demenzzkranken und von anderen gerontopsychiatrisch veränderten Pflegebedürftigen direkt bei der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Dies beseitigt die bisherige Benachteiligung dieses Personenkreises bei der Einstufung. Wichtig wird es in der Begutachtungspraxis sein, die Anzeichen für kognitive Einschränkungen und sogenannte auffällige Verhaltensweisen zu erkennen und im Gespräch mit dem Pflegebedürftigen, den Angehörigen und professionell Pflegenden die entsprechenden Unterstützungsbedarfe heraus zu arbeiten. Durch die aktuell stattfindende Erhebung der Einschränkungen der Alltagskompetenz sind die Gutachter bereits sensibilisiert und werden nochmals auf die besonderen Herausforderungen dieses Begutachtungsfeldes in dem neuen Verfahren geschult.

Betrachten wir doch ein wenig die Einzelheiten. Künftig wird die Pflegebedürftigkeit in sechs Lebensbereichen bewertet. Die Bereiche sind: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen, und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung und Umgang mit Krankheit und Therapien, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Genauigkeit in allen Ehren. Aber ist das nicht des Guten zu viel und einfach zu kompliziert?

In der Tat erheben wir die Pflegebedürftigkeit zukünftig in sechs Lebensbereichen und anhand von 64 Kriterien. Pflegebedürftigkeit wird damit als komplexes Phänomen mit verschiedenen Facetten wahrgenommen. Dies bildet sich zukünftig im Begutachtungsverfahren ab. Mit der Gewichtung der Begutachtungsmodule und der Be-



wertungssystematik werden diese Informationen zu einem Pflegegrad verdichtet. Aufgrund der im Vorfeld durchgeführten Praktikabilitätsstudie bin ich sicher, dass das neue Begutachtungssystem den Praxistest bestehen wird.

Hat das neue Begutachtungsassessment auch Nachteile oder besondere Probleme?

Das neue Begutachtungssystem hat aus unserer Sicht durchgängig Vorteile. Eine Konsequenz des neuen Systems – ich würde hier nicht von einem Nachteil sprechen – ist, dass Pflegebedürftigkeit zukünftig umfassender erfasst wird. Auf diese Weise können Personen, die in mehreren Lebensbereichen Unterstützungsbedarf haben, einen höheren Pflegegrad erreichen. Personen, die nur in einem oder nur in benachbarten Bereichen Unterstützungsbedarf haben, werden eher in niedrigere Pflegegrade eingestuft werden. Dies ist aus der Gesamtbeurteilung gut begründet, jedoch im Einzelfall dem Pflegebedürftigen

zu erläutern. Darüber hinaus arbeitet das neue Begutachtungssystem mit einer Bewertungssystematik. Diese dient dazu, die festgestellten Punktwerte bei den 64 Kriterien in gewichtete Punktwerte umzuwandeln. Die Bewertungssystematik ist pflegewissenschaftlich begründet und ordnet ähnliche Unterstützungsbedarfe einem gleichen gewichteten Punktwert zu. Diese Umwandlung wird Nachfragen auslösen, die beantwortet und erläutert werden müssen.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz kommen auch neue Leistungen. Die Einstufung wird feiner. Aus den Pflegestufen werden Pflegegrade. Was bedeutet das genau für die Patienten?

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II werden zum 1. Januar 2017 die Leistungen der Pflegeversicherung auf angehoben und erweitert. Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 können dann mehr Sachleistungen abrufen oder erhalten mehr Pflegegeld als bisher. Pflegebedürftige, die neu in den Leistungsbezug gelangen, insbesondere in den Pflegegrad 1, haben erstmals einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Darüber hinaus werden die Leistungen der Pflegeversicherung erweitert, indem neben der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen und zwar in größerem Maße als bisher durch die Pflegeversicherung finanziert werden. Konkret bedeutet dies, dass die Versicherten mehr Leistungen und gleichzeitig auch mehr Wahlmöglichkeiten bei den Leistungen haben. Eine Konsequenz dieser Flexibilisierung wird es sein, dass die Pflegebedürftigen stärker bei der Inanspruchnahme von Leistungen und der Gestaltung der Pflegearrangements zu beraten sind.

Und für die anderen Akteure?

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird nicht nur die Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigen geändert. Auch die Leistungen der Pflegeversicherung, die Vergütung der Pflegeleistung und die Versorgung der Pflegebedürftigen werden sich ändern. Dies bedeutet, dass die Pflegekassen ihr Leistungsangebot und ihre Leistungsdarbietung auf die Stärkung der Ressourcen pflegebedürftiger Menschen ausrichten werden. Die Pflegeeinrichtungen haben ihrerseits die Versorgung stärker auf eine ganzheitliche Sicht von Pflege, Betreuung und Entlastung zu orientieren und ihre Leistungsangebote weiter zu entwickeln. Auch die Vergütungsregelungen sind an die neue Einstufung anhand der Pflegegrade und die Ausweitungen der Leistungen anzupassen. Last but not least haben die Pflegekassen, die Beratungsstellen und die Pflegestützpunkte ihre Beratung auf die neue erweiterte Sichtweise von Pflege, Betreuung und Entlastung auszurichten. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden mehr Beratungen benötigen.

Welche besonderen Schwierigkeiten gibt es bei der Überleitung?

Das Gesetz sieht vor, dass alle Leistungsempfänger der Pflegeversicherung von den Pflegestufen in die neuen Pflegegrade übergeleitet werden. Grundsätzlich gilt, dass Versicherte mit körperlichen Einschränkungen in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet werden.

Also Pflegebedürftige von Pflegestufe I in Pflegegrad 2, Pflegebedürftige von Pflegestufe II in Pflegegrad 3 und von Pflegebedürftige von Pflegestufe III in Pflegegrad IV. Pflegebedürftige, bei denen eine Beeinträchtigung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet: von Pflegestufe 0 in Pflegegrad 2, von Pflegestufe 1 in den Pflegegrad 3 usw. Diese großzügige Überleitungsregelung führt dazu, dass die meisten Pflegebedürftigen erhöhte Leistungen erhalten. Gleichzeitig werden die heutigen Leistungen durch einen umfassenden Bestandsschutz abgesichert. Die Überleitung erfolgt automatisch durch die Pflegekasse, so dass die meisten Pflegebedürftigen zum Jahreswechsel gar nicht

aktiv werden müssen. Wer heute nicht als pflegebedürftig anerkannt ist und davon ausgeht, dass er nach dem neuen System Ansprüche aus der Pflegeversicherung haben wird, muss einen neuen Antrag stellen. Hier kommt es auf den richtigen Zeitpunkt an, denn erst Anträge, die nach dem 1. Januar

2017 gestellt werden, können nach dem neuen System begutachtet und bewertet werden. Das heißt umgekehrt: Alle Anträge, die bis zum 31. Dezember 2016 gestellt werden, sind noch nach dem alten System zu begutachten.

Mit dem MDS haben Sie sehr viel Erfahrung mit der Qualität der Pflege. Das alte Verfahren hat ja im Grunde völlig versagt, weil danach alle gut bis sehr gut waren. Dadurch bot es überhaupt keine Orientierung. Worin lag der Fehler?

Alle Beteiligten sind sich einig, dass die Pflegenoten in der aktuellen Form den Verbrauchern keine ausreichende Aussagefähigkeit bieten. Das Problem liegt darin, dass die vom MDK festgestellten Prüfergebnisse beschönigend in den Pflegenoten dargestellt werden und festgestellte Missstände erst auf den zweiten Blick erkennbar sind. Verursacht wird dies dadurch, dass wir zu viele Kriterien in die Bewertung einbeziehen und die Kriterien in keiner Weise gewichtet werden. Eine Änderung ist im jetzigen System nur bei einer einvernehmlichen Entscheidung von Leistungserbringerverbänden und Pflegekassen möglich. Dieses Einvernehmen konnte nicht hergestellt werden.

Glauben Sie, dass das jetzt besser wird?

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltung beauftragt, die Transpa-

Dr. Peter Pick

ist seit 1997 Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) in Essen. Der Diplom-Ökonom mit anschließender Promotion zum Dr. rer. oec. war von 1980 bis 1985 Wissenschaftlicher Assistent an der Universität Duisburg am Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik, von 1985 bis 1989 Grundsatzreferent und später Leiter der Verbandspolitischen Planung beim AOK-Bundesverband, danach von 1989 bis 1992 Leiter der Hauptabteilung „Marketing und Unternehmensplanung“ beim AOK-Landesverband Rheinland. Von 1992 bis 1997 war er Stellvertretender Geschäftsführer des MDS, seit 1997 ist er Geschäftsführer.

renz über die Qualität von Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Dafür hat er den Pflegequalitätsausschuss ins Leben gerufen und einen Konfliktlösungsmechanismus durch einen unabhängigen Vorsitzenden verankert. Der Qualitätsausschuss wird hier unter Einschaltung der Wissenschaft ein neues Prüfungsverfahren und Kriterien für eine neue Qualitätsdarstellung entwickeln. Es ist zu hoffen, dass auf dieser neuen Grundlage die bisherigen Blockaden überwunden und ein neues Verfahren erarbeitet werden kann.

Was sollte denn ein nächster Schritt zur Verbesserung der Pflege in Deutschland sein?

Erstmal gilt es, die aktuelle Pflegereform ordentlich umzusetzen. Aber klar ist, dass auch diese Reform nicht alle Probleme der Pflege lösen kann. Das nächste große Vorhaben ist aus meiner Sicht, die Attraktivität des Pflege- und Betreuungsberufes weiter zu verbessern. Denn mit Blick auf die demografische Entwicklung werden wir mehr Menschen benötigen, die die notwendige Pflege und Betreuung der wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen leisten. Und auch wenn aktuell die Finanzierung der Pflegeversicherung bis ins Jahr 2020 gesichert ist, werden wir perspektivisch die Anstrengungen erhöhen müssen, um mehr Ressourcen in die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen zu lenken.

Herr Dr. Pick, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führten MoPF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MoPF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Staatssekretär Karl-Josef Laumann auf der 21. Handelsblatt Jahrestagung „Health 2016“

„Wie Pilze aus dem Boden“

>> Staatssekretär Karl-Josef Laumann referierte vor überraschend wenigen Teilnehmern auf der immerhin schon 21. Handelsblatt Jahrestagung „Health 2016“ den aktuellen Stand der Pflegegesetzgebung und stellte diese in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext dar. Als Laumann den für die recht wenigen Teilnehmer großzügig bemessenen Saal der Euroforum-Veranstaltung betrat, endete gerade die Session davor, die sich mit den Auswirkungen und möglichen Detailreformen des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung befasste. „Es ist doch schön, dass es in der Gesundheitspolitik auch noch einfachere Themen gibt“, meinte Staatssekretär Karl-Josef Laumann zur AMNOG-Thematik und leitete damit fließend zum einfacheren Thema Pflege über, das aber gar nicht so einfach ist.

Der Staatssekretär und Bevollmächtigte der Bundesregierung für Patienten und Pflege stellte in den Mittelpunkt seines Vortrags einen Überblick der Pflegeversicherung, die in dieser Wahlperiode im Bereich der Gesundheitspolitik im Fokus stand. Rund 20 Jahre nach der ersten Pflegeversicherung, die in den Jahren 1992/1993 ohne die Beratung von Pflegewissenschaften eingeführt worden ist, kommt nun ein neuer, großer Wurf. Damals sei das, erinnert sich Laumann an eine Zeit, in der er selbst schon als junger Bundestagsabgeordneter mit dabei gewesen war, gemacht worden, nicht weil die Politik eine derartige Beratung abgelehnt hätte, sondern einfach deshalb, „weil es noch keine Pflegewissenschaftler im Bereich der Altenpflege“ gegeben hätte.

Zu dieser Zeit, die eben nur zwei Dekaden vergangen ist, war in den meisten Bundesländern der Beruf der

Altenpflege nicht einheitlich geordnet, die im Heim zu Pflegenden schliefen im Westen in der Regel in Dreibettzimmern, im Osten Deutschlands hingegen in Schlafsälen. „Wir haben damals, wie wir halt so waren, nicht über Pflegebedürftigkeitsbegriffe philosophiert, sondern einen Leistungskatalog in der Pflege reingeschrieben“, denkt Laumann an die Entstehungszeit der ersten Pflegegesetzgebung zurück. Das damalige Bild sei ein Mensch gewesen, der seine Arme und Hände nicht mehr bewegen kann und lediglich ein körperliches Problem habe. Darum seien Leistungen von Nahrungszubereitung, Zähne putzen bis Ankleiden, Waschen und Duschen ins Gesetz geschrieben worden, nachdem dann der MDK die in Frage kommenden Menschen eingestuft hat. „Pflegebedürftigkeit bedeutet in Wahrheit, dass sich der Radius, den ein Mensch noch selbstbestimmt im Leben gestalten kann, ganz klein geworden ist“, beschreibt der Pflegebeauftragte der Regierung die bittere Realität.

Da sich aber in der heutigen Zeit, in der immer noch zwei Drittel aller Pflegebedürftigen zu Hause leben, die Situation der hochbetagten Menschen völlig verändert hat, weil die mittlere Generation des bundesdeutschen Volkes in der Regel berufstätig sei, wäre es an der Zeit gewesen, die Pflegeversicherung mit all ihren Instrumenten auf die heutige gesellschaftliche Situation einzustellen.

Einer der wichtigsten, genau deshalb getroffenen Strukturentscheidungen sei es gewesen, die Leistungen der Pflegeversicherung für die Tagespflege mehr als zu verdoppeln. Laumann: „Ich will, dass damit eine Tagesstruktur für pflegebedürftige

Menschen entsteht, ähnlich wie wir es mit der U3-Betreuung für kleine Kinder haben. Nur eben anders gemacht.“

Da es zur Zeit in Deutschland nur für etwa 3 Prozent der Pflegebedürftigen Tagespflegeplätze gebe, würden diese alleine schon aufgrund dieser Entscheidung „in den nächsten zwei bis drei Jahren wie Pilze aus dem Boden schießen“.

Die zweite bedeutende Strukturentscheidung wäre gewesen, dass sich künftig die Pflegestufen nicht mehr verändern werden, wenn im Zeitverlauf der Pflegefall schlimmer wird, was den emotionalen Druck um die Zuzahlung der Familien erheblich vermindern werde.

Und der dritte sei die neue Art der Bemessung der Pflegebedürftigkeit. Einfach aus dem Grunde heraus, dass in der seit den 90ern bis heute (bis 31.12 dieses Jahres) praktizierte Einstufungspraxis, Menschen mit demenziellen Erkrankungen schlechter wegkommen; was die inzwischen etablierte Pflegewissenschaft auch immer wieder moniert habe. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der nicht mehr minutengenau aufrechnet, was ein Mensch nicht mehr selbst tun kann, sondern die Frage beantwortet, wie selbstständig dieser durch seinen normalen Alltag gehen kann, werden Demenzerkrankte eine Pflegestufe höher als heute eingestuft. Laumann: „Das bedeutet erheblich mehr Leistungen, weil alleine in diesen Bereich der Versorgung drei Milliarden Euro mehr hinein gegeben werden, wobei diese drei Milliarden fast ausschließlich in den Bereich der Demenzerkrankten gehen.“ <<

„Drei Milliarden Euro fast ausschließlich für den Bereich der Demenzerkrankten.“

Interview mit Dr. rer. cur. Markus Mai, Präsident der ersten Landespflegekammer Deutschlands

Pionierarbeit in Rheinland-Pfalz

Es ist ein bundesweites Novum: Die erste Realisierung einer Pflegekammer in Deutschland jährt sich bald zum ersten Mal. Zeit, auf Vergangenes und Zukünftiges mit dem ersten, am 2. März 2016 gewählten Präsidenten der rheinland-pfälzischen Pflegekammer, Dr. Markus Mai, zu blicken. Der gelernte Krankenpfleger und Pflegewissenschaftler ist stellvertretender Pflegedirektor im Bräuerkrankenhaus Trier und hat die Leitung des Fachbereichs Gesundheitsdienste (Pflege) in der Zentrale der BBT-Gruppe inne. Er packt damit an, was für die Weiterentwicklung des Berufsfeldes Pflege existenziell ist und will mit der Kammer die Position der Pflege langfristig stärken. Der Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit ist der Landespflegekammer als erstem Projekt dieser Art sicher, auch wenn durchaus noch einige Kammergegner unterwegs sind. Doch gilt es, auf dem Weg zur Bundespflegekammer weitere Bundesländer von der Stärkung der Pflege durch eine Verkammerung zu überzeugen.

>> Im Januar 2015 errichtet und mit der Verabschiedung der Hauptsatzung – im Rahmen der ersten Vertreterversammlung am 26. Januar 2016 – erfolgreich konstituiert, hat die Landespflegekammer das erste Jahr nun fast hinter sich. Herr Dr. Mai, wie geht es Ihnen heute? Sind Sie nach wie vor Feuer und Flamme oder hat sich Ernüchterung breit gemacht?

Natürlich bin ich noch Feuer und Flamme. Das liegt aber auch in meiner Natur: Wenn ich etwas anpacke, dann stehe ich hundertprozentig dahinter. Sicherlich sind auch Dinge nicht so gelaufen, wie erwartet, aber das ist, denke ich, normal, wenn man Neues entwickelt.

Ernüchterung hat sich in soweit breit gemacht, dass ich sage: Bestimmte Dinge hätte ich mir auch schneller gewünscht. Auf der anderen Seite muss man realistisch bleiben und sehen, dass wir als Vorstand ja erst seit März zusammenarbeiten. Ich glaube, wir haben in den letzten sechs bis sieben Monaten schon relativ viel geschafft, was sich derzeit auch in der Resonanz zeigt, die wir erhalten. Medial werden wir stärker wahrgenommen, indem Pressemitteilungen häufiger veröffentlicht werden und man uns zunehmend aufgrund unserer Positionierungen kontaktiert und in der Regel auch positive Rückmeldungen gibt. Das hält aufrecht und sorgt dafür, dass das Feuer nicht erlischt.

Über welche Entwicklung freuen Sie sich besonders und was hat Sie überrascht?

Besonders erfreut bin ich darüber, dass die Vertreterversammlung nach einer anfänglichen Phase der Findung doch nunmehr wirklich als eine Verantwortungsgemeinschaft zusammengefunden hat. Als Gemeinschaft, in der sich jeder offen mit seinen Fähigkeiten einbringt, sodass mittlerweile wirklich eine gute Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Kolleginnen und Kollegen möglich ist. Das ist unheimlich wichtig, da die Vertreterversammlung ja letztlich das Parlament der Pflege ist. Bisher haben recht viele Sitzungen stattgefunden, da wir grundsätzli-

che Dinge wie Satzungen und Ordnungen auf den Weg bringen mussten. Doch das wird im nächsten Jahr reduziert, damit die Vertreter sich in ihrem regionalen Kontext einbringen und sich an der Ausschuss- und AG-Arbeit beteiligen können. Das sind ja Aktivitäten neben der Vertreterversammlung, die sich in den nächsten Jahren noch intensivieren werden. Wir haben auch als Vorstand durch die zahlreichen Sitzungen gut zusammengefunden.



Besonders freue ich mich natürlich, dass es relativ schnell gelungen ist, diese substanziellen Ordnungen – also die Beitragsordnung, auch die Hauptsatzung, die Entschädigungsordnung – doch mit einer relativ großen Zustimmung der Vertreterversammlung auf den Weg zu bringen. Dadurch ist es uns auch gelungen, die finanzielle Grundlage der Kammer zu sichern, was ja von Anfang an einer der wichtigsten Aspekte war. Die finanzielle Stabilität war mir von Beginn an ein ganz hohes Anliegen, denn wir können ja nicht Jahrzehnte auf Kredit leben und somit in Abhängigkeit.

Womit ich auch sehr zufrieden bin, ist, dass wir nun Ausschüsse gegründet haben, die inhaltliches Arbeiten ermöglichen und damit die strukturelle Arbeit ergänzen. Wir haben einen Ausschuss für Langzeitpflege, eine AG für Berufsfeldentwicklung, Ethik und für Berufsordnung. Darin arbeiten wir jetzt mit den Kolleginnen und Kollegen im

Land, da das für unsere zukünftige Positionierung eine wichtige Grundlage ist. Also, es gibt viele Sachen, die mich froh stimmen.

Ja, das ist erfreulich, hoffentlich sind das mehr Dinge, als solche, die als Hindernis auftreten, vielleicht auch in einer Dimension, die Sie so nicht erwartet haben?

Suboptimal war die Art und Weise, wie die Beitragsforderung rausgegangen ist. Die Reaktionen darauf haben mich in der Dimension überrascht aber wir haben daraus gelernt. Wir schauen auch, welche Argumente die Kammergegner ins Feld führen. Aber ich sage ganz deut-

lich: Ich orientiere mich nicht an den Gegnern. Ich orientiere mich schon ein Stück weit an Hindernissen, doch wir haben den Blick nach vorne gerichtet. Wir wollen ja unseren Berufsstand weiterentwickeln und nicht in irgendwelche Diskussionen mit den Gegnern eintreten, ob jetzt eine Verkammerung sinnvoll ist oder nicht. Da sind wir unterschiedlicher Meinung, was wir auch akzeptieren. Wir bieten die Möglichkeit des Mitwirkens, des Mitmachens an, so kann jeder Einzelne Einfluss auf die Entwicklung des Berufsstandes nehmen.

Natürlich. Man kann sich ja in diesem Fall nur klar positionieren und versuchen mit der Arbeit, die man leistet zu überzeugen.

Genau, wir wollen mit der Arbeit überzeugen, deswegen müssen wir aufpassen, dass wir uns nicht zu stark auf die Gegner fokussieren. Da besteht schon die Gefahr, dass man sich zu stark darauf einlässt und das Wesentliche aus dem Blick verliert. Das ist schon mein Ziel, dass das nicht passiert.

Welche relevanten Fragen kann die Kammer für den Berufsstand der Pflege denn jetzt selbst in die Hand nehmen und bestimmen?

Die Selbstverwaltung ist das Kernelement. Sie bezieht sich zum Beispiel auf die Berufsordnung, die – so sage ich immer – unser Grundgesetz der Berufsausübung in der Zukunft ist. Und in der Berufsordnung orientieren wir uns im Moment, sondieren, wie das im Ausland geregelt ist und betrachten auch Berufsordnungen anderer Berufe, die verkammert sind. Unser Ziel ist eine hochmoderne Berufsordnung, aus der sich bestimmte Rechte und Pflichten ableiten lassen, die definieren, was letztlich pflegerische Berufsausübung ist. Diese Möglichkeit der Ausgestaltung ist schon ein Privileg, das nicht in vielen Berufen zu finden ist.

Das Zweite ist, dass die Kammer auch autonom regeln kann, welche Fort- und Weiterbildungssysteme es in Zukunft gibt, weil der Staat diese Aufgabe der Kammer übertragen hat. Damit können wir wesentlich flexibler auf die Bedürfnisse des Pflegefeldes reagieren und Weiterbildungsangebote anpassen und müssen diese Aufgabe nicht Politikern oder pflegefremden Interessenvertretern überlassen, die der Pflege fern sind.

Ein dritter Aspekt, der relevant ist, manifestiert sich in der vom Gesetzgeber auferlegten berufsfachlichen, -rechtlichen und -ethischen Beratung durch die Kammer. Und da gibt es schon einige Anfragen von Mitgliedern, ganz unterschiedlicher Perspektive, was dazu führt, dass wir einen Antwortpool aufbauen. Via FAQ oder Portalen werden wir rechtssichere Empfehlungen für die Mitglieder bereitstellen.

Damit hat die Kammer ja weitreichende Kompetenzen. Aber kann sie damit gegen das Potenzial der Gewerkschaften ankommen?

Für uns ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen ja auch ein großes Anliegen. Dafür nutzen wir eben andere Instrumente, indem wir die Politik konfrontieren oder die Öffentlichkeit nutzen.

Die Gewerkschaft hat darüber hinaus das Instrument zu streiken, um die Ziele zu erreichen und das muss sich eben ergänzen, denn die Gewerkschaft kommt erstens nicht überall hin, weil es bestimmte Bereiche gibt, wo sie gar keinen Zugang hat: Schauen Sie in die zahl-

reichen konfessionellen Betriebe oder auf viele Privatunternehmen, bei denen die einfach keinen Fuß in die Tür bekommen. Und für eine offene Kommunikation mit der Gewerkschaft ist nicht jeder Akteur bereit. Beispielsweise eine Krankenhaus- oder eine Pflegegesellschaft, die jedoch mit der Kammer redet, weil diese 100% aller Pflegekräfte eines Bundeslandes vertritt und das ist eben eine andere Hausnummer.

Deswegen muss jeder Akteur wissen, wo er steht, wo er hilfreich ist und wo er wirkt, aber eben auch, wo er nicht wirken kann. Deshalb brauchen wir Kammern, Gewerkschaften und Berufsverbände, um unser System weiterzuentwickeln.

Wirken sich die Maßnahmen der Kammer denn auch auf die Arbeitgeber aus?

Solch ein System wirkt im Prinzip über die Mitglieder in die Unternehmen hinein. Und wenn es in den Unternehmen wirkt, dann kann es letztendlich auch finanzielle Konsequenzen mit dem Ziel einer angemessenen Professionellen Versorgung haben.

In welcher Form differieren die Ambitionen der Kammer darüber hinaus mit den Möglichkeiten der Verbände, Organisationen oder Vereine sich für die Beschäftigten in der Pflege einzusetzen?

Die differieren zum einen in der Art und Weise der Ansprechpartner, die differieren auch in der Positionsmacht. Pflegeverbände und die Gewerkschaft haben eine andere Positionsmacht. In Rheinland-Pfalz vertreten wir 40.000 pflegerische Berufsangehörige. Da können Gewerkschaften und Berufsverbände nicht mithalten. Ein anderes Beispiel ist die Einladung zu parlamentarischen Abenden. Da wurden sie als Berufsverband vorher nicht berücksichtigt, werden aber als Kammer regelmäßig eingeladen und haben dadurch natürlich auch die Möglichkeit, kontinuierlich Gespräche zu führen und sich zu vernetzen. Das ist die Differenz. Ansonsten differieren wir in den Themen gar nicht groß.

Zum Beispiel das Thema Arbeitsbelastung. Wenn die Gewerkschaft behauptet, es sei ihr Thema, ist das absurd. Ob das jetzt berufspolitische Themen sind oder Gewerkschaftsthemen – mit Ausnahme von Tarifverhandlungen – das sind Themen unserer Mitglieder, die wir dann auch gerne weitergeben an die Gewerkschaft. Wir unterstützen die Gewerkschaften so bei ihrem Bild, was sie sich über die Profession Pflege macht. Also da bieten wir qualitative Zusammenarbeit auf breiter Basis an.

Das betrifft dann auch den Fachkräftemangel, der aufgrund der sich wandelnden demografischen Rahmenbedingungen zunimmt, wie Sie kürzlich in einer Studie dargelegt haben. Demnach sind mit 29,2% die größte Gruppe der Pflegefachpersonen in der Kohorte der 51- bis 60-Jährigen zu finden. Für die kommenden Jahre prognostizieren Sie ein insgesamt sinkendes Niveau, was die Quantität von Pflegefachpersonen angeht.

Dem müssen wir entgegenwirken. Wenn wir den Fachkräftemangel jetzt nicht bekämpfen, dann gehen in 10 bis 15 Jahren die Lichter aus. Dann wird folgendes passieren: Attraktive Arbeitsplätze, und die

befinden sich im Moment in der Regel beispielsweise im Krankenhaus, werden vermehrt angestrebt. Dann müssen sich die Arbeitgeber im Bereich der stationären und der ambulanten Pflege Gedanken machen, um auch attraktive Arbeitsplätze aufzubauen, was nur durch die Faktoren Arbeitsbedingungen oder Geld funktioniert. Das heißt, wir werden zusätzlich viel, viel Geld in das System reinstecken müssen. Alles andere, was Politiker so an Vorstellungen haben, wie man das erreichen kann – mit ehrenamtlichem Engagement oder ähnlichem – das wird so nicht funktionieren. Das geht im ersten Schritt nur mit wirklich viel mehr Geld und das wird sich letztlich auf die Beitragssätze auswirken oder den Steuerzahler belasten. Sonst wird es nicht gelingen, diese Entwicklung diametral zu verändern und wir müssen eigentlich jetzt anfangen, damit in fünf Jahren schon die ersten massiven Aufwärtsbewegungen festzustellen sind.

Der zweite Punkt ist: Wir brauchen die Generalistik – und zwar aus dem Grund, weil sonst die Altenpflege absolut abgehängt wird. Sie ist jetzt schon das Sparschwein der Nation – überall dort, wo Altenpfleger bevorzugt eingestellt werden, wird oft auch schlechter bezahlt, sind die Arbeitsbedingungen schlechter und warum soll dann in Zukunft ein junger Mensch noch in die Altenpflege gehen? Die Löhne sind derzeit von einer geringen Höhe, sodass die Renten relativ knapp sind und in vielen Bereichen noch nicht einmal eine Zusatzversorgung außerhalb von tariflichen Regelungen gewährt wird. Das ist doch nicht in Ordnung.

Die Ansicht der Politiker, die gegen die Generalistik sind und behaupten, dass die Altenpflege in der Konkurrenz mit anderen Pflegefeldern erst recht untergeht, die wird sich meiner Meinung nach nicht bestätigen. Wenn wir die Altenpflege jetzt abhängen, dann wird sich durch die Abqualifizierung die Frühausstiegsquote in dem Bereich wesentlich erhöhen und wir haben gar nichts erreicht. Die größte Sorge der Politiker oder der privaten Anbieterverbände ist, dass die einheitliche Regelung einen Zugang mit Hauptschulabschluss ausschließt und dadurch der Pool an möglichen Interessenten kleiner wird. Wir sagen: Wenn man das Niveau senkt, dann wird der Beruf in der gesellschaftlichen Wahrnehmung auch abgesenkt. Und das kann ja nicht der richtige Weg sein. Wenn die Gesellschaft in Zukunft ordentlich gepflegt werden will – und so viele ausländische Pflegekräfte kann man gar nicht reinholen, wie gebraucht werden – dann muss sie jetzt etwas tun!

Sie haben eingeräumt, dass auch Sie Fehler gemacht haben – was nachvollziehbar ist, wenn man Arbeitsprozesse zum ersten Mal durchläuft. Da passieren mit Sicherheit auch Dinge, von denen man im Nachhinein denkt, dass man sie hätte anders machen können.

Ja, da gab es, wie eben schon angedeutet, auch Fehler in der Kommunikation. Vom Grunde her war es allerdings von vorneherein klar, dass eine Kammer eine Pflichtmitgliedschaft und einen Pflichtbeitrag mit sich bringt. Der Pflichtbeitrag versetzt uns in die Lage, unabhängig zu sein. Wir sind nicht abhängig von irgendwelchen Verbänden, Gewerkschaften oder von der Politik. Wir bekommen keine Gelder vom Land, sondern wir finanzieren uns durch unsere eigenen Mitgliedsbeiträge, die die Mitglieder in die Kammer investieren. Das, in der durchaus berechtigten Hoffnung, dass sich ihr Berufsstand fachlich, inhaltlich und strukturell in ihrem Sinne weiterentwickelt und parallel über die dadurch gewonnene verbesserte gesellschaftliche Anerkennung sich die Arbeitsbedingungen

verbessern, und sich das in der Konsequenz für sie, mit Unterstützung der Gewerkschaften, auch in barer Münze auszahlt.

Das erfordert im Prinzip, dass jeder mitmacht. Also Pflichtmitgliedschaft, weil es eine berufliche Vertretung und Aufsicht ist, die sich ja letztlich auf alle Berufsangehörigen auswirkt und da müssen auch alle Mitglied sein.

Wie wollen Sie die Kommunikation beziehungsweise die berufliche Informationen verbessern?

Wir bereiten gerade ein „Kammerblatt“ vor, mit dem wir die Idee eines modernen Kommunikationsmediums umsetzen wollen. Gegebenenfalls eine neue Fachzeitschrift, die allen Kammermitgliedern zur Verfügung steht, wo wir zum einen Fach- und Berufsrechtliche – sowie Kammerinformationen in regelmäßigen Abständen an die Mitglieder heranbringen. Daneben soll es ein Infoportal geben, eventuell später eine App, die regelmäßig mit Themen bespielt wird. Da führen wir derzeit mit einigen großen Anbietern Gespräche und unser Ziel ist, im ersten Quartal 2017 da auch einen ersten Wurf zu machen.

Das Zweite ist: Wir sind ja eine Mitmachkammer. Wir werden demnächst die Mitglieder alle noch einmal um das Reflektieren und Einbringen von Eckpunkten für eine zukünftige Berufsordnung bitten. Ich habe ja vorhin gesagt, die Berufsordnung ist das Grundgesetz der pflegerischen Berufsausübung und da soll nach unserer Auffassung jedes Mitglied die Gelegenheit haben, etwas dazu sagen zu können, bevor das letztendlich durch die Vertreterversammlung verabschiedet wird.

Was sagen Sie Kritikern, die Ihnen vorwerfen, der Vorstand sei „zu weit weg vom Bett“?

Ich frage mich, was die Kolleginnen und Kollegen, die so etwas äußern, für ein Bild von Pflege haben. Wir sehen die Pflege umfassend und da gehört natürlich auch der Bereich dazu, der „fern vom Bett“ ist. Wir haben in der Vertreterversammlung sehr viele KollegInnen, die am Bett stehen und haben zudem im Vorstand solche Leute. Ich bin auch Krankenpfleger. Zur Bearbeitung der vor uns stehenden Herausforderung benötigen wir ein breites Profil an Kompetenzen aus allen unterschiedlichen Bereichen des Pflegeberufsfeldes. Dazu gehören einerseits Pflegekräfte aus der direkten Bewohner- oder Patientenversorgung. Daneben werden aber auch Kolleginnen und Kollegen aus der indirekten Versorgung, beispielsweise aus Forschung, Lehre und Management benötigt, um möglichst viel für unseren Berufsstand zu erreichen. In keinem anderen Berufsstand ist beispielsweise die Akademisierung so verpönt, wie in unserem Beruf. In anderen Berufen ist man stolz, dass es die Möglichkeit gibt, sich zu akademisieren, hier hat man immer das Gefühl, sich als Akademisierter rechtfertigen zu müssen. Ich sehe die Gefahr, dass sich die Berufspraxis dadurch eigentlich selbst abwertet, indem sie solche Dinge in Frage stellt.

Werfen wir einen Blick in andere Bundesländer, die mit einer Landespflegekammer auch in den Startlöchern stehen. Bayern geht hier aktuell einen anderen Weg und hat sich für eine freiwillige Interessensvertretung entschieden.

Die bayrische Lösung ist eine Chimäre. Man versucht der Pflege hier etwas vorzugaukeln, was im Prinzip nicht zu erfüllen ist. Es ist keine Kammer mit Selbstverwaltungsanspruch. Hier wird vorgetäuscht: Hey, ihr könnt

was machen, aber im Kernbereich gibt es keine Handlungsfähigkeit.

Der eine Kernbereich ist die Berufsordnung, die hier erst mal ausgeklammert ist. Eigentlich ist das schon eine Unverschämtheit, dass ein Gesetzgeber diesen Passus streicht, denn, wenn ich eine Selbstverwaltung mache, ist essentiell, dass ich selbst entscheiden kann, wann ich die Berufsordnung einführe. Außerdem hat die Berufsordnung nicht für alle Berufsangehörigen in Bayern Gültigkeit, da hier keine Pflichtmitgliedschaft besteht. Wenn nur 30 Prozent beitreten, vertritt die Vereinigung eben nur 30 Prozent der Pflege in Bayern. Habe ich die Absicht, meinen Berufsstand weiterentwickeln und Regeln aufzustellen, die für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung letztendlich tragend sein sollen – und das ist ja auch ein gesellschaftlicher Aspekt – dann müssen sich alle Berufsangehörigen daran halten. Das heißt, sie sind auch Pflichtmitglied; Kammer ohne Pflichtmitgliedschaft gibt es nicht.

Stichwort Unabhängigkeit.

Wenn Sie bei einer derart angedachten Lösung den politisch Verantwortlichen zu oft über den Mund fahren, dann müssen sie morgen die Auswirkungen wie beispielsweise die Reduktion der zugebilligten Mittel befürchten. Ich kenne das in Rheinland-Pfalz zwar nicht so. Hier haben wir als Dachverband der Pflegeorganisationen (DPO) über mehr als zehn Jahre finanzielle Mittel zum Betrieb einer Geschäftsstelle vom Land erhalten. Aber hier nehme ich auch eine deutliche Pro-Pflege-Kultur bei allen politisch Verantwortlichen wahr. Die Bayerische Pflege hat eine Organisation verdient, die sie unabhängig vertritt und keine, bei der das Beeinflussungsrisiko schon vorher im Gesetzestext einkalkuliert wurde.

Die Interessensvertretung in Bayern soll zwar Fort- und Weiterbildung regeln, hat aber keine Autonomie. Die Vertreterversammlung hat das Beiratvotum zu akzeptieren und der Beirat ist zusammengesetzt aus Arbeitgebervertretern und Pflegevertretern. Diese Entwicklung bewerte ich eigentlich als eine Abwertung für die Pflege, während mit einer Kammer der Pflegeberuf wirklich aufgewertet wird. In Bayern traut man der Pflege das nicht zu.

Die Abstimmung der Pflegefachkräfte fiel in Bayern pro Pflegekammer aus. Wie ist dann dieser Vorgang zu erklären?

Da spielen machtpolitische Interessen eine große Rolle. Vornehmlich private Arbeitgeber und Gewerkschaft – hier primär DGB oder verdi – halten massiv dagegen und fügen der beruflichen Pflege dadurch massiven Schaden zu. Einfach, weil sie Eigeninteressen haben und ihnen eigentlich der Status quo des Systems in die Karten spielt, sonst würden sie Maßnahmen zur Änderung ergreifen.

Was bedeutet das für die geplante Bundespflegekammer?

Die Bayern werden so keine Mitbestimmungsrechte in der Bundespflegekammer haben, wenn es nach uns geht. Die Bundespflegekammer ist die Vertretung der kammerpolitischen Interessen auf der Bundesebene. Die Bundespflegekammer wird entweder ein Verein oder eine Arbeitsgemeinschaft (AG) sein, die sich aus den Landeskammern zusammensetzt, wie die Ärztekammer zum Beispiel auch. Wir streben möglichst schnell diese Vertretung an, aber wir haben im Moment erst eine Landeskammer, blicken jedoch hoffnungsvoll nach Schleswig-Holstein und Niedersachsen. Mit denen gemeinsam sind wir jetzt auch

schon im Gespräch. Bundespflegekammer ist eine Sache der Landeskammern, nicht irgendwelcher Verbände oder Gewerkschaften, und wir werden zu geeigneter Zeit eine Bundespflegekammer etablieren. Vielleicht auch schon, bevor überall Landeskammern existieren, aber wenn die Vereinigung bayrischer Pflege nicht die Pflichtmitgliedschaft sowie eine unabhängige Finanzierung einführt, dann wird sie keinen Sitz in der Bundespflegekammer haben, da dort nur Organisationen sitzen werden, die Körperschaften öffentlichen Rechts sind und die zweitens die gesamte Pflege in einem Bundesland vertreten können. Und das geht eben nur über Pflichtmitgliedschaft. Das ist ein demokratischer Grundsatz, den müssen wir auch da berücksichtigen.

Gegebenenfalls wird es mehrere Stufen eines Bundespflegekammeraufbaus geben. Auf jeden Fall wollen wir möglichst schnell mit unseren Kammern in Berlin präsent sein. Ich werde mich dafür einsetzen, dass wir bereits im nächsten Jahr eine Präsenz in Berlin haben, um die Kammerstrukturen dort aufzubauen. Das könnte die Entwicklung auf Landesebene im Umkehrschluss auch noch einmal forcieren.

Wo steht die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz in einem Jahr?

Im Optimum haben wir die Berufsordnung verabschiedet und im Feld auch schon allen Mitgliedern etwas an die Hand gegeben, was eine Grundlage für die Berufsausübung in der Zukunft ist.

Im Optimum haben wir im nächsten Jahr einen Pflegegipfel gehabt, an dem Kammern, Berufsverbände und Gewerkschaften teilgenommen haben und wir als Pflege unsere Positionen für die Zukunft lokalisiert haben.

Im Optimum haben wir Ende des Jahres 2017 eine sehr fortschrittliche Fort- und Weiterbildungsordnung, die wir den Mitgliedern auch an die Hand geben können.

Im Optimum haben wir die Beratung der Mitglieder so optimiert, dass wir auf möglichst viele Fragen gute und kompetente Antworten geben können.

Im Optimum ist es uns gelungen, regionale Strukturen aufzubauen, in denen sich die Mitglieder noch mehr als heute in Arbeitsgruppen, Gesprächskreisen, in Jour fixes – in die sich auch die wissenschaftlichen KollegInnen einbringen – beteiligen können.

Im Optimum sind wir angekommen, haben uns mit diesem Politik-Geschäft arrangiert und können 2018 mit einem ganz anderen Selbstbewusstsein, das durch eine gestärkte Position und Struktur gespeist wird, auftreten.

Herr Dr. Mai, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MoPf-Redakteurin Kerstin Müller.

Dr. rer. cur. Markus Mai

ist Stellvertretender Pflegedirektor des Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier. Der gelernte Krankenpfleger schloss ein Studium zum Diplom-Pflegewirt ab, den er mit dem Master of Arts in Organization Studies und dem Master of Science in Pflegewissenschaft ergänzte. 2010 promovierte er an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar mit dem Thema Sturzrisiko-Assessmententwicklung.

Die Messe Medcare in Leipzig will der Pflege 2017 in Leipzig wieder eine Plattform bieten

Exponierte Stellung für die Intensivpflege

Nach der erfolgreichen Premiere im Jahr 2015 gibt es vom 27. bis 28. September 2017 eine Fortsetzung der Medcare, dem Kongress mit Fachaussstellung für klinische und außerklinische Patientenversorgung. Im Fokus stehen dabei die praxisorientierte Fortbildung sowie der Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus anderen Kliniken, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Raum für interdisziplinären Austausch ist nach Meinung der Veranstalter das Erfolgsrezept.

>> „Wir kommen auf jeden Fall wieder“, hatte Thorsten Wierzoch, Business Unit Manager der Life Cure GmbH, im Oktober 2015 versprochen, als er sich als Aussteller auf der Medcare sehr zufrieden mit den Möglichkeiten zeigte, Kontakte mit Kollegen und Leistungsträgern zu knüpfen. Durch die Anwesenheit der Zielgruppe, ist die Medcare für Aussteller wie für Pflegespezialisten gleichermaßen eine fruchtbare Plattform zum Austausch.

„Die Teilnehmer informierten sich in gut gefüllten Workshops und Vorträgen über praxisorientierte Anwendungen und indikationsbezogene Therapiemöglichkeiten. Das breite und an Spezialisten gerichtete Themenspektrum ermöglichte einen gezielten Erfahrungsaustausch unter Kollegen und zwischen den verschiedenen Fachbereichen“, konstatierte Ronald Beyer, Projektdirektor der Medcare. Das Zauberwort heißt auch in der Pflege einmal mehr Interdisziplinarität, da diese eine ganzheitliche Patientenbetrachtung ermöglicht.

Einen direkten Blick auf Lösungsansätze in der Patientenbehandlung geben im Medcare-Format zahlreiche interaktive Falldiskussionen. Gonda Bauerfeind, Inhaberin eines häuslichen Pflegedienstes, und Prof. Dr. Steve Strupeit von der Hochschule München referierten 2015 beispielsweise über Dekubitus und dessen Versorgungsmöglichkeiten. Zum Thema Enterokutane

Fisteln erläuterte Werner Droste, Vorsitzender der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. (FgSKW) das Fistelmanagement sowie peristomale Wundbehandlung und fallbezogene Stomaversorgung.

Auch das Thema der Patientensicherheit stand im letzten Jahr auf der Agenda. Dazu referierte Dr. Heidemarie Haeske-Seeburg in ihrer Keynote über managementorientierte Qualitätssicherung und Risikoprävention im klinischen Bereich und gab dahingehend Aufschlüsse, wie die Sicherheit des Patienten mittels Handlungsempfehlungen verbessert beziehungsweise gewährleistet werden kann.

Im Jahr 2017 lädt die Messe im September wieder ein, um Therapien wie moderne Wundversorgung, medizinische Ernährung sowie Palliativversorgung, Inkontinenz- und Stomaversorgung in-

dikationsbezogen zu diskutieren. Erweitert werde das Fortbildungsangebot in Kongress und Fachmesse durch die Schwerpunkte Intensivpflege und Hygiene. Darüber hinaus bietet die Veranstaltung eine Plattform für das Pflegemanagement sowohl im klinischen als auch außerklinischen Bereich, um Ideen für eine optimierte, sektorenübergreifende Patientenüberleitung zu erörtern. Dabei geht es laut Kongressprogramm um die Verzahnung der verschiedenen Schritte der Patientenversorgung – von der klinischen Behandlung bis zur medizinischen Betreuung in einer Pflegeeinrichtung oder zu Hause.

Eine exponierte Stellung soll 2017 auch die Intensivpflege einnehmen. Sie stellt höchste Anforderungen an die Betreuung von Patienten und um dem gerecht zu werden, beschäftigt sich neben dem Fachbeirat eine

gesonderte Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege mit der Konzipierung eines anspruchsvollen Fortbildungsprogramms für die klinische und außerklinische Intensivpflege. Fachliche Themen, organisatorische Aspekte in der Intensivpflege, Skill und Grademix, Rechtsthemen aus klinischer und außerklinischer Sicht oder Ausbruch- und Vermeidungsmanagement sind die geplanten Säulen im Programm. Abstracts zum Bereich Intensivpflege können bis zum 31.01.2017 online über die Medcare-Homepage eingereicht werden.

Einheitliche Verfahren für die Entlassung oder Überleitung von Patienten aus dem stationären Bereich sucht man in der Pflege vergebens, sodass auch diesem wichtigen Thema explizit eine Diskussionsebene eingeräumt wird. Dass die Angelegenheit einen hohen Stellenwert hat, manifestiert sich auch in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Auftrag gegebenen und vom AQUA-Institut erarbeiteten Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes und sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren für das Entlassungsmanagement. Die Konzeptskizze stellt einen ersten Schritt zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens dar, mit der geklärt werden soll, ob ein solches Verfahren grundsätzlich realisierbar ist – auch finanziell. Ein vielseitiges Programm wartet auf die Teilnehmer. <<



Produktaussteller im Dialog. Bild: Leipziger Messe GmbH / Martin Klindtworth

Wie viel Recht braucht das Patientenwohl?

>> Drei Jahre Patientenrechtegesetz – wie viel Recht braucht das Patientenwohl?“ Über diese Frage hat Staatssekretär Karl-Josef Laumann mit namhaften Experten aus Wissenschaft und Praxis in Berlin diskutiert. Rund 100 Gäste aus ganz Deutschland nahmen an der Veranstaltung des Patientenbeauftragten der Bundesregierung im Auditorium Friedrichstraße teil. Dabei wurde auch eine aktuelle Studie des IGES Instituts zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes präsentiert (s. Seite 17). Sowohl die Studie als auch die Diskussionen zeigen: Das Patientenrechtegesetz wirkt, aber es gibt nach wie vor Handlungsbedarf, um die Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen weiter zu stärken.

„Versicherte und Patienten wissen inzwischen in vielen Bereichen sehr gut über ihre Rechte Bescheid – etwa über ihr Recht, ihre vollständige Patientenakte einsehen zu können. Es gibt aber nach wie vor Bereiche, wo sich etwas tun muss. Zum Beispiel informieren die Krankenkassen die Versicherten offenbar nicht ausreichend über die gesetzlichen Fristen bei Leistungsanträgen

oder die Unterstützungsmöglichkeiten bei möglichen Behandlungsfehlern. Hier werden wir über Gesetzesänderungen, Sanktionen oder finanzielle Anreize reden müssen. Vor allem aber müssen wir über einen Mentalitätswandel reden. Der Gesetzgeber kann nicht alles von oben herab vorschreiben. Wir brauchen bei allen Beteiligten eine bessere Kultur der Patientenorientierung, der Transparenz und des vertrauensvollen Miteinanders“, sagte Laumann.

Prof. Dr. Christiane Woopen, Leiterin der Forschungsstelle Ethik am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln, sowie ehemalige Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, erklärte in ihrer Keynote auf der Veranstaltung: „Das Patientenwohl ist der zentrale ethische Maßstab für die Gesundheitsversorgung und umfasst mehr, als Patientenrechte garantieren können. Patientenrechte können und sollten aber die Selbstbestimmung des Patienten schützen, eine gute Behandlungsqualität fördern und Gerechtigkeit auch für Patienten mit besonderen Bedarfen berücksichtigen.“ <<



Podiumsdiskussion mit Staatssekretär Karl-Josef Laumann (re). Foto: Holger Groß.

„Skepsis gegenüber der palliativen Versorgung“

>> Zwei von drei Deutschen verbringen die letzten Stunden ihres Lebens nicht an dem Ort, den sie sich wünschen. Nach einer aktuellen Studie der DAK-Gesundheit wollen nur sechs Prozent der Deutschen im Krankenhaus oder Pflegeheim sterben. In der Realität sterben jedoch drei Viertel aller Menschen in solchen Institutionen.

Diesen deutlichen Unterschied zwischen Wunsch und Wirklichkeit zeigt die Krankenkasse in ihrem Pflegereport 2016. Für den Report hat das AGP Institut Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg für die DAK-Gesundheit erstmals untersucht, welche Wünsche, Vorstellungen und Erfahrungen die Menschen haben, wenn es ums Sterben geht. Die Analyse umfasst eine repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Thema, Auswertungen von DAK-Statistiken sowie qualitative Interviews mit Menschen, die sterbende Angehörige begleitet haben. Laut Pflegereport stirbt im Krankenhaus jeder fünfte Patient

allein. Außerdem sind demnach zahlreiche Krankenhausaufenthalte kurz vor dem Tod vermeidbar. Das verursacht unnötige Kosten und steht im Widerspruch zu den Wünschen der Betroffenen. 60 Prozent möchten zu Hause sterben. Laut DAK-Pflegereport sagen insgesamt 60 Prozent aller Befragten, dass sie zu Hause sterben möchten. 16 Prozent sind unentschlossen. Nur vier Prozent nennen das Krankenhaus, zwei Prozent das Pflegeheim. Die Tendenz ist noch deutlicher bei Menschen, die bereits Pflegeerfahrung haben. So sagen pflegende Angehörige zu 76 Prozent, dass sie zu Hause sterben möchten. Zu den Gründen sagen die meisten, dass die gewohnte Umgebung das Sterben erträglicher mache (73 Prozent) und dass es mehr Würde mit sich bringe (58 Prozent). „Diese Ergebnisse lassen eine ausgeprägte Skepsis gegenüber der palliativen Versorgung in Kliniken und Heimen erkennen“, sagt Professor Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. <<

Die Hälfte aller Pflegekräfte erleidet Stichverletzungen

>> Eine aktuelle Studie der B. Braun-Stiftung und der Universität Frankfurt zum Thema „Arbeitssicherheit von Pflegepersonal“ hat ergeben, dass die Hälfte aller Pflegekräfte im Laufe ihrer Berufslaufbahn eine Nadelstichverletzung erleiden. Damit sind Pflegenden weit häufiger von Nadelstichverletzungen betroffen als bisher angenommen. Zudem fehlte es bei den Befragten teilweise an notwendigem Wissen über die Prävention dieser Verletzungen. Die Verwendung von „Safety-Produkten“ kann zu einer signifikanten Senkung des Risikos von Stichverletzungen führen. „Auch wenn die gemeldeten Fälle

von Hepatitis-B und Hepatitis-C in den Betrieben rückläufig sind, so zeigt diese Studie, dass nachhaltig, gerade bei jüngeren Kollegen, Aufklärungsarbeit geleistet werden muss. Darüber hinaus sind Schutzmaßnahmen, wie z. B. sichere Instrumente, nicht außer Acht zu lassen“, erklärte der Geschäftsführer der B. Braun-Stiftung, Prof. Dr. Alexander Schachtrupp.

Gemäß öffentlicher Angaben liegen die Raten durch Nadelstichverletzungen höher als bisher angenommen. Zudem gab nur die Hälfte der Betroffenen an, ihre Verletzung auch beim Durchgangsarzt gemeldet zu haben. <<

Die Pflege kann durch mobile Devices Zeit und damit auch Geld sparen, wie die App „SHC 8 mobile“ zeigt

Optimierte Arbeitsprozesse

Zeit ist Geld – gerade in der Pflege. Das elektronische Klienten- und Patienten-Informationssystem „Social Health Care“ (SHC) des IT-Unternehmens Distler will Pflegepersonal die Dokumentation erleichtern und bietet daher für ambulante Dienste, stationäre Pflegeeinrichtungen und soziale Einrichtungen, IT-Lösungen an. Einen Schritt weiter geht das Unternehmen nun mit der „Social Health Care“-App (SHC 8 mobile), die die Erfassung und den Abruf aller relevanten Klientendaten sowie die Koordination und Planung anstehender Tätigkeiten an jedem beliebigen Ort ermöglicht.

>> Viel Zeit geht drauf, wenn neben den Besuchen bei den Patienten oder den pflegerischen Maßnahmen vor Ort alle Vorgänge im Anschluss dokumentiert werden müssen. Durch die Anwendung von Apps ergibt sich „eine enorme Zeitersparnis“, erklärt Dietmar Fuchs, Geschäftsführer Distler Company GmbH. Unsere Kunden geben direkt bei Patienten die Daten ein und können diese sofort synchronisieren“, zeigt Fuchs die Vorteile auf und weist auf die Minimierung späterer Arbeiten im Büro hin. So bleibe mehr Zeit für die Pflege des Patienten und der Aufwand für administrative Aufgaben des Pflegepersonals werde

geringer. „Ziel ist die ‚papierlose‘ Arbeit beim Patienten“, gibt der Geschäftsführer die Marschrichtung vor und identifiziert die Digitalisierung auch in der Pflege als alternativlos.

Kern der gemeinsam mit dem Os-nabrücker App-Entwickler infoMantis entwickelten wie realisierten „Social Health Care“-App ist eine Datenbank mit allen Klienten des jeweiligen Distler-Kunden und Pflegedienstleisters, in der Verlaufsprotokolle zur Pflege der Klienten sowie die entsprechenden Zusatzleistungen und Informationen verzeichnet sind.

Hierfür wird für jeden Kunden ein eigenes Profil angelegt, mit detaillierten Aufzeichnungen über die Pflegevorgänge wie zum Beispiel der Verlaufsbericht, Medikation, Pflegeplanung oder Vitalwerte. In den Stammdaten können zusätzlich weitere wichtige Details, wie die Kontaktdaten zuständiger Ärzte erfasst werden.

Die Nachfrage der Kunden in Bezug auf mobile Unterstützung steige, stellt Fuchs fest, „da auch die Versicherungen – Stichwort eHealth – mehr und mehr auf Digitalisierung, elektronische Verwal-

tung und Übermittlung von Daten setzen“. So werde der Druck auf die Pflegedienste und Heime auch größer, sich für die Zukunft zu rüsten.

Es spreche sich in der Branche durchaus herum, dass die Zeiterparnis und damit auf Dauer auch die Kostenersparnis durch die mobilen Lösungen erzielt würden. „Das ist das Hauptargument der Kunden, die noch zögern“, gewährt Dietmar Fuchs Einblicke in den Markt und verweist darauf, dass mit der App auch administrative Tätigkeiten geplant werden können. So lassen sich etwa Einsätze und Einsatzpläne der Mitarbeiter koordinieren und die entsprechenden Arbeitszeiten pro Klient eintragen. Über das „Home Menü“ werden dem einzelnen Mitarbeiter sowohl dessen aktueller, als auch nächster Einsatzort angezeigt. Darüber hinaus kann über die Einsatzdokumentation in der Zentrale die Arbeitszeit der Mitarbeiter erfasst werden. Dauert der Einsatz bei einem Klienten länger als vorgesehen, kann das ebenfalls in der App festgehalten werden und der Zeitplan wird automatisch um die entsprechende Zeit nach hinten verschoben.

Die für das meistgenutzte deutsche Betriebssystem Android konzipierte App ist nach Angaben des Unternehmens mit dem zentralen, Distler Datacenter über ein eigenentwickeltes CRM-System verbunden und wird sowohl auf Smartphones, als auch auf Tablets wiedergegeben. Wer die App also nutzen möchte, muss im Besitz der dazu-

gehörigen PC-Software von Distler sein, da die Anwendung sonst nicht funktionsfähig ist. Durch die Kopplung werden die Daten synchronisiert, sind in der App abrufbar und können bearbeitet werden. Aus der App werden die Daten über eine Middleware wieder an den Server und somit an die PC-Software zurückgespielt, gibt das Unternehmen an.

Nach Fuchs zeichnet die intuitiv bedienbare App die Möglichkeit des mobilen Arbeitens im on- oder offline-Modus besonders aus. Zusatzfeatures, wie beispielsweise Nachrichten an den User vom lokalen PC im Sinne einer SMS, seien Bestandteil der App und auch die Einsatzplanung mit Navigationsmöglichkeit ist eine hilfreiche Funktion. Hierfür sei die Adresse des Patienten mit Google Maps als Wegbeschreibung abrufbar.

Die Funktion der Erfassung von Pflegeberichten mit Spracherkennung gibt es obendrauf, was die Anwendung komplett macht. „Viele bestehende Kunden nehmen nach und nach die mobile Lösung dazu“, sagt Fuchs, gefragt nach der Vermarktungsstrategie der App. Hinzu kämen Newsletter und Messeauftritte, um die mobile Anwendung bekannt zu machen.

Auch wenn die Digitalisierung in der Pflege langsam voranschreitet, wird die zunehmende wirtschaftliche Relevanz stetig präsenter. Digitale Lösungen können für eine patientenorientiertere Pflege und bessere Behandlungsqualität sorgen. <<



Zwei Menüs (Ausschnitte) der „SHC 8 mobile“-App

IGES-Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes: Keine eindeutige Aussage zur Zielerreichung möglich

>> Die vom Bundesministerium für Gesundheit – vertreten durch den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann – beim IGES-Institut in Auftrag gegebene „Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes“ hatte zum Ziel, die Wirkungen des Patientenrechtegesetzes rund zweieinhalb Jahre nach Inkrafttreten zu untersuchen.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass den Patientenrechten von der deutlichen Mehrheit der befragten Patienten und Versicherten ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Auch von Seiten der Verbände wird die Festbeschreibung von Patientenrechten in einem Gesetz mehrheitlich als grundsätzlich wichtig anerkannt. Die praktische Relevanz des Gesetzes wird im Hinblick auf seinen Regelungsgehalt dagegen eher verhalten gesehen. Vor allem von juristischer Seite wurde wiederholt die Einschätzung vertreten, dass das Gesetz überwiegend lediglich den Stand der Rechtsprechung in Gesetzesform gieße und daher keine eigenständige Regelungskraft entfalten werde.

Diese Einschätzung bezieht sich von den im Rahmen dieser Studie betrachteten Regelungen vor allem auf die Informations- und Aufklärungspflichten. Bei den Regelungen zur Einsichtnahme in die Patientenakte, zur Kostenerstattung bei Fristüberschreitung und zur Unterstützung bei Behandlungsfehlern durch die Kassen wurden im Gesetzgebungsverfahren vom Gesetzgeber jedoch klare (Vollzugs-) Defizite angeführt und dementsprechend die bestehenden Regelungen prominenter dargestellt, präzisiert und teilweise verschärft.

In der Begründung zum Gesetzentwurf (BT-Drs. 17/10488) wurde u. a. als Zielstellung des Patientenrechtegesetzes formu-

liert, durch mehr Transparenz hinsichtlich ihrer Rechte die Position von Patienten gegenüber Leistungserbringern zu stärken. Die vorliegende Studie kann allerdings aufgrund von widersprüchlichen Ergebnissen keine eindeutige Aussage dazu treffen, ob dieses Ziel erreicht wurde.

In Teilen wurden durch das Gesetz Unklarheiten bestehender Rechtsprechung beseitigt (etwa im Hinblick auf die Information des Patienten über Behandlungsfehler). Auf der anderen Seite blieben aber auch wesentliche Unklarheiten – etwa zum Zeitpunkt der Aufklärung oder zur Einwilligungsunfähigkeit – bestehen und einige neue sind hinzugekommen, z. B. im Hinblick auf den Schutz des Verwertungsverbots in zivilrechtlichen Streitfällen bzw. bei haftungsrechtlichen Fragen. Darüber hinaus wurden vielfach Zweifel an einer hinreichenden Rechtsklarheit sowohl im Gesetz-

„Ich habe bereits eine weitere Studie in Auftrag gegeben, mit der untersucht werden soll, ob Versicherte tatsächlich so große Probleme haben, ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen durchzusetzen.“
Staatssekretär Karl-Josef Laumann

gebungsverfahren zum Patientenrechtegesetz als auch im Rahmen der Verbände-/Rechtsexpertenbefragung geäußert.

Diese Zweifel bezogen sich überwiegend auf unbestimmte Rechtsbegriffe. Forderungen nach einer stärkeren Spezifizierung der Tatbestandsmerkmale scheinen zwar verständlich und sollten in Einzelfällen bei einer Weiterentwicklung des Patientenrechtegesetzes berücksichtigt werden, schreiben die Studienautoren. In anderen Fällen würden diese Forderungen jedoch die Erforderlichkeit des Ermessensspielraums verkennen, der den Normadressaten mit solchen

unbestimmten Rechtsbegriffen eingeräumt werde.

Hier müsse gegebenenfalls die Rechtsprechung zeigen, inwieweit die vom Bestimmtheitsgebot gezogenen Grenzen überschritten wurden.

Vereinzelt sind, so die Studie weiter, die untersuchten Normen des Patientenrechtegesetzes auch so formuliert, dass nicht deutlich wird, welche Rechtsfolge aus dem Vorliegen der Tatbestandsmerkmale resultiert. So bedurfte es hinsichtlich der Frage, ob § 13 Abs. 3 a SGB V lediglich einen Kostenerstattungsanspruch konstituiert, oder – über den Wortlaut der Vorschrift hinausgehend – auch einen unmittelbaren Leistungsanspruch, erst einer klärenden Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht. Weiterhin sei es nicht gelungen, die patientenrechtlichen Regelungen umfassend in einem Gesetz zu kodifizieren. So finde sich etwa die

Frist für eine Untätigkeitsklage bei verzögerter Bescheidung eines Widerspruches gegen die Ablehnung eines Leistungsantrags durch die Krankenkassen nicht etwa im § 13 Abs. 3a SGB V, sondern – sachgerecht, aber für Patienten wenig transparent – in § 88 Abs. 2 SGG.

Diese insgesamt ambivalente Bewertung des Beitrags des Patientenrechtegesetzes zur Erhöhung der Transparenz der Patientenrechte wird nach Meinung der Studienautoren auch durch das uneinheitliche Meinungsbild der Versicherten und Patienten zu dieser Fragestellung gestützt. <<

Studieninfo

Der Fokus der Studie lag einerseits auf den Regelungen zur Information und Aufklärung des Patienten sowie zur Einwilligung des Patienten in medizinische Maßnahmen (§§ 630c, d, e, g BGB) und andererseits auf der Verpflichtung von Krankenkassen, bei der Bearbeitung von Leistungsanträgen der Versicherten bestimmte Bearbeitungsfristen einzuhalten (§ 13 Abs. 3a SGB V) sowie ihre Versicherten bei Behandlungsfehlern zu unterstützen (§ 66 SGB V).

Die gegenwärtige Situation der Patientenrechte wurde mit den Zielen des Patientenrechtegesetzes verglichen und auf dieser Basis bewertet. Hierzu wurden eine Befragung von Versicherten und Patienten sowie eine Befragung von Verbänden und Rechtsexperten durchgeführt. Als Ergänzung sowie Grundlage der Befragungen wurden die für die untersuchten Fragestellungen relevante Literatur, Rechtsprechung und Sekundärdaten ausgewertet.

Hemmnisse

- mangelndes Wissen der Patienten über ihre Rechte
- mangelnde Rechtsklarheit
- mangelnde Transparenz über das Ausmaß der Umsetzung der Patientenrechte
- mangelnde Sanktionen bei einer Nichteinhaltung der gesetzlichen Pflichten
- mangelnde Materialien/kommunikative Fähigkeiten
- mangelnde Ressourcen

Handlungsbedarf

Aus den in der Studie genannten Hemmfaktoren lassen sich insbesondere Handlungsbedarfe ableiten bezüglich der:

- Verbesserung der Information bzw. des Kenntnisstands von Patienten und Versicherten über ihre Rechte,
- Wahrnehmung der Pflichten der Krankenkassen und
- Verbesserung der ärztlichen Kommunikation und Dokumentation

Offener Brief an Merkel: Pflegeexpertinnen warnen vor einer Verschleppung der Reform des Pflegeberufgesetzes

Auf die lange Bank geschoben

Von verschiedenen Seiten ist die wahrgenommene Stagnation des zu beratenden Gesetzentwurfes zur Reform der Pflegeberufe bereits lautstark kritisiert worden. Im Frühjahr dieses Jahres von Bundeskanzlerin Angela Merkel unterzeichnet, scheint das Ende des Gesetzgebungsverfahrens nach der parlamentarischen Sommerpause ungewiss, wie ein offener Brief und eine Stellungnahme von vier Pflegeexpertinnen, die seit Beginn des Jahres das Gesundheitsministerium sowie das Familienministerium bei der Entwicklung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung zum neuen Pflegeberufgesetz unterstützen, an Merkel bezeugt. Darin bemängeln die Pflegeexpertinnen auch die Reduzierung der Debatte auf die Generalistik.

>> „Die Ausbildungsreform ist eine notwendige Konsequenz des soziodemografischen Wandels, und sie dient der langfristigen und dauerhaften Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung“, erklärt Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen und warnt vor den Konsequenzen: „Wenn sie jetzt scheitert, stehen wir für längere Zeit mit leeren Händen da!“

Innovationspotenziale nutzen

In dem offenen Brief kommunizieren die vier Expertinnen, zu denen neben Darmann-Finck Professor Gertrud Hundeborn, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip), Professor Dr. Barbara Knigge, FH Bielefeld/praxisHochschule Rheine und Sabine Muths von der Universität Bremen gehören, dass sie mit dem erarbeiteten Gesetzentwurf zufrieden sind: „Mit vereinter Anstrengung ist es uns gelungen, einen Entwurf zu erarbeiten, der die Zielsetzungen des Pflegeberufgesetzes konsequent aufgreift und auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und aktueller berufspädagogischer Konzepte für die künftige berufliche Pflegeausbildung und das primärqualifizierende Pflegestudium konkretisiert“, ist dem offenen Brief zu entnehmen. Sorge bereitet den Autorinnen

allerdings die Umsetzung, woran auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhes Statement – das Gesetz noch in dieser Legislaturperiode umzusetzen, wie er auf dem 39. Deutschen Krankenhaustag Mitte November postulierte – wenig zu ändern scheint.

Die zukünftigen Qualitätsanforderungen machten den vorliegenden Gesetzentwurf alternativlos, sind sich die Expertinnen einig und werden in der Stellungnahme konkreter, indem sie den Reformbedarf für Pflege- und Hochschulen seit längerem offenkundig und durch vielfältige Modellversuche untermauert sehen. Die genannten Institutionen hätten bereits Arbeitspläne sowie erste Grobkonzepte für die zu erwartende Ausbildungsreform in der Schublade, so die Autorinnen. Doch in der Reform stecke mehr als die in der Öffentlichkeit meist nur diskutierte Generalistik und so werden weitere Innovationspotenziale im Gesetzentwurf ausgemacht.

Komplexe Pflegeprozesse steuern

„Der Kern der Pflege besteht in der Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen in der unmittelbaren Pflege von Menschen aller Altersstufen unter Einbeziehung ihrer Angehörigen und Bezugspersonen und umfasst im Sinne eines weiten Pflegebegriffs gesundheitsför-

dernde und präventive, kurative, rehabilitative und palliative sowie sozialpflegerische Dimensionen“, geben die Expertinnen an und sind froh im Gesetzentwurf eine Definition von vorbehaltenen Tätigkeiten lokalisieren zu können, welche sich auf „die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“ (Pflegediagnostik), „die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ sowie auf „die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (§ 4) beziehen. Mit diesen Vorbehaltsaufgaben werde die Kompetenz von Pflegefachpersonen erstmals anerkannt und wertgeschätzt.

Die demografische Entwicklung macht ein Schieben der Reform „auf die lange Bank“ unmöglich. Auch die soziodemografischen und epidemiologischen Entwicklungen führten in allen (stationären, ambulanten o.ä.) Versorgungskontexten zu zunehmend komplexer werdenden pflegerischen Versorgungsbedarfen, stellen die Autorinnen fest. Dem könne nachgewiesenermaßen mit einer generalistischen Pflegeausbildung begegnet werden, um die Bedarfe in allen Versorgungsbereichen und auch sektorenübergreifend sicher zu stellen.

Darüber hinaus sei interdisziplinäre Zusammenarbeit auf allen gesellschaftlichen Ebenen von großer Bedeutung. Dem tra-

ge der vorliegende Entwurf durch eine konsequente systemische Sichtweise Rechnung, indem neben dem unmittelbaren kundenbezogenen Verantwortungs- und Aufgabenbereich, team-, institutions-, und gesellschaftsbezogene Aufgaben festgelegt würden. Mit diesem Aufgabenschnitt wie auch mit den in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung formulierten Kompetenzen, entspreche das Gesetz den Anforderungsrichtlinien und führe damit auch zu einer EU-weiten Anerkennung der deutschen Pflegeausbildung.

Appell an die Kanzlerin

Belastbare Evaluationsergebnisse zahlreicher Modellversuche aus den letzten Jahren hätten ihren Niederschlag im Gesetzentwurf gefunden, urteilen die Pflegeexpertinnen. Nun sei es an der Zeit, die Reform umzusetzen, da die Implementierungsmaßnahmen an Pflege- und Hochschulen rund ein Jahr Zeit benötigten. Auch für die Ausbildungs- und Studienaspiranten seien frühzeitige und verbindliche Informationen für die Berufswahlentscheidung unerlässlich.

„Wir appellieren daher an Sie, sich für das Pflegeberufgesetz in der vorliegenden Form einzusetzen und die Verabschiedung voranzutreiben“, erschallt der Ruf an die Politik, der hoffentlich ein Echo findet. <<

Julia Neuwirth, MPH
Sven-David Müller, MSc.
Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

100+-Jährige im Nordosten Deutschlands: Demografie und Pflege

Der demografische Wandel in der Bundesrepublik Deutschland hat Einfluss auf das Gesundheitswesen sowie die Kranken- und Pflegekassen. In Deutschland leben immer mehr Hochaltrige (100+-Jährige). Seit Dezember 2014 untersucht das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse – in Zusammenarbeit mit der renommierten Altersforscherin Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité die Entwicklung der Versicherten über 100 Jahre, den Gesundheitsstatus, die medizinische und pflegerische Versorgung sowie diese Zielgruppe betreffende Spezialthemen. In diesem Beitrag sind die Ergebnisse der ersten beiden Regionalreports „Leben über 100“ zusammengefasst. Die Ergebnisse aus der Forschungs-kooperation werden hier mit dem Fokus Mengenentwicklung und Pflege/Pflegebedürftigkeit der 100+-Jährigen zusammenfassend dargestellt.

>> Wissenschaftler sprechen von „explosionsartigen“ Anstiegen bei der Anzahl der Hundertjährigen in den Industrieländern [1, 2]. In Deutschland ist laut der Human Mortality Database¹ die Anzahl zwischen 2000 und 2010 auf 13.198 Personen gestiegen, was einer Zunahme von 122 % entspricht [3]. In 2014 lebten in Deutschland laut dem Max-Planck-Institut für demografische Forschung rund 14.000 mindestens Hundertjährige [4]. Bezogen auf die Nordostregion hat der Zensus 2011 für Berlin 1.025, für Brandenburg 369 und für Mecklenburg-Vorpommern 219 Hundertjährige und ältere ermittelt [5]. In Deutschland wurde 2013 die „Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie“ (HD100-II) veröffentlicht, bei der 95 Hundertjährige aus dem Raum Heidelberg zu ihrem Gesundheitszustand und ihrer Lebenssituation befragt wurden. Diese Studie ist eine Wiederholung sowie erweiterte Untersuchung der „Heidelberger Hundertjährigen-Studie“ (HD100-I) aus dem Jahr

1: Plattform mit Bevölkerungs- und Sterbedaten von 37 Ländern initiiert vom „Department of Demography at the University of California, Berkeley, USA“ und dem „Max Planck Institute for Demographic Research in Rostock, Germany“ (<http://www.mortality.org/>)

Zusammenfassung

Das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse – hat in den Jahren 2014 und 2015 sich in zwei Regionalreports „Leben über 100“ der Mengenentwicklung sowie der Pflege und Pflegebedürftigkeit von Menschen, die 100 und mehr Lebensjahre zählen - in den Bundesländern Berlin, Brandenburg sowie Mecklenburg-Vorpommern gewidmet und stellt die wichtigsten Ergebnisse in diesem Beitrag zusammenfassend dar. In der Zusammenarbeit mit der renommierten Altersforscherin Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité, Berlin, erforscht das GeWINO seit 2014 die Versorgung von hochaltrigen Menschen.

Schlüsselwörter

GeWINO, Hochaltrige, Versorgungsforschung, Krankenkassen, Gesundheitsforschung, Gesundheitsversorgung, Pflegebedürftigkeit

2001. Bezüglich der Mengenentwicklung berichtet die HD100-II im Raum Heidelberg von einer Verdreifachung der Zahl der gemeldeten Hundertjährigen (von 210 auf 585 Personen) im Zeitraum 2000 bis 2011 [6].

Auch internationale Studien beschäftigen sich mit diesem Thema: Beispielsweise untersuchte eine Studie in Ontario (Kanada) die Soziodemographie und das Inanspruchnahmeverhalten von 100-Jährigen und ermittelte eine Zunahme dieser Einwohner von 1.069 auf 1.842 im Zeitraum von 1995 bis 2010, was einem Anstieg von 72 % entspricht. Das waren in 2010 1,21 Hundertjährige und älter auf 10.000 Einwohner. 60 % waren 101 Jahre und älter und 6,7 % 105 Jahre und darüber hinaus. Der Anteil der Frauen bei den Hundertjährigen lag bei 85,3 %, bei den über 105-Jährigen bei 90 % [7]. Da derzeit die Hälfte der Männer und Frauen älter als 80 Jahre wird und diese Zahl auch in Zukunft ansteigt, wird es folglich auch immer mehr Hundertjährige geben [6, 8]. Die Lebenserwartung hat sich seit Beginn der Ermittlung der Sterberaten in den meisten Industrieländern pro Jahr um 3 Monate erhöht und soll auch weiterhin ansteigen. Bezogen auf die um die Jahrtausendwende geborenen Kinder könnte das bedeuten, dass in 100 Jahren noch die Hälfte von diesen leben wird [9]. Allerdings gibt es auch Zweifel, ob sich der Anstieg in diesem Ausmaß tatsächlich fortsetzen wird [1,10].

Als Ursache für den Anstieg der Lebenserwartung wird nicht die Verlangsamung biologischer Altersprozesse angenommen, sondern vor allem die Verschiebung des Alterns in höhere Altersgruppen und der Rückgang der Sterblichkeit bei den über 80-Jährigen. Diese Entwicklung hält voraussichtlich auch noch weiterhin an und demzufolge ist der Anstieg bei den Hundertjährigen vor allem auf den Rückgang der Sterblichkeit im hohen Alter zurückzuführen [1, 2, 9]. Die Gründe liegen in der Verbesserung der Gesundheit und der Lebensbedingungen und sind u.a. auf eine gesunde Er-

Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse des Regionalreports 2015 des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost zur Mengenentwicklung sowie Pflege und Pflegebedürftigkeit von Hochaltrigen in Berlin, Brandenburg sowie Mecklenburg-Vorpommern dar.

nährungsweise, die Krankheitsprävention, die verbesserte Hygiene, die Einnahme von Medikamenten sowie der Entwicklungen im medizinisch-technologischen Bereich zurückzuführen [1, 4, 10]. Als Folge dieses Wandels wird die Verschiebung von altersbedingten Erkrankungen in die höheren Lebensjahre genannt. Es wird diskutiert, dass auf Grund eines immer gesünderen Lebensstils (ausgewogene Ernährungsweise, sportliche Aktivität, Alltagsbewegung, Stressabbau etc.), und der guten medizinischen Versorgung die dazugewonnenen Jahre in überwiegend guter gesundheitlicher Verfassung gelebt werden können („Kompression der Morbidität“) [1, 6, 11]. Umgekehrt gehen Experten davon aus, dass durch den medizinischen Fortschritt auch krankheitsanfällige Menschen ein hohes Alter erreichen und somit die dazu gewonnenen Lebensjahre überwiegend in Krankheit und mit Einschränkungen verbracht werden.

Analysebasis

Als Grundlage für die Regionalanalysen dienten die Stammdaten von 1,75 Mio. AOK Nordost Versicherten die 2013 ihren Wohnsitz in Berlin, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern hatten. Von diesen erreichten zirka 33.000 Versicherte zwischen 2006 und 2013 das 90. oder mehr Lebensjahre (90+-Jährige). Davon waren 1.123 Versicherte mindestens 100 Jahre alt. Als Analysemerkmale wurden Informationen zu Alter, Geschlecht sowie Kreis- und Gemeindetyp des Wohnortes des Versicherten genutzt. Die Klassifikation der Gemeinden in städtisch, halbstädtisch und ländlich entspricht der des Statistischen Bundesamtes [12]. Die per Leistungsbescheid des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) erteilte Pflegestufe wurde in dieser Untersuchung als Indikator für die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 (1) SGB XI genutzt. Des Weiteren wurden Informationen zum Pflegeheimaufenthalt sowie zur Anzahl der Pflegeheime analysiert. Bei den Analysen wurde auf eine Auswertung zu Geschlechterunterschieden verzichtet, da der Anteil der Männer an den 100+-Jährigen unter 10% lag. Für die Auswertung der Leistungstypen in der Pflege (Sach- und/oder Geldleistung) wurde auf die Abrechnungsdaten der Pflegeversicherung zurückgegriffen. Ebenfalls analysiert wurden die Abrechnungsdaten der Krankenversicherung hinsichtlich der Leistungen zur Häuslichen Krankenpflege (HKP) und zu den Krankenhausaufenthalten.

Repräsentativität der AOK Nordost im Bereich hochaltriger Versicherter

In die Berechnung des AOK Anteils an den 90+-Jährigen zum Stichtag 31. Dezember 2013 wurden alle zu diesem Zeitpunkt lebenden AOK Nordost Versicherten mit 90 und mehr Lebensjahren einbezogen. Als Referenz dienten die Einwohnerzahlen der statistischen Landesämter in der Altersstufe 90 und mehr zum Stichtag 31. Dezember 2013 [13, 14, 15]. Bei den weiteren Analysen zur Gruppe der 100+-Jährigen wurde ebenfalls der Stichtag 31. Dezember 2013 zugrunde gelegt und alle noch lebenden Versicherten mit 100 und mehr Lebensjahren betrachtet.

Um belastbare Aussagen über die Zielgruppe der 100+-Jährigen treffen zu können, wurde geprüft, welchen Anteil die AOK Nordost

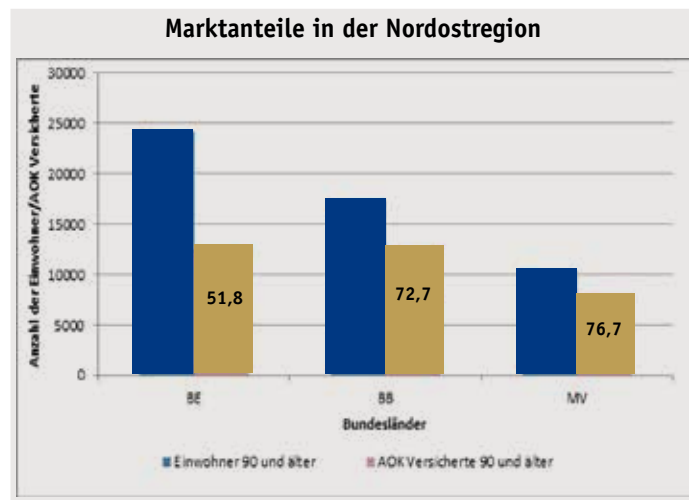


Abb. 1: Marktanteil (abs. und in %) der AOK Nordost an den Einwohnern 90 Jahre und älter in den Ländern (am 31.12.2013).

Versicherten in den Nordost Regionen repräsentieren. Abb. 1 zeigt die Anzahl der 90+-Jährigen Einwohner und der Versicherten der AOK Nordost in absoluten Zahlen und den Anteil der Versicherten an den Einwohnern in Prozent je Bundesland. In Berlin waren zum 31. Dezember 2013 über die Hälfte (51,8 %) der Einwohner mit 90 Jahren und älter bei der AOK versichert. In Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern lag der Anteil der AOK Nordost in dieser Altersgruppe mit 72,7 % und 76,7 % noch deutlich höher. Insgesamt waren mit 64 % fast 2/3 der 90+-Jährigen in den Nordost Regionen bei der AOK Nordost versichert. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die auf den Daten der AOK gewonnenen Erkenntnisse repräsentativ für die 100+-Jährigen in den Nordost Regionen sind.

Analyseergebnisse Mengenentwicklung von Hochaltrigen in der Nordostregion

In den Jahren zwischen 2006 und 2013 zeigt sich für die 100+-Jährigen AOK Nordost Versicherten folgende Entwicklung in den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern: Im Jahr 2013 waren bei der AOK in Berlin 536 100+-Jährige versichert, in Brandenburg 378 und in Mecklenburg-Vorpommern 209.

Dies entspricht einem Zuwachs gegenüber 2006 von 25 % in Berlin, 52 % in Brandenburg und 65 % in Mecklenburg-Vorpommern (Abb. 2).

Da dieser Zuwachs auch von der hohen Altersstruktur der AOK Nordost und den Abwanderungen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern getrieben ist, wurde zusätzlich die Entwicklung der Anteile der Gruppe der 100+-Jährigen innerhalb der Gruppe der 90+-Jährigen untersucht. Es ist in Abb. 3 zu erkennen, dass auch bezogen auf die 90+-Jährigen der Anteil der 100+-Jährigen zwischen 2006 und 2013 in allen drei Ländern angestiegen ist. Am deutlichsten ist diese Veränderung mit 1,2 % in Berlin.

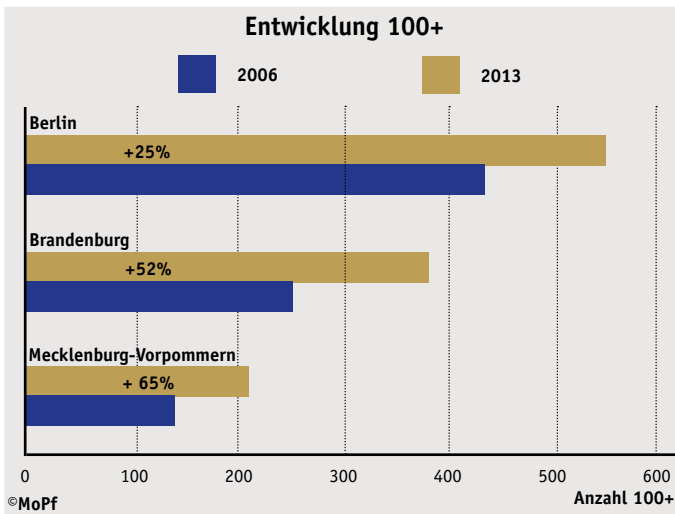


Abb. 2: Entwicklung der Anzahl der 100+-Jährigen zwischen 2006 und 2013 im Ländervergleich.

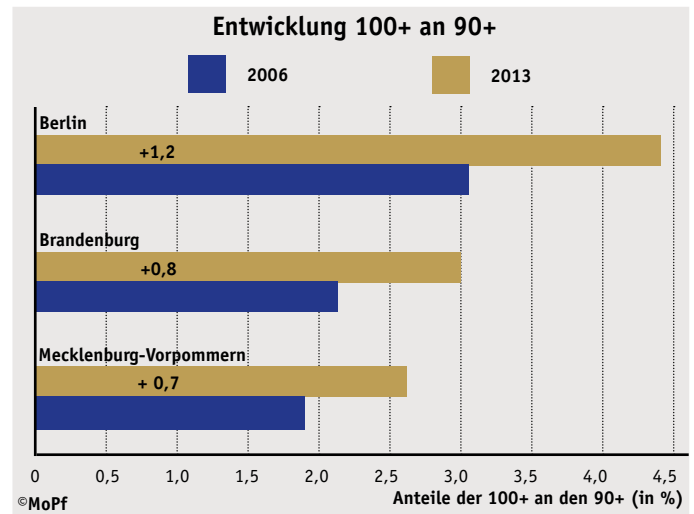


Abb. 3: Entwicklung des Anteils der 100+-Jährigen an den 90+-Jährigen zwischen 2006 und 2013 im Ländervergleich.

Pflege und Pflegebedürftigkeit

Im Zusammenhang mit Pflege und Pflegebedürftigkeit wurde zum einen untersucht, inwieweit es möglich ist, in einem so hohen Alter noch zuhause zu leben. Zum anderen ging es um die Pflegebedürftigkeit und deren Schweregrad sowie die Versorgung in der häuslichen Pflege. Im Falle einer Pflegebedürftigkeit, wie sie im Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung) geregelt ist, erhalten Betroffene Geldleistungen (bei Pflege durch Angehörige oder privaten Pflegepersonen) oder Sachleistungen (durch ambulanten Pflegedienste) oder eine Kombination der beiden. Durch Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt und durch die Pflegekasse genehmigt. Pflegebedürftig war zum Zeitpunkt der GeWINO-Untersuchung im Sinne von § 14 (1) SGB XI, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße auf Hilfe angewiesen ist. Dies kann zwar grundsätzlich bereits in jüngeren Jahren auftreten, ist aber vor allem mit zunehmendem Alter von Relevanz.

In Deutschland lag die Pflegequote in 2011 bei 3,5% [17]. Im Vergleich der drei nordostdeutschen Bundesländer ist die Pflegequote² in Mecklenburg-Vorpommern mit 4,1 % am höchsten. Brandenburg liegt mit 3,9 % untermittelbar dahinter, wohingegen Berlin mit 3,1 % unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt. Betrachtet man nur die Hochaltrigen mit über 90 Jahren so liegen auch hier Mecklenburg-Vorpommern (70,8 %) und Brandenburg (70,7 %) im Ländervergleich an der Spitze. Berlin liegt auch hier im Mittelfeld (58,6 %) [17]. Bei den über 90-Jährigen liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bereits bei 65 % [16].

Der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit – gemessen an dem Zeitaufwand für die notwendige Versorgung im Bereich der Körperpflege, Ernährung und Bewegung – wird (zum Zeitpunkt der Aus-

wertung) bis Ende 2016 über drei Stufen abgebildet. Hierbei wird differenziert in erheblich Pflegebedürftige (Stufe 1), Schwerpflegebedürftige (Stufe 2) und Schwerstpflegebedürftige (Stufe 3)³. Bei einem außergewöhnlich hohen Pflegebedarf können bei Pflegestufe 3 durch die Härtefallregelung höhere Sachleistungen in Anspruch genommen werden – beispielsweise bei Krebspatienten. Die „Pflegestufe 0“ erhalten Personen, die nach § 45a SGB XI dauerhaft

Von Pflegestufen zu Pflegegraden		
von	nach	im Detail
	Pflegegrad 1	geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)
Pflegestufe 0	Pflegegrad 2	erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)ständigkeit (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)
Pflegestufe 1		
Pflegestufe 1 mit einschr. Alltagskompetenz	Pflegegrad 3	erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)ständigkeit (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)
Pflegestufe 2		
Pflegestufe 2 mit einschr. Alltagskompetenz	Pflegegrad 4	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)
Pflegestufe 3		
Pflegestufe 3/ Härtefall	Pflegegrad 5	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)
Pflegestufe 3 mit einschr. Alltagskompetenz		

Abb. 4: Veränderung von Pflegestufen in Pflegegrade ab 1. Januar 2017

²: Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung
³: § 15 (1) SGB XI

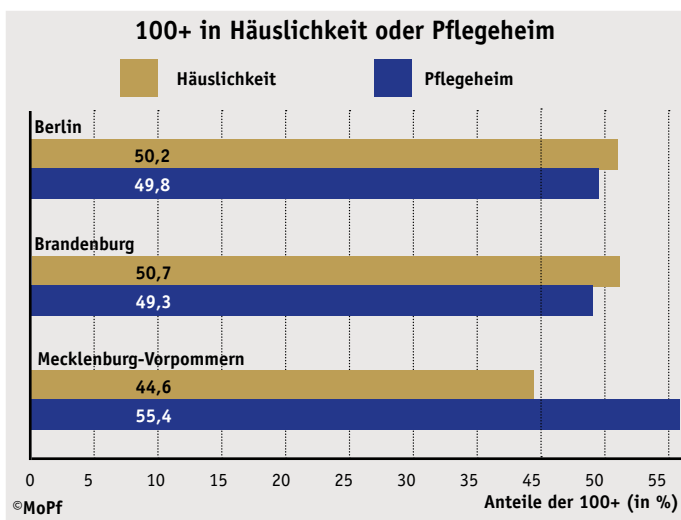


Abb. 5: Anteil (%) der 100+-Jährigen AOK Nordost Versicherten in der Häuslichkeit oder im Pflegeheim.

erhebliche Einschränkungen der Alltagskompetenz aufweisen und auf Hilfe in der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung angewiesen sind, jedoch die Kriterien für die Pflegestufen 1 bis 3 nicht erfüllen. Dazu zählen Menschen mit kognitiven Einschränkungen wie beispielsweise an Demenz oder Morbus Alzheimer erkrankte Personen. Seit Mitte 2008 kann dafür ein Betrag von 100,- oder 200,- Euro beantragt werden; Anfang 2013 wurden diese Leistungen aufgestockt (Pflege-Neuausrichtungsgesetz), und es besteht ein Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen [18].

Obwohl Mecklenburg-Vorpommern bundesweit die höchste Pflegequote aufweist, gibt es dort im Vergleich zu Berlin und Brandenburg den niedrigsten Anteil an Schwerstpflegebedürftigen. Die Pflegestufe 3 weisen lediglich 9,5 % aller Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern auf. Grundsätzlich finden sich in den drei Nordostländern 55 bis 60 % der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe 1, um die 30 % in der Pflegestufe 2 und zirka 10 % in der Pflegestufe 3 [17]. Ab ersten Januar 2017 erfolgt die Einstufung in 5 Pflegegrade. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstrumentes ermittelt [28].

Für die 100+-Jährigen stellt sich neben der Frage nach dem Gesundheitszustand vor allem auch die nach der Lebenssituation und damit verbunden der Versorgung bei auftretender Pflegebedürftigkeit, die in Deutschland häufig von pflegenden Angehörigen übernommen wird. Durch die geringere Lebenserwartung der Männer lebten in Deutschland, laut statistischem Bundesamt, bei den über 65-Jährigen in 2014 fast die Hälfte (45 %) der Frauen ohne Partner in Privathaushalten, bei den Männern hingegen waren es nur 19 % ohne Partnerin. Der Anteil der allein lebenden Frauen steigt mit dem Alter an. Bei den 85-Jährigen und älter leben bereits drei Viertel alleine [19]. Ob Ehepartner oder Angehörige direkt oder in unmittelbarer Nähe wohnen, spielt auch für die Betreuung bei Pflegebedürftigkeit eine bedeutende Rolle. Denn die meisten Menschen (67 %) möchten im Falle auftretender Pflegebedürftigkeit

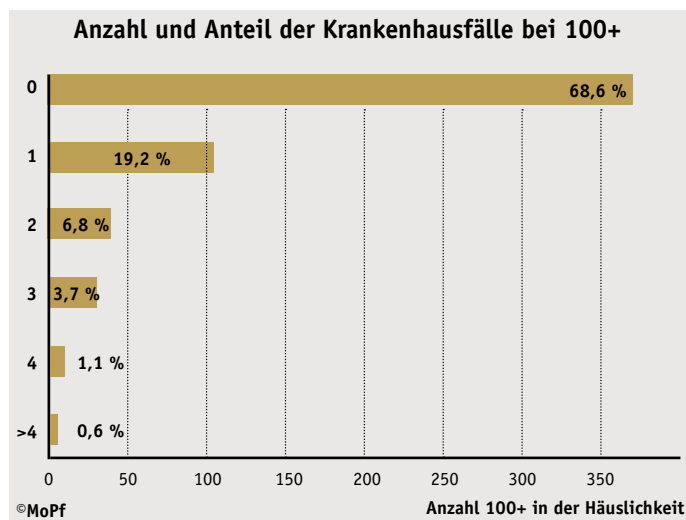


Abb. 6: Anzahl und Anteil (%) der Krankenhausfälle der in der Häuslichkeit lebenden 100+-Jährigen in 2014.

weiterhin zu Hause wohnen und dort versorgt werden. Als Versorgungsform wird dabei die Pflege in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und ambulante Pflegedienste klar bevorzugt [20].

In Brandenburg wurden im Jahr 2011 77 % aller Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt, der Großteil durch Angehörige (48 %) und 29 % ausschließlich durch ambulante Pflegedienste oder in Kombination mit einer Geldleistung. Damit liegt Brandenburg im Ländervergleich bei der Pflege durch ambulante Dienste deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 23 %. Bei der Pflege durch Angehörige liegt Berlin mit 51 % an der Spitze. In Mecklenburg-Vorpommern wurden ebenfalls 48 % allein durch Angehörige gepflegt und 25 % durch zusätzliche Unterstützung oder alleine durch Pflegedienste [17, 21].

Zahlen zur Pflege und Pflegebedürftigkeit bei Hundertjährigen liegen bisher nur aus der zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie (HD100-II) vor. Von den Studienteilnehmern waren 79 % von Pflegebedürftigkeit betroffen und die meisten von ihnen waren in Stufe 2 (44 %). Ein Drittel hatte die Pflegestufe 1 und 23 % waren schwerstpflegebedürftig (Stufe 3). Zahlen zum Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung lagen nicht vor, jedoch wurden Angaben zur Wohnsituation gemacht. Von den in der eigenen Häuslichkeit lebenden Hundertjährigen, wohnten nur noch 5 % gemeinsam mit ihrem Partner. Bei rund 30 % lebte jedoch ein Angehöriger direkt mit in der Häuslichkeit oder in der näheren Umgebung [6].

Analyseergebnisse zur Wohnsituation Heim oder Häuslichkeit

Eine der bedeutendsten Fragen im hohen Alter ist die Frage nach dem Verbleib in den eigenen vier Wänden. Daher wurde untersucht, welcher Anteil der 100+-Jährigen noch zuhause und welcher in einer Pflegeeinrichtung lebte. Ein dauerhafter Aufenthalt im Pflegeheim wurde angenommen, wenn in Summe mindestens 183 Tage im Pflegeheim verbracht wurden. Von den über Eintausend 100+-Jäh-

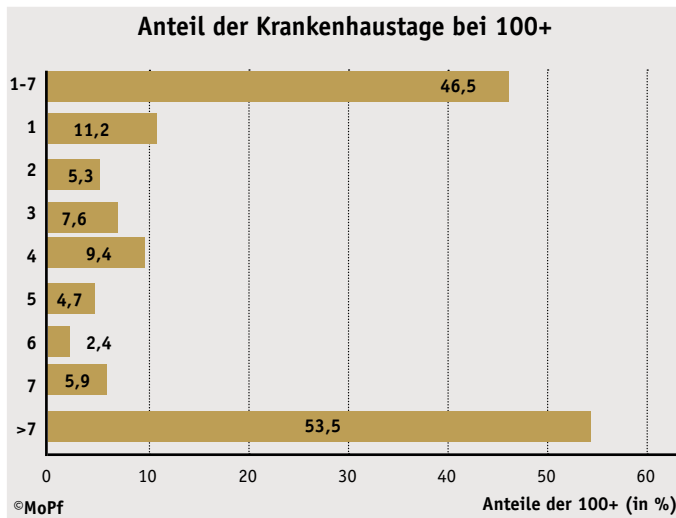


Abb. 7: Anteil (%) der Krankenhaustage der in der Häuslichkeit lebenden 100+-Jährigen in 2014.

rigen in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern lebte in 2014 noch nahezu die Hälfte in der eigenen Häuslichkeit. Wie in Abb. 5 dargestellt, unterscheiden sich die drei Länder hier nur geringfügig, in Mecklenburg-Vorpommern ist der Anteil mit ca. 45 % jedoch am geringsten.

Analyseergebnisse zum Krankenhaus

Den folgenden Analysen lag die These zugrunde, dass ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit möglicherweise mit häufigen Krankenhausaufenthalten verbunden ist. Die Analysen zeigten jedoch, dass fast 70 % der zu Hause lebenden 100+-Jährigen in 2014 kein einziges Mal in einem Krankenhaus waren und von den restlichen 30 % waren die meisten (19,2 %) nur ein einziges Mal dort (Abb. 6). Des Weiteren wurde fast die Hälfte der in der Häuslichkeit lebenden 100+-Jährigen (46,5 %) maximal eine Woche im Krankenhaus behandelt (Abb. 7).

Analyseergebnisse zur Pflegebedürftigkeit Alle 100+-Jährigen

In 2014 erhielten rund 93 % der 100+ jährigen AOK Nordost

Sach- und/oder Geldleistungen 2014								
Leistungen	Gesamt		Berlin		Brandenburg		Mecklenburg-V.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Geld	179	39	100	43	53	35	26	33
Sach	78	17	54	23	19	13	5	6
Geld+Sach	203	44	77	33	78	52	48	61
Gesamt	460	100	231	100	150	100	79	100

Tab. 1: Anzahl und Anteil (%) 100+-Jährigen in der häuslichen Pflege (Sach- und/oder Geldleistung) 2014.

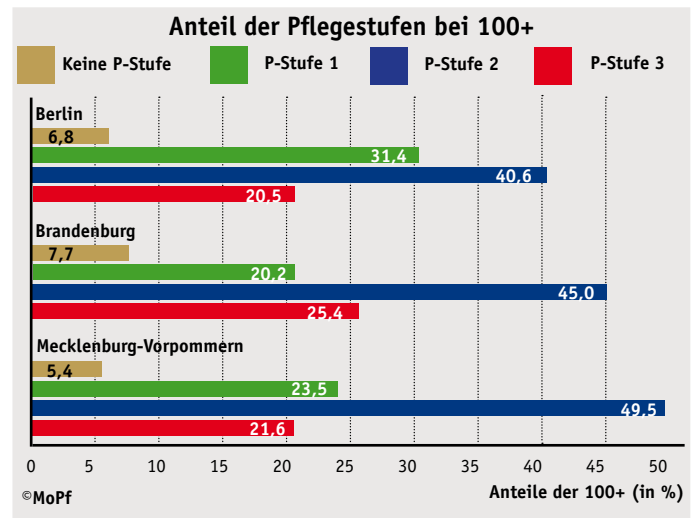


Abb. 8: Anteil (%) der Pflegestufen bei den 100+-Jährigen in den Bundesländern der AOK Nordost 2014.

Versicherten Leistungen aus der Pflegeversicherung. In allen drei Bundesländern liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei den 100+-Jährigen bei über 90 %. Ebenfalls gemeinsam ist allen drei Ländern, dass die Mehrheit der Pflegebedürftigen die Pflegestufe 2 aufweist. In Mecklenburg-Vorpommern trifft dies auf die Hälfte aller 100+-Jährigen zu, gefolgt von Brandenburg mit 45 % und Berlin mit 40,6 %. In Mecklenburg-Vorpommern und Berlin hatte die Pflegestufe 3 den geringsten Anteil mit 21,6 bzw. 20,5 %. In Brandenburg lag die Pflegestufe 3 deutlich höher bei 25,4 %. In Pflegestufe 1 waren in Mecklenburg-Vorpommern 23,5 % der 100+-Jährigen und in Brandenburg 20,2 %. Berlin verzeichnete mit 31,4 % den höchsten Anteil in Pflegestufe 1 (Abb. 8).

100+-Jährige mit Pflegestufe

Eine positive Erkenntnis ist, dass fast 60 % aller 100+-Jährigen mit Pflegestufe 1 in 2014 in der eigenen Häuslichkeit gepflegt wurden. Bei den Schwerpflegebedürftigen waren es immerhin noch 45 %, die in der häuslichen Umgebung verbleiben konnten. Erwartungsgemäß wird der Großteil der Schwerpflegebedürftigen mit Stufe 3 im Pflegeheim versorgt (69 %).

100+-Jährige in der Häuslichkeit

Versicherte mit Pflegestufe können in der häuslichen Umgebung Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder eine Kombination beider sowie Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen erhalten. Pflegenden Angehörige haben zusätzlich die Möglichkeit, im Falle von Urlaub oder Krankheit sich die Kosten für eine Ersatzpflege erstatten zu lassen (Verhinderungspflege). Weitere Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige sind z.B.

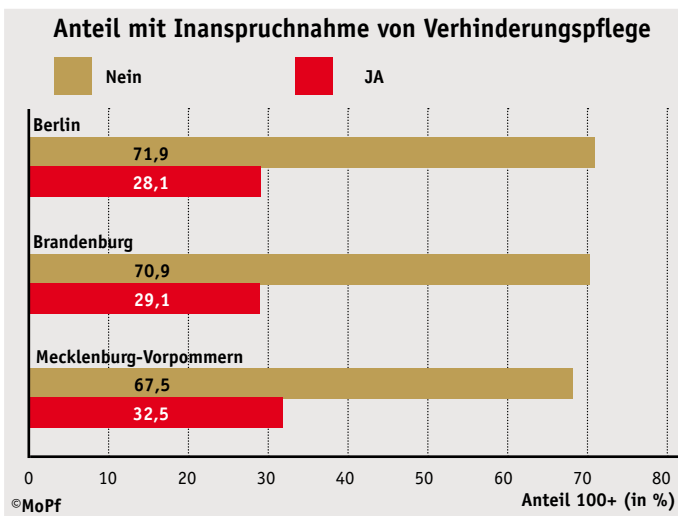


Abb. 9: Anteil (%) der 100+-Jährigen mit Inanspruchnahme von Verhinderungspflege.

die individuelle Pflegeberatung und Pflegekurse. Zusätzlich zu den Sach-/Geldleistungen können Leistungen der Tages- und Nachtpflege (teilstationär) sowie eine stationäre Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Versicherte, die nicht mehr im häuslichen Umfeld betreut werden können, erhalten Leistungen der vollstationären Pflege (Pflegeheim) oder können Leistungen in ambulanten Wohngruppen erhalten [18].

Analyseergebnisse zu Geld- und Sachleistungen

Im Jahr 2014 haben 460 in der Häuslichkeit lebenden 100+-Jährigen mit Pflegestufe Geld- oder Sachleistungen bzw. eine Kombination der beiden erhalten (Tab. 1). Von diesen erhielten 17 % nur Sachleistungen – wurden also ausschließlich von ambulanten Pflegediensten gepflegt und 39 % erhielten nur Geldleistungen – wurden also ausschließlich von Angehörigen gepflegt. Am häufigsten waren jedoch mit 44 % Geldleistungen für pflegende Angehörige in Kombination mit Sachleistungen von ambulanten Pflegediensten.

In Berlin wurden allerdings Geldleistungen deutlich häufiger in Anspruch genommen, als reine Sachleistungen oder eine Kombination beider. In Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern hatten mehr als die Hälfte der 100+-Jährigen eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen gewählt.

Analyseergebnisse der häufigsten Sachleistungen der Pflegedienste

Sachleistungen können ausschließlich von ambulanten Pflegediensten in der Wohnung des Versicherten erbracht werden. Für die 100+-Jährigen der AOK Nordost mit Sachleistungen (N = 281) in 2014 wurden am häufigsten Leistungen⁴ der Körperpflege erstattet (N = 231). Weitere Leistungen bei den 100+-Jährigen waren solche in Verbindung mit dem Kochen, Zubereiten und Nahrungsaufnahme (N = 184), Reinigung der Wohnung (N = 150), dem zu Bett gehen

beziehungsweise Aufstehen (N = 93), Wechseln oder Reinigen der Wäsche und Kleidung (N = 92), Einkaufen (N = 52) sowie Spazieren gehen und die Begleitung bei Aktivitäten (N = 32).

Analyseergebnisse zum Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige

Geldleistungen werden meist für pflegende Angehörige oder private Pflegepersonen verwendet. Erkrankt der pflegende Angehörige oder eine andere private Pflegeperson oder benötigt dringende Erholung, unterstützen die Pflegekassen bei der Sicherstellung der häuslichen Pflege durch die sogenannte Verhinderungspflege. Seit Januar 2015 kann dafür auch die Hälfte des Betrages der Kurzzeitpflege genutzt werden, womit ein höherer Betrag zur Verfügung steht [22]. Immerhin haben in 2014 rund 30 % der pflegenden Angehörigen der 100+-Jährigen (siehe Abb. 9) das Angebot der Verhinderungspflege genutzt, in Berlin waren es 28 % in Brandenburg 29 % und Mecklenburg-Vorpommern lag dieser Wert sogar bei 32 %.

Weitere Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige beziehungsweise pflegenden Personen stehen mit der Kurzzeitpflege und der Tages- oder Nachtpflege zur Verfügung. Wird eine vorübergehende stationäre Betreuung erforderlich, kann im Rahmen der Kurzzeitpflege der Pflegebedürftige bis zu 4 Wochen stationär in einem Pflegeheim oder einer Rehabilitationseinrichtung versorgt werden. Auch hier wird die Hälfte des bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt, und der Betrag der Kurzzeitpflege kann durch nicht in Anspruch genommene Leistungen der Verhinderungspflege erhöht werden [23]. Im Jahr 2014 nutzten 10 % der pflegenden Angehörigen der 100+-Jährigen in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern diese Möglichkeit der vorübergehenden stationären Versorgung. Zum Vergleich lag dieser Anteil bei den 70+-Jährigen nur bei rund 4 %. Die Tages- oder Nachtpflege zur Unterstützung der häuslichen Pflege kann z.B. bei Berufstätigkeit des pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen werden. Sie ist ebenfalls mit dem Pflegegeld und/oder den Leistungsangeboten der ambulanten Pflegedienste kombinierbar [24]. Insgesamt nahmen jedoch nur 6 % der 460 100+-Jährigen in der häuslichen Pflege Leistungen der Tages- oder Nachtpflege in Anspruch.

Häusliche Krankenpflege (HKP)

Im Gegensatz zu Leistungen der Pflegekasse bei Pflegebedürftigen ist die häusliche Krankenpflege eine Leistung der Krankenkasse und im Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung) in §37 geregelt. Sie wird damit auch unabhängig von einer Pflegestufe genehmigt. Häusliche Krankenpflege soll den Erfolg der ärztlichen Behandlung sichern (Sicherungspflege beziehungsweise Behandlungspflege) oder eine Behandlung im Krankenhaus vermeiden bzw. verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Leistungen der HKP werden durch einen ambulanten Pflegedienst im Haushalt

⁴: Abgerechnete Leistungen zum jeweiligen Themenfeld in 2014. N=Summe der Versicherten. Ein Versicherter kann mehrere Leistungen erhalten.

des Versicherten oder seiner Familie erbracht. Es handelt sich dabei um Leistungen, die an Pflegekräfte delegiert werden können, wie beispielsweise die Messung des Blutdrucks, die Medikamentengabe oder das Wechseln von Verbänden. Allerdings besteht nur dann ein Anspruch auf HKP, wenn der Versicherte oder ein Angehöriger die entsprechenden Maßnahmen nicht selbst durchführen kann [25, 26].

Von den insgesamt 541 100+-Jährigen, die den überwiegenden Teil des Jahres in der eigenen Häuslichkeit lebten, nahm fast die Hälfte (46,6 %, N=272) Leistungen der Häuslichen Krankenpflege in Anspruch. Davon erhielten 6 % keine zusätzlichen Leistungen aus der Pflegeversicherung (SGB XI), da keine Pflegestufe vorlag. In Brandenburg und Berlin waren es ebenfalls weniger als die Hälfte (44,9 oder 43,8 %), in Mecklenburg-Vorpommern mit 58,2 % jedoch deutlich mehr.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Analysen der AOK Nordost zeigen, dass auch in Berlin, Brandenburg und MV die Anzahl der Menschen die 100 Jahre und älter sind zwischen 2006 und 2013 um 40 % zugenommen hat. Als Kranken- und Pflegekasse fühlt sich die AOK Nordost in der Verantwortung, für ihre Versicherten und damit für die Mehrheit aller 100+-Jährigen im Nordosten passende und innovative Unterstützungsangebote anzubieten. Gemeinsam mit den Ländern und Kom-

munen, den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie anderen Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen beteiligt sich die AOK Nordost daher an der Schaffung von regionalen Strukturen und Modellen, die diese gesellschaftliche Herausforderung meistern können. Dabei investiert die AOK Nordost auch in regionale Angebote zur Pflege, Prävention und die altersgerechte Nutzung moderner Medien und Services (beispielsweise den Hausnotruf).

Die Frage, ob man im Alter von 100 Jahren und darüber hinaus noch in der eigenen Häuslichkeit leben kann, lässt sich vor dem Hintergrund des Regionalreports „Leben über 100 – Pflege und Pflegebedürftigkeit“ positiv beantworten. Die Analysen zeigen, dass fast die Hälfte der 100+-Jährigen noch in der eigenen Häuslichkeit lebt. Dabei liegt die Pflegequote in diesem Alter bei über 90 %. Folglich ist eine gute pflegerische Versorgung in der eigenen Häuslichkeit von großer Bedeutung, denn die meisten Hundertjährigen sind bereits stark pflegebedürftig. Hier wird von Angehörigen und privaten Pflegepersonen Hervorragendes geleistet, da eine alleinige Betreuung durch Pflegedienste den geringsten Anteil an der pflegerischen Versorgung ausmacht und die 100+-Jährigen vor allem durch Angehörige mit Unterstützung der Pflegedienste versorgt werden. Zur weiteren Unterstützung der pflegenden Angehörigen wurden im Rahmen des ersten Pflegestärkungsgesetzes [23] ab 2015 u. a. die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege ausgebaut. Die Untersuchungen zeigen, dass bereits ein Drittel der Angehörigen in 2014 die Verhinderungspflege in Anspruch genom-

Literatur

- Vaupel JW, Wolkenhauer O (2014). Demographie und Biologie der Langlebigkeit. Das Altern aus den Blickwinkeln unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen. *Traditio et Innovatio*, Forschungsmagazin der Universität Rostock ,19. Jahrgang, Heft 1, 2014.
- Vaupel JW (2010). Biodemography of human aging. *Nature* 464(7288):536–542.
- Trauvetter G (2012). DEMOGRAFIE – Hochburg der Greise: Die Zahl der Hochbetagten wächst, überdurchschnittlich viele stammen aus dem Nordwesten der Republik. Gibt es ein Geheimnis des ultralangen Lebens? *DER SPIEGEL*, 1/13 (31.12.2012), 32f.
- DIE WELT Berlin (2014). Generation Methusalem stößt an ihre Grenzen. Wir werden älter und älter - aber der biologische Spielraum ist bald ausgereizt, vermuten Wissenschaftler. Berlin, 14.10.2014, S. 20.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014). Bevölkerung nach Alter in Jahren und Geschlecht für Gemeinden. Ergebnisse des Zensus am 9. Mai 2011. Wiesbaden, 10.04.2014.
- Jopp, DS., Rott, C., Boerner, K., Boch, K., Kruse, A. (2013). Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren. Stuttgart. Alter und Demographie. Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart, Oktober 2013.
- Rochon, PA et al. (2014). Demographic Characteristics and Healthcare Use of Centenarians: A Population-Based Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 62:86–93, 2014.
- Rott C, Jopp DS (2012). Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen. *Bundesgesundheitsbl* 2012, 55:474–480.
- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 374(9696):1196–1208.
- Rau R, Sternberg K (2014). Medizintechnik – die Grundlage unseres langen Lebens? *Traditio et Innovatio*, Forschungsmagazin der Universität Rostock ,19. Jahrgang, Heft 1, 2014.
- Fries JF (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303, 130–135
- Statistisches Bundesamt (2015). GV-ISys Verzeichnis der Gebietseinheiten. Definitionen und Beschreibungen
- Bevölkerung in Berlin nach Bezirken sowie Altersjahren am 31.12.2013, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam, 2014
- Bevölkerung im Land Brandenburg nach Kreisfreien Städten und Landkreisen sowie Altersjahren am 31.12.2013, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam, 2014
- Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Mecklenburg-Vorpommern, Teil 1: Kreisergebnisse, 2013, Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, 2014
- Schwinger, A, Waltersbacher, A, Jürchott, K (2015). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs, K, Kuhlmei, A, Greß, S, Schwinger, A (2015). *Pflege-Report 2015*. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer.
- Statistisches Bundesamt (2013). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegebedürftige*. Wiesbaden.
- <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html>
- Statistisches Bundesamt (2015). *Die Generation 65 + in Deutschland*. Wiesbaden.
- Kuhlmei, A, Blüher, S (2015). Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen – eine Einführung in das Thema. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Schwinger A (2015). *Pflege-Report 2015*. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (2013). *Sozial Spezial. Daten und Fakten zur Pflege im Land Brandenburg*. Potsdam.
- <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/leistungen/ambulante-pflege/urlaubsvertretung-verhinderungspflege.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2015). *Das Pflegestärkungsgesetz 1*. Das wichtigste im Überblick. Berlin.
- <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/leistungen/stationaerpflege.html>
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Stand: 17. Juli 2014)
- https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/haeusliche_krankenpflege/haeusliche_krankenpflege_1.jsp
- Bundesministerium für Gesundheit (2014). *Die Pflegestärkungsgesetze. Geplante Verbesserungen im Überblick*. Stand Kabinettsbeschluss 28. Mai 2014. Berlin.
- <http://www.kv-media.de/pflegereform-2016-2017.php>, Abruf am 15. November 2016, 14.39 Uhr

men hat. Dieser Anteil könnte sich mit der Leistungsverbesserung ab 2015 noch weiter erhöhen.

Ab dem Jahr 2017 werden weitere Verbesserungen des bereits teilweise im Jahr 2016 umgesetzten zweiten Pflegestärkungsgesetzes [27] folgen, bei dem ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt werden. Die bisherigen drei Pflegestufen werden durch fünf Pflegegrade ersetzt, die auch demenziell erkrankte Personen in die Begutachtung einbeziehen. In einer weiteren Untersuchung widmet sich das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost im Jahr 2016 der Versorgung von 100+-Jährigen. Die Ergebnisse werden in Kürze publiziert.

Kernbotschaften

a) Regionalreport „Leben über 100“ - Mengenentwicklung:

- Zwei Drittel der über 90-Jährigen Einwohner der Länder Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern waren im Jahr 2013 bei der AOK Nordost versichert. Die AOK Nordost ist damit die Krankenkasse bei der die Mehrheit der Einwohner, die dieses Alter erreichen, versichert ist.
- Immer mehr AOK Versicherte in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern erreichen das Lebensalter von 100 Jahren und mehr. Zwischen 2006 und 2013 ist ein Anstieg um 25 % in Berlin, 52 % in Brandenburg und 65 % in Mecklenburg-Vorpommern zu verzeichnen.
- Der Anteil der Männer an den über 100-Jährigen in allen drei Bundesländern lag zwischen 8 und 10 %. In den höchsten Altersstufen ab dem 107. Lebensjahr finden sich ausschließlich Frauen.

b) Regionalreport „Leben über 100“ - Pflege/Pflegebedürftigkeit:

- Von den mehr als Eintausend 100+-Jährigen AOK Nordost Versicherten lebte zum Stichtag 31.12.2014 nahezu die Hälfte (541) noch in der eigenen Wohnung.
- Nur 17 % der zu Hause lebenden 100+-Jährigen musste in 2014 länger als eine Woche im Krankenhaus verbringen, 69 % mussten gar nicht in einem Krankenhaus behandelt werden.
- Insgesamt hatten 93 % der 100+-Jährigen in 2014 eine Pflegestufe der gesetzlichen Pflegeversicherung, jedoch nur 23 % die Pflegestufe 3 und 44 % die Pflegestufe 2.
- 59 % der 100+-Jährigen mit Pflegestufe 1 wurden in der eigenen Häuslichkeit gepflegt. Von den 100+-Jährigen mit Pflegestufe 3 wurden 69 % im Pflegeheim gepflegt.
- 39 % der 460 zu Hause gepflegten 100+-Jährigen nahmen nur Geldleistungen für pflegende Angehörige in Anspruch, 44 % in Kombination mit Leistungen von ambulanten Pflegediensten und nur 17 % wurden ausschließlich durch Pflegedienste betreut.
- Im Jahr 2014 nutzten fast 30 % der pflegenden Angehörigen unserer 100+ Jährigen, das Angebot der Verhinderungspflege, immerhin 10 % das Angebot der Kurzzeitpflege und 6 % die Möglichkeit der Tages- oder Nachtpflege.
- Für die ambulanten Pflegedienste wurden in 2014 am häufigsten Leistungen zur Körperpflege gefolgt von Leistungen zur Zuberei-

• Für 47 % der zu Hause lebenden 100+-Jährigen wurden in 2014 zusätzlich auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege erstattet. <<

100+-year-old people in the northeast region of germany: Demography and nursing care

In this article the Health Research Institute (GeWINO) – AOK Nordost - Die Gesundheitskasse – summarizes two reports „Centenarians demografic aspects and the need of care of individuals who are 100 years and older in Berlin, Brandenburg and Mecklenburg-Vorpommern“. In cooperation with the renowned Gerontologist Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Director of the Institute of Medical Sociology and rehabilitation Sciences, Charité, Berlin/Germany, the GeWINO explores since 2014 the need of care and health care services of very old people (age 100 years and older).

Keywords

GeWINO, advanced senior citizens, public health research, health insurance, health research, health care, need for nursing care

Autorenerklärung

Julia Neuwirth, Sven-David Müller und Thomas P. Zahn sind Mitarbeiter des GeWINO. Sie haben diese Auswertung im Rahmen ihrer jeweiligen Tätigkeit und ohne sonstige Finanzierung verfasst. Es gibt keine Interessenskonflikte.

Danksagung

Das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost führte die in diesem Artikel zusammengeführten Regionalreports „Leben über 100 – wir werden mehr“ und „Leben über 100 – wie werde ich gepflegt“ in Kooperation Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei (Direktorin), Dr. med. Petra von Berenberg, Dr. rer. medic. Dagmar Dräger und Dr. phil. Paul Gellert vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin – durch und dankt für die gute Zusammenarbeit.

Dipl.-Betw. Julia Neuwirth, MPH

ist seit 2013 als Forschungsmanagerin beim Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse – tätig. Julia Neuwirth war federführend für die wissenschaftliche Analyse und Erstellung der Regionalreports „Leben über 100“ verantwortlich.

Kontakt: julia.neuwirth@nordost.aok.de



Sven-David Müller, MSc

ist seit 2015 beim Gesundheitswissenschaftlichen Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost als Öffentlichkeitsarbeiter und Redakteur beschäftigt. Er war zuvor als Leiter Unternehmenskommunikation an der Universitätsklinik der RWTH Aachen und als Chefredakteur bei den Gesundheitsportalen imedo und qualimedica tätig.

Kontakt: sven-david.mueller@nordost.aok.de



Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

hat medizinische Informatik, klinisches Management und Wirtschaftsinformatik in Deutschland und den USA studiert. Er promovierte im Fachgebiet Neuroinformatik. Seit 2013 leitet er als Geschäftsführer das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost. 2016 wurde er zum Professor für Wirtschaftsinformatik und Forschung an der bbw Hochschule berufen. Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn ist weiterhin auch Geschäftsführer des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost. Kontakt: thomas.zahn@nordost.aok.de



In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat, pflege.de und der Schlüterschen

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



ALS ABONNENT NUTZEN SIE KOSTENLOS: DAS ONLINE-PORTAL www.monitor-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 90,- 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:

Name

PLZ, Ort

Fax

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:

eRelation AG - Content in Health • Kölnstraße 119 • 53111 Bonn