



LANDES-QUALITÄTS-BERICHT

GESUNDHEIT BADEN-WÜRTTEMBERG

Spezialheft ambulante und stationäre Pflege



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

Verteilerhinweis

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien, noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
Schellingstraße 15, 70174 Stuttgart, Telefon 0711/123-0, Telefax: 0711/123-39 99
poststelle@sm.bwl.de, www.sozialministerium-bw.de

Internetverfügbarkeit

Diese und auch weitere bisher erschienenen Broschüren zum Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg können auch über das Internet unter www.gesundheitsforum-bw.de (Qualitätsberichte/Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit) bezogen werden.

Redaktion

Dr. Sascha M. Buchinger (Deutsches Rotes Kreuz, Stuttgart)

Prof. Dr. Astrid Elsbernd (Hochschule Esslingen)

Marcel Faißt (Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Württemberg e.V.)

Dr. Waltraud Hannes (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg)

Angelika Kahlenbach (AOK Baden-Württemberg)

Dr. Uschi Klein (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg)

Judith Klett-Schmidt (Diakonisches Werk Württemberg)

Heide Lechner (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

Birgit Mayer (Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart)

PD Dr. Matthias Mohrmann (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg)

Petra Pachner (Landratsamt Ostalbkreis)

MR Ulrich Schmolz (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

Tanja Wecker (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.)

Frank Winkler (Verband der Ersatzkassen Baden-Württemberg, vdek)

Jürgen Zinsmayer (Fachstelle für Pflege und Senioren, Landkreis Tuttlingen)

Unter weiterer Mitarbeit von

Dr. Michael Monzer (Sozialamt Stuttgart)

Hilde Rutsch (Selbsthilfekontaktstelle KISS, Stuttgart)

Jörg Uthmann (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.)

Fotos

Archiv, Bilderbox und pixelio

Gestaltung

Kreativ plus Gesellschaft für Werbung und Kommunikation mbH, Stuttgart
www.kreativplus.com

Stand: Juli 2013

ÜBERSICHT

Verzeichnis der Abkürzungen	4
Vorwort	5
1. EINLEITUNG	6
2. ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM THEMA PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	7
2.1 Altersstruktur der Bevölkerung in Baden-Württemberg	7
2.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	8
2.3 Dementielle Erkrankungen	11
2.4 Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung	12
2.5 Entwicklung der Zahl der pflegenden Familienangehörigen	13
2.6 Entwicklung der Zahl der Pflegekräfte	14
3. STRUKTUR-QUALITÄT IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGE	15
3.1 Pflegekassen und private Versicherungsunternehmen	16
3.2 Professionelle Pflegeeinrichtungen	17
3.2.1 Qualifikation der Pflegefachkräfte	17
3.2.2 Ambulante Versorgung	18
3.2.3 Teilstationäre Pflege	19
3.2.4 Vollstationäre Pflege	20
3.2.5 Privat organisierte ambulante Versorgungsformen	20
3.2.6 Pflege in der letzten Lebensphase	21
3.3 Kosten der Pflege	22
3.3.1 Häusliche Pflege	22
3.3.2 Teilstationäre Pflege	23
3.3.3 Vollstationäre Pflege	24
3.4 Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung	24
3.5 Einrichtungen der Landkreise, Stadtkreise und Gemeinden	25
3.5.1 Pflegestützpunkte	25
3.5.2 Heimaufsicht	26
3.5.3 Der Heimbeirat in stationären Einrichtungen	28
3.6 Sozialdienste der Krankenhäuser	28
3.7 Niedrigschwellige Betreuungsangebote und Initiativen des Ehrenamtes	29
3.8 Landes- und Kreiseniorenräte	29
3.9 Selbsthilfegruppen	30

4. PROZESS-QUALITÄT IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGE	31
4.1 Einarbeitung und Weiterbildung der Pflegefachkräfte	31
4.2 Pflegerisches Risikomanagement	31
4.2.1 Pflegestandards	32
4.3 Qualitätsmanagement der Einrichtungen und Zertifikate	33
4.3.1 Regionale Qualitätszirkel und trägerbezogenes Benchmarking	34
4.4 Fehlermanagement und Beschwerdemanagement	34
4.5 Externe Prüfinstitutionen	35
5. ERGEBNIS-QUALITÄT IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGE	36
6. REGIONAL-QUALITÄT	37
6.1 Regionale Verteilung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg	37
6.2 Regionale Verteilung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg	38
6.3 Regionale Verteilung der Qualität	39
7. PFLEGEBEDÜRFTIG – WAS NUN? EINE CHECKLISTE	41
AUSWAHL VON INFORMATIONSMEDIEN	43

VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN

<i>Abb.</i>	<i>Abbildung</i>
<i>bzw.</i>	<i>beziehungsweise</i>
<i>BW</i>	<i>Baden-Württemberg</i>
<i>etc.</i>	<i>et cetera</i>
<i>GDA</i>	<i>Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie</i>
<i>GKV</i>	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>
<i>LHeimG</i>	<i>Landesheimgesetz</i>
<i>LHeimMitVO</i>	<i>Landesheimmitwirkungsverordnung</i>
<i>LSR</i>	<i>Landessenorenrat</i>
<i>MDK</i>	<i>Medizinischer Dienst der Krankenversicherung</i>
<i>SGB</i>	<i>Sozialgesetzbuch</i>
<i>WG</i>	<i>Wohngemeinschaft</i>
<i>z. B.</i>	<i>zum Beispiel</i>

VORWORT

Angesichts der demografischen Entwicklung gewinnen Themen rund um die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit von Menschen in unserer Gesellschaft zunehmend an Bedeutung. Der Gedanke, pflegebedürftig zu werden oder an Demenz zu erkranken, löst bei vielen Menschen große Ängste aus. Betroffene brauchen die Sicherheit, dass sie auch weiterhin ein würdevolles und erfülltes Leben führen können.



Das vorliegende „Spezialheft ambulante und stationäre Pflege“, das von der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des Gesundheitsforums Baden-Württemberg erarbeitet wurde, bietet einen umfassenden Überblick über Strukturen und Qualität der Pflege im Land. Neben allgemeinen Angaben zum Thema Pflegebedürftigkeit informiert es über das Angebot ambulanter und stationärer Pflege. Eine Checkliste am Ende gibt eine schrittweise Orientierung, was im Fall von Pflegebedürftigkeit zu unternehmen ist. Das Heft richtet sich an alle Betroffenen, an Angehörige sowie Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte.

Ersichtlich wird, dass Baden-Württemberg über ein leistungsfähiges, gut zugängliches und flächendeckendes Pflegeversorgungssystem verfügt. Ziel der Landesregierung ist es, die bestehenden Angebote kontinuierlich bedarfsgerecht und qualitätsorientiert weiterzuentwickeln. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass alle Betroffenen und pflegenden Angehörigen in allen Landesteilen auf ein gut ausgebautes Informations- und Versorgungsangebot zugreifen können. Hier ist Baden-Württemberg bereits sehr gut aufgestellt.

Für die Initiative zu und der Arbeit an dem Spezialheft danke ich der Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann und den Autorinnen und Autoren sehr herzlich.

Ihnen, liebe Leserinnen und Leser wünsche ich, dass für Sie mit Hilfe dieses Heftes ersichtlich wird, worauf es bei guter Qualität im Bereich der Pflege ankommt. Durch die Mitarbeit der wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens an diesem Heft können Sie sicher sein, dass es dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand entspricht.

Ihre

A handwritten signature in blue ink that reads "Katrin Altpeter". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Katrin Altpeter Mdl

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren

In Deutschland werden pflegebedürftige Personen durch die Pflegeversicherung, die 1995 als Pflichtversicherung eingeführt wurde, finanziell unterstützt. Diese bildet – neben der Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung – die sogenannte „fünfte Säule“ der sozialen Absicherungen. Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, Hilfen für Pflegebedürftige zu leisten, die wegen der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Und das betrifft in Deutschland aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des medizinischen Fortschritts immer mehr Menschen.

Nach der gesetzlichen Bestimmung sind Personen dann pflegebedürftig, wenn sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen oder regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens für mindestens sechs Monate in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen. Dieser Hilfebedarf bezieht sich auf Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Hinzu kommt ein Bedarf für die hauswirtschaftliche Versorgung.

In diesem Heft stellen wir die Qualität der Versorgung pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger in Baden-Württemberg anhand von drei Merkmalen dar:

- **Struktur-Qualität** in der ambulanten und stationären Pflege: Hier geht es um die fachlichen, räumlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringer und „Beratungsstellen“. Hierzu zählen z. B. ambulante Pflegedienste und Pflegeheime aber auch die Pflegekassen und die Pflegestützpunkte.
- **Prozess-Qualität** in der ambulanten und stationären Pflege: Hier geht es um die Qualität der Abläufe. Beispielsweise die regelmäßige Weiterbildung von Pflegekräften und die Organisation innerhalb von Pflegediensten.
- **Ergebnis-Qualität** in der ambulanten und stationären Pflege: Hier geht es um die Ergebnisse der Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Dies betrifft zum Beispiel den Ernährungszustand der Bewohner von Pflegeheimen oder die korrekte Verabreichung ärztlich verordneter Medikamente bei zu Hause gepflegten Personen.

Aus Gründen der Lesbarkeit soll das Heft einen gewissen Umfang nicht überschreiten und beschränkt sich auf die Kernbereiche der Qualität in der Pflege.



Dieses Kapitel befasst sich mit dem aktuellen Stand sowie der zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit. Weiterhin wird auf die Demenz, eine häufige Erkrankung bei Pflegebedürftigen, eingegangen.

2.1 ALTERSSTRUKTUR DER BEVÖLKERUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Derzeit sind in Deutschland etwa 16,7 Millionen Menschen 65 Jahre und älter. Im Jahr 2030 werden es voraussichtlich 22,3 Millionen Menschen sein¹. Besonders der Anteil der Hochbetagten, also der Menschen über 80 Jahre, wird stark ansteigen. Zwar liegen neue Erkenntnisse vor, dass Menschen in zunehmendem Alter länger gesund bleiben, dennoch ist die zunehmende Zahl der Hochbetagten für die Pflegeversicherung besonders bedeutsam, da vor allem von dieser Altersgruppe Hilfe und Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden.

Entwicklung der Lebenserwartung

In Baden-Württemberg haben Frauen derzeit eine Lebenserwartung von 83,6 Jahren und Männer von 79,2 Jahren. Frauen leben demnach im Schnitt deutlich länger als Männer (siehe Abb. 1). Im Vergleich aller Bundesländer weist Baden-Württemberg seit Beginn der 70er-Jahre regelmäßig die höchste Lebenserwartung Neugeborener auf.



¹ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2011

Lebenserwartung in Jahren

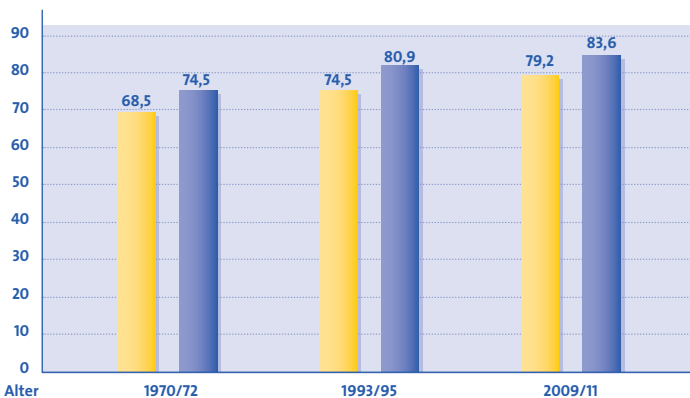


Abbildung 1
Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung Neugeborener in Baden-Württemberg

© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2012

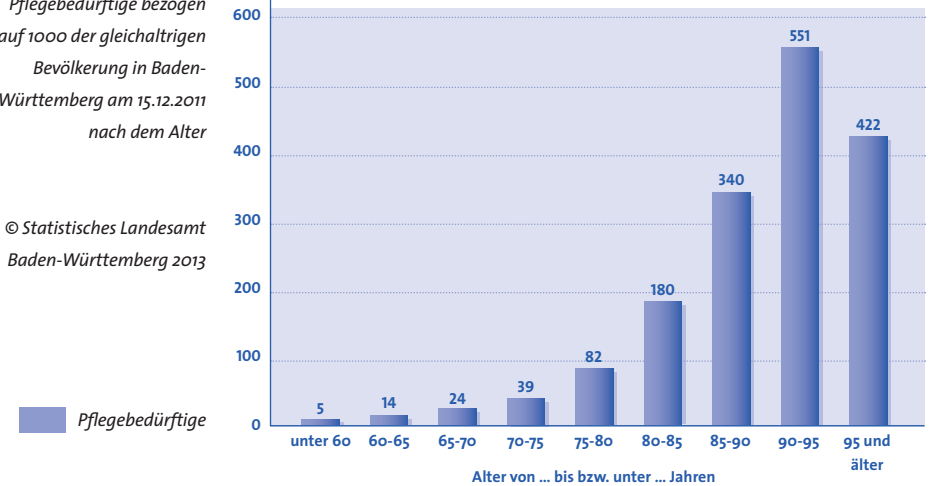
■ Jungen
■ Mädchen

2.2 ENTWICKLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Neben den demografisch bedingten Veränderungen wird sich auch die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Pflegebedürftigkeit auswirken. Künftig werden neben der körperlichen Einschränkung auch die Alltagskompetenz und die Möglichkeit zur Teilhabe am sozialen Leben mit berücksichtigt. Dadurch erfolgt eine Anpassung an die Veränderung von Pflege zum Beispiel für Personen mit Demenz. Diese Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs war notwendig, da ab dem 80. Lebensjahr insbesondere Demenzerkrankungen stark zunehmen und eine der Hauptursachen für Hilfebedürftigkeit darstellen.

Abbildung 2 Pflegebedürftige bezogen auf 1000 der gleichaltrigen Bevölkerung in Baden-Württemberg am 15.12.2011 nach dem Alter

Pflegebedürftige in Baden-Württemberg



© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013

Pflegebedürftige



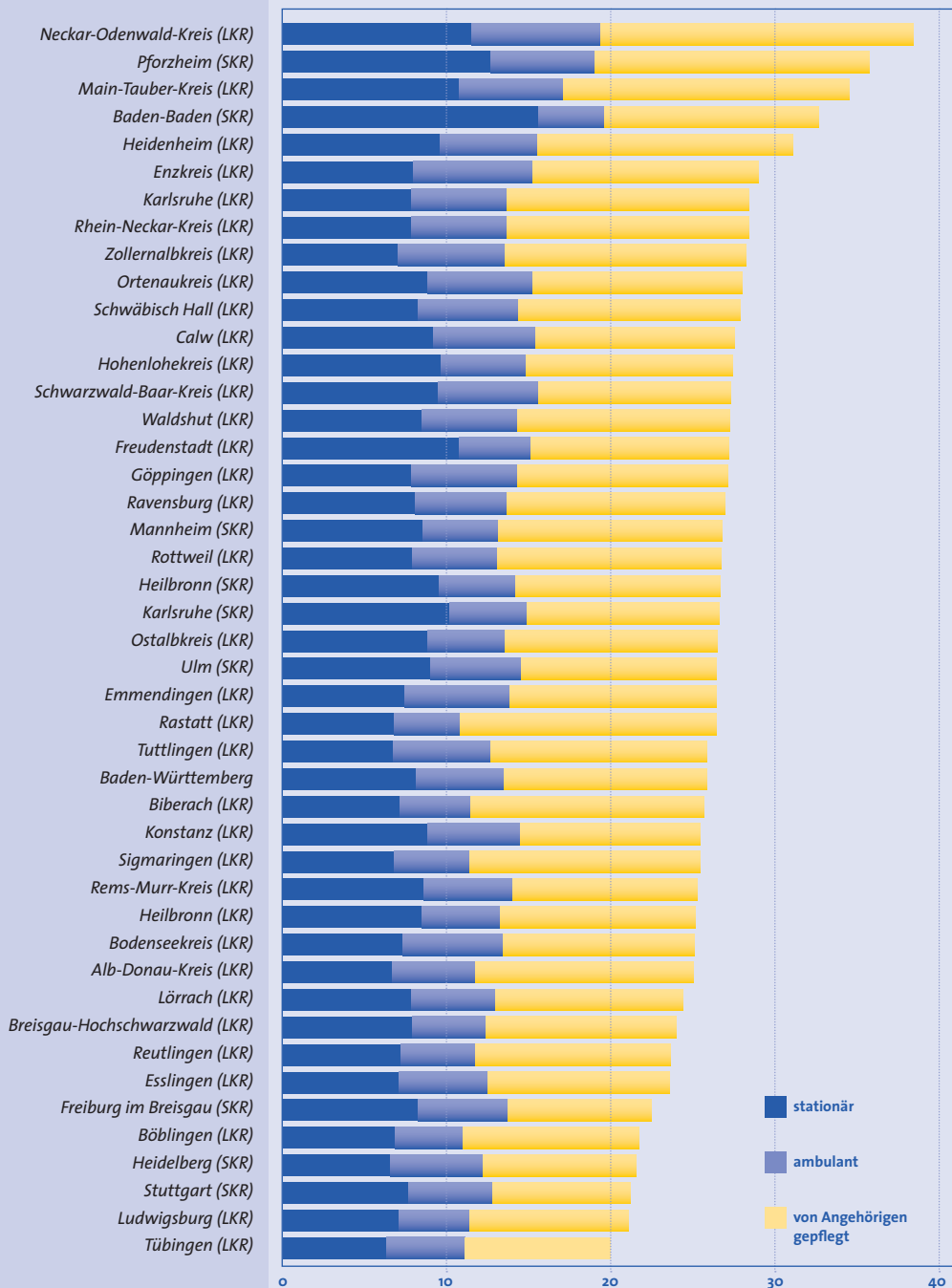
Im Dezember 2009 waren in Baden-Württemberg 246.038 Personen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig. Bezogen auf die gesamte Bevölkerung bedeutet dies, dass im Jahr 2009 insgesamt 2,3 Prozent der rund 10,7 Millionen Bürgerinnen und Bürger des Landes Leistungen aus der Pflegekasse erhielten. Im Jahr 2030 werden in Baden-Württemberg rund 352.000 Menschen pflegebedürftig sein (Statistisches Landesamt BW, 2012). Das sind über 100.000 Menschen oder 43 Prozent mehr als im Jahr 2009.

In den ländlichen Regionen ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die zu Hause von Angehörigen gepflegt werden, höher als in städtischen Regionen. In den Landkreisen wurden im Jahr 2009 insgesamt 46,4 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause ohne professionelle Hilfe betreut, in den Stadtkreisen nur 42,5 Prozent. Insgesamt werden etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt, ein Drittel stationär in Pflegeheimen. In den Landkreisen waren etwa 33,2 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen untergebracht, in den Stadtkreisen dagegen 38,3 Prozent. Dies deutet darauf hin, dass sich die Familienstruktur auf dem Land im Vergleich zu städtischen Gebieten unterscheidet.

*Siehe Abbildung 3
auf Seite 10*

Abbildung 3

Pflegebedürftige je 1000 Einwohner nach Art der Pflege am 15. Dezember 2011 nach Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg



© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013

2.3 DEMENTIELLE ERKRANKUNGEN

Dementielle Erkrankungen verändern das Leben der Betroffenen und der Angehörigen in einem erheblichen Ausmaß. Während zu Beginn einer dementiellen Erkrankung die Betroffenen zunächst eher unter gewissen Leistungseinschränkungen und einer Zunahme von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen leiden, wird es mit fortschreitender Erkrankungsdauer für die Betroffenen immer schwieriger, sich auf neue Lebenssituationen einzustellen. Zunehmend werden vertraute Gegenstände nicht mehr gefunden oder erkannt, die Orientierungsfähigkeit nimmt deutlich ab, Tageszeiten und übliche Tagesrituale (z. B. Mahlzeiten) werden durcheinander gebracht. Auch Sprachverständnis und Sprachfähigkeit nehmen ab. Schreitet die dementielle Erkrankung weiter fort, kann es auch zu deutlichen Mobilitätseinschränkungen kommen (z. B. unsicherer Gang) und die körperlichen Funktionen wie Blasen- und Darmentleerung lassen sich nicht mehr so gut regulieren. Auch Durst- und Hungergefühl verändern sich deutlich.



Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmendem Lebensalter an. Bei 90-Jährigen liegt das Risiko bei ca. 30 bis 50 Prozent. Allgemein unterscheidet man zwischen den verschiedenen Hauptformen der Demenz, nämlich der sogenannten „Alzheimer-Demenz“ (ca. 50 Prozent aller Demenzformen), der vaskulären Demenz (Mangeldurchblutung des Gehirns) sowie den Mischformen der Demenz mit ganz unterschiedlichen krankheitsbedingten Hintergründen.

Für die Betroffenen und ihre Angehörigen steht zuerst einmal die Diagnosestellung durch einen Arzt im Vordergrund. In vielen Städten und Gemeinden gibt es auch sogenannte „Demenz-Sprechstunden“, die beispielsweise von Ärzten, Krankenhäusern, Sozialarbeitern oder auch Pflegestützpunkten angeboten werden.

Besonders zu Beginn einer dementiellen Erkrankung ist es wichtig zu realisieren, dass die kognitiven Veränderungen von den Betroffenen deutlich wahrgenommen werden und die „Fehlleistungen“ häufig Anlass zur Verärgerung, mitunter aber auch zu Verheimlichung führen. So können zu Beginn der Erkrankung Fragen der Selbstständigkeit der Betroffenen (z. B. Fahrtüchtigkeit, selbstverantwortliches

2. ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM THEMA PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

*Ausgewählte
Literaturempfehlungen:*

*Alzheimer Gesellschaft
Baden-Württemberg (2011):
Demenzen: Häufige Fragen.*

*Verfügbar unter:
[www.alzheimer-bw.de/
demenzen/haeufige-fragen/](http://www.alzheimer-bw.de/demenzen/haeufige-fragen/)*

*Elsbernd, A. und Riedel, A. (2011):
Aus.gedacht – Demenzoffensive
Esslingen. Evaluation und
Dokumentation.*

*Zu beziehen über:
Stadt Esslingen am Neckar.
Amt für Sozialwesen,
Stabsstelle Bürgerengagement
und Senioren, www.esslingen.de*

Wahrnehmen von Bankgeschäften und Einkäufen) einen großen Raum einnehmen. Nicht selten führen bewusst wahrgenommene Defizite dazu, dass sich die Betroffenen innerlich zurückziehen. Einige Menschen neigen aber auch dazu, ihren Alltag durch Routinehandlungen zu beherrschen und damit nach außen eine Fassade aufrecht zu halten. Dies gelingt mit zunehmender Krankheitsdauer weniger und für die Betroffenen und ihre Angehörigen wird der Alltag belastender. In dieser Lebensphase unterstützen professionell Pflegende im besonderen Maß die Angehörigen. Sie können ihnen vermitteln, wie sie den „neuen“ Alltag sinnvoll und für die Betroffenen übersichtlich gestalten können. Professionelle Gesundheitsberufe (Ärzte und Pflegende) helfen, die Lebenssituation abzustützen, können jedoch nur für eine begrenzte Zeit eine Begleitung im Alltag leisten. Umso wichtiger ist es deshalb, dass das nahe und weitere Umfeld sich seiner Aufgaben bewusst wird und adäquate Hilfe anbietet. Die hauswirtschaftliche Betreuung leistet hier Hilfestellung zur Begleitung im Alltag. In vielen Städten und Gemeinden haben sich engagierte Bürger auf Gemeindeebene dieser Thematik angenommen und Hilfsangebote für die Betroffenen und ihre Familien/Angehörigen entwickelt.

Die Erkrankung „Demenz“ ist nicht nur eine individuelle Erkrankung, sondern auch eine gesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe.

2.4 VORSORGEVOLLMACHT, BETREUUNGS- UND PATIENTENVERFÜGUNG

Wer entscheidet, wenn eigenverantwortliches Handeln nicht mehr möglich ist?

Nicht selten ist die Pflegebedürftigkeit nicht allein durch körperliche Einschränkungen bedingt. Ist eine geistige Erkrankung oder kognitive Beeinträchtigung soweit fortgeschritten, dass die/der Pflegebedürftige die Tragweite eigener Entscheidungen und Handlungen nicht mehr überblicken kann, müssen andere entscheiden. Um sicherzustellen, dass die eigenen Wünsche bestmöglich berücksichtigt werden, sollte jeder rechtzeitig bestimmen, wer im Zweifel über was entscheiden darf und wie medizinische Maßnahmen durchgeführt werden sollen.



Es gibt verschiedene Möglichkeiten, diese persönlichen Angelegenheiten im Voraus zu regeln:

Die **Vorsorgevollmacht** dient dazu, eine Person seines Vertrauens für den Fall zu bevollmächtigen, dass man nicht mehr in der Lage ist, bestimmte Angelegenheiten selbst zu regeln. Auf welche Angelegenheiten sich die Vollmacht erstrecken soll, kann vorab bestimmt werden (z.B. Vermögensangelegenheiten, Gesundheitsorge, Aufenthaltsbestimmung). Fehlt eine solche Erklärung, dürfen im Bedarfsfall nicht einfach die Angehörigen entscheiden und handeln, sondern das Betreuungsgericht muss einen Betreuer bestellen.

Liegt keine Vorsorgevollmacht vor oder reicht diese nicht aus, kann durch eine **Betreuungsverfügung** Einfluss darauf genommen werden, wer durch ein Gericht zum Betreuer bestellt wird. Darüber hinaus können in der Betreuungsverfügung Wünsche, z. B. bezüglich der Lebensgestaltung, geäußert werden. Diese sind dann vom Betreuer bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben soweit als möglich zu berücksichtigen.

Mit der **Patientenverfügung** können Vorstellungen und Wünsche zur medizinischen und pflegerischen Behandlung für den Fall geäußert werden, dass ein Zustand der Entscheidungsunfähigkeit vorliegt.

2.5 ENTWICKLUNG DER ZAHL DER PFLEGENDEN FAMILIENANGEHÖRIGEN

Angesichts der Tatsache, dass sich die Haushalts- und Familienstrukturen ändern, muss damit gerechnet werden, dass alte Menschen künftig weniger Unterstützungsleistungen aus dem unmittelbaren familiären Kreis erwarten können als heute. Zudem wird der Anteil der älteren Pflegebedürftigen, die kinderlos sind bzw. ohne Partner leben, voraussichtlich zunehmen. Damit würde das Pflegepotenzial durch Ehepartner und Kinder ebenfalls sinken. Gegenwärtig sind hauptsächlich weibliche Familienangehörige (Töchter und Schwiegertöchter) in die Pflege involviert. Sollte die Erwerbsquote von Frauen weiter kontinuierlich steigen, werden diese immer weniger für Leistungen der häuslichen Pflege zur Verfügung stehen. Daher ist zu erwarten, dass die bislang von den Familien erbrachten Pflegeleistungen zunehmend auf außerfamiliäre Einrichtungen übertragen werden müssen.



Weitere Informationen und
Formulare bietet u. a. das
Bundesministerium der Justiz.

Verfügbar unter:
[www.bmj.de/DE/Buerger/
gesellschaft/Patientenverfuegung/
patientenverfuegung_node.html](http://www.bmj.de/DE/Buerger/gesellschaft/Patientenverfuegung/patientenverfuegung_node.html)



2.6 ENTWICKLUNG DER ZAHL DER PFLEGEKRÄFTE

Für die Versorgung der 133.669 pflegebedürftigen Personen durch die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen Baden-Württembergs standen zum Jahresende 2009 landesweit rund 106.000 Beschäftigte in Voll- oder Teilzeit zur Verfügung.

In den stationären Einrichtungen waren 80.824 Personen und in den ambulanten Einrichtungen 25.174 Personen beschäftigt, davon etwa 85 Prozent Frauen.

*Die wichtigsten Angebote
im Überblick:*

*Das Online-Selbst-
bewertungsinstrument
[www.gesund-pflegen-
online.de/test](http://www.gesund-pflegen-online.de/test)*

*Regionale
Informationsveranstaltungen
[www.gesund-pflegen-
online.de/tour](http://www.gesund-pflegen-online.de/tour)*

*Schulungen für Führungskräfte
und Mitarbeiter.*

*Als kompetenter Partner gibt die
GDA in Schulungen ihr Wissen in
Sachen Prävention und
Arbeitsschutzorganisation an*

*Führungskräfte weiter.
Damit will die GDA die*

*Nachhaltigkeit der Maßnahmen
steigern: www.gda-portal.de*

Werden die heutigen Versorgungsstrukturen für die kommenden 25 Jahre fortgeschrieben, läge der Personalbedarf an Pflegekräften und anderem Pflegepersonal im Jahr 2030 um mehr als die Hälfte höher als zur Zeit. Dieser Trend könnte noch verstärkt werden, wenn aufgrund eines sinkenden familiären Pflegepotenzials mehr Pflegeleistungen im ambulanten und/oder stationären Bereich erbracht werden müssten. Gleichzeitig bedeutet dies, dass sich hier künftig weitere beachtliche Beschäftigungschancen eröffnen dürften.

Arbeitsschutz für Pflegekräfte

Gesunde Pflegekräfte sind die Grundvoraussetzung für eine hochwertige Pflege. Seit Ende Oktober 2010 nutzen in Deutschland über 2000 Unternehmen der stationären und ambulanten Pflege sowie Kliniken die Online-Selbstbewertung auf www.gesund-pflegen-online.de, um ihr Arbeitsschutzniveau zu überprüfen. Basierend auf dieser Analyse erhalten die Unternehmen ein umfassendes Maßnahmenpaket, um ihren Arbeitsschutz zu verbessern und die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Möglich wird dies durch das gemeinsame Engagement von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA). Ziel aller Maßnahmen ist, in Pflegeberufen die Häufigkeit und Schwere von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Verbindung mit psychischen Belastungen zu verringern.

3

STRUKTUR-QUALITÄT IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGE

Zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall gehört die pflegerische Versorgung von kranken und hilfsbedürftigen Menschen. Diese wird durch ambulante und stationäre Pflegedienste erbracht.

Ambulante Pflegeleistungen werden von **ambulanten Pflegediensten** erbracht, welche sich größtenteils in frei gemeinnütziger oder privater Trägerschaft befinden. Das Leistungsspektrum reicht dabei von der hauswirtschaftlichen Versorgung über Grund- und Behandlungspflege bis zur Intensivpflege.

Wichtig ist, zwischen den folgenden beiden Leistungsformen zu unterscheiden: Auf der einen Seite gibt es die Gesetzliche und die Private Krankenversicherung (GKV und PKV), die ihren Versicherten eine „häusliche Krankenpflege“ nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB) bzw. je nach Umfang des Versicherungsvertrages zusichert. Der Versorgungsschutz greift allerdings nur, wenn die Pflegeleistung erforderlich ist, um entweder eine ambulante ärztliche Behandlung zu unterstützen oder um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden.

Auf der anderen Seite gibt es die Soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung, die ihren Versicherten eine pflegerische Grundversorgung nach dem SGB XI gewährt. Der Leistungsanspruch muss durch eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung (MEDICPROOF) festgestellt werden. Diese überprüfen, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und ordnen den Pflegebedürftigen gegebenenfalls eine Pflegestufe zu. In der Pflegestufe ist der Leistungsumfang, auf den der Versicherte einen Anspruch hat, definiert. Die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen entscheidet auf Grundlage dieser Gutachten über den Leistungsanspruch. Bei einem positiven Bescheid können die Versicherten zwischen Geldleistungen oder Pflegesachleistungen von Pflegediensten oder einer Kombination aus beiden wählen. Bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung erfolgt eine Kostenerstattung.

Im SGB XI wird pflegebedürftigen Menschen ein Anspruch auf pflegerische Behandlung in einem stationären Umfeld zugesichert. Als Leistungserbringer gelten in diesem Fall **stationäre Pflegeeinrichtungen**, die voll- oder teilstationäre Versorgung oder Kurzzeitpflege anbieten.



Eine solche Pflegeeinrichtung muss von einer Pflegefachkraft geleitet werden und neben der medizinischen Pflege auch Unterkunft und Verpflegung anbieten. Des Weiteren muss die Pflegeeinrichtung ein Qualitätsmanagementverfahren nutzen und ihren Beschäftigten ortsübliche Mindestlöhne zahlen. Die Kosten für diese Versorgungsform übernimmt die Pflegeversicherung. Die Trägerstrukturen der stationären Pflegeeinrichtungen ähneln denen der ambulanten Pflege; so gibt es vor allem Dienste in frei gemeinnütziger oder privater Trägerschaft.

3.1 PFLEGEKASSEN UND PRIVATE VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN

Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Dies bedeutet, dass sie ihre Versicherten zu allen Fragen der Pflege beraten. Gemeinsam können spezielle Lösungswege zur Verbesserung und Erleichterung der Situation für Pflegebedürftige und Pflegende/Angehörige gefunden werden.

Wohnumfeldberatung

Um die selbstständige Lebensführung in der Wohnung zu erleichtern, können die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse für Umbaumaßnahmen bis zur Höhe von 2.557 EUR gewähren (Betrag für 2012). Zu solchen Maßnahmen zählt zum Beispiel die Verbreiterung der Türen für Rollstuhlfahrer. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach den Kosten der Verbesserungsmaßnahmen und der Einkommenssituation.

Schulungen für Pflegende

Pflegende Angehörige benötigen hin und wieder Unterstützung bei der Pflege. Hierzu bieten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen spezielle Schulungen an bzw. erstatten hierfür die Kosten.



3.2 PROFESSIONELLE PFLEGE-EINRICHTUNGEN

3.2.1 Qualifikation der Pflegefachkräfte

Die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg bieten Pflege in hoher Qualität. Für diese Pflegegüte sorgen gut ausgebildete und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Pflegefachkräfte werden in einer dreijährigen Ausbildung auf Ihre Aufgaben vorbereitet. Dadurch wird gewährleistet, dass die zu pflegenden Menschen entsprechend ihrer Bedürfnissen, ihrer individuellen Lebenssituation und nach ihrem speziellen Pflegebedarf betreut werden.

Der Anteil dreijährig examinierter Pflegefachkräfte betrug im Jahr 2012 in den ambulanten Pflegeeinrichtungen 63 Prozent und in den stationären Pflegeeinrichtungen 43 Prozent.

Diese Zahlen resultieren aus den Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch den MDK BW. Im Jahr 2012 wurden insgesamt 91,5 Prozent der ambulanten und 92,9 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen geprüft.

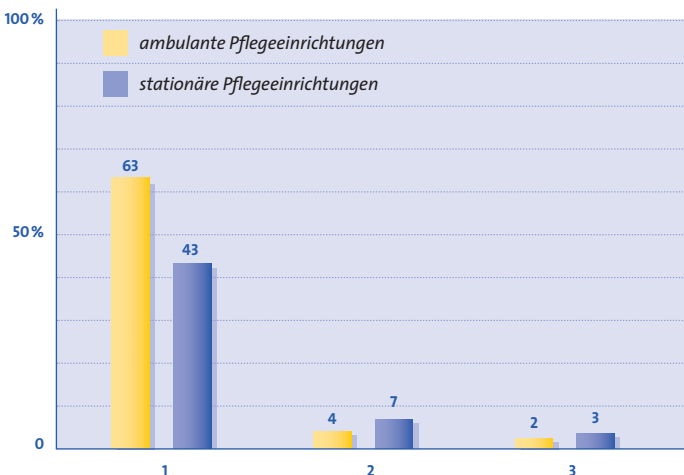


Abbildung 4
Qualifikation der
Pflegefachkräfte 2012
Quelle: MDK BW, 2012

- 1 = 3-jährig examinierte Pflegefachkräfte
- 2 = 1-jährig examinierte Pflegefachkräfte
- 3 = Auszubildende

3. STRUKTUR-QUALITÄT IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGE



Insbesondere stationäre Pflegeeinrichtungen sind auch Ausbildungsstätten für zukünftige Pflegefachkräfte. So befinden sich ca. 13 Prozent der Pflegemitarbeiter in stationären Einrichtungen in der Ausbildung.

In bestimmten Versorgungsbereichen, etwa der Pflege demenzkranker Menschen, haben Fachkräfte besondere Fortbildungen absolviert (z. B. die Weiterbildung in gerontopsychiatrischer Pflege).

3.2.2 Ambulante Versorgung



Immer mehr Menschen wollen auch bei bestehendem Pflegebedarf zu Hause im vertrauten Umfeld versorgt werden. Deshalb nimmt der Stellenwert der ambulanten Pflege stetig zu. Derzeit gibt es in Baden-Württemberg ungefähr 1000 zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen (Statistisches Landesamt BW, 2011).

Diese können in den Bereichen

- Grundpflege (z.B. Körperpflege)
- Haushaltshilfe
- Häuslichen Krankenpflege (also die Umsetzung von ärztlich verordneten Maßnahmen wie z. B. Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen)
- Betreuung (vor allem bei dementen Personen) sowie
- Erreichbarkeit an 24 Stunden, d. h. „rund um die Uhr“

ein breites Hilfespektrum abdecken – teilweise auch im Zusammenspiel mit ehrenamtlichen Helfern.

Daneben gibt es spezialisierte Pflegedienste, beispielsweise für Beatmungspatienten oder für psychisch erkrankte Patienten.

Bei Nutzung eines ambulanten Pflegedienstes können die Pflegebedürftigen in der gewohnten Umgebung verbleiben und dennoch fachliche Unterstützung in verschiedenen Bereichen erhalten.

3.2.3 Teilstationäre Pflege

Um den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen möglichst lange den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu sichern, gibt es teilstationäre und barrierefreie Einrichtungen der Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege.

In einer **Tagespflege** werden Pflegebedürftige tagsüber stundenweise betreut, kehren aber jeden Abend wieder nach Zuhause zurück. Damit werden die Angehörigen zeitweise entlastet. Während des Aufenthalts nehmen die Pflegebedürftigen gemeinsame Mahlzeiten ein, pflegen soziale Kontakte und gestalten mit vielfältigen Aktivitäten den Tagesverlauf. Bei Bedarf erhalten sie auch pflegerische Unterstützung. Voraussetzung für die Nutzung von Tagespflegeangeboten ist allerdings die Transportfähigkeit.

Genau umgekehrt stellt sich das Angebot zur **Nachtpflege** dar: Die Pflegebedürftigen werden nachts in einem Pflegeheim betreut und versorgt.

Kurzzeitpflegeplätze bieten eine zeitlich auf Tage oder einige Wochen begrenzte, aber umfassende Versorgung, d. h. auch über Nacht. Damit lässt sich einerseits ein Krankenhausaufenthalt verkürzen bzw. die professionelle Nachsorge nach stationären Aufenthalten sicherstellen. Andererseits werden pflegende Angehörigen vor familiärer Überlastung geschützt. In BW gibt es derzeit rund 1.000 solcher Kurzzeitpflegeplätze, meist in Pflegeheimen oder so genannten Pflegehotels.

Um die Betreuung auf Zeit zu finanzieren, übernimmt die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen – bei Vorliegen einer Pflegestufe – die Kosten für maximal 28 Tage im Jahr. Ein Eigenanteil ist jedoch stets zu leisten. Wenn eine pflegebedürftige Person finanziell dazu nicht in der Lage ist, unterstützt ggf. das zuständige Sozialamt.

Einen Anspruch auf Kurzzeitpflege gibt es auch in stationären Einrichtungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, solange die pflegende Person selbst wegen einer solchen stationären Behandlung verhindert ist.





3.2.4 Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftigen Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, alleine zu leben, wird in einem Pflegeheim rund um die Uhr eine umfassende pflegerische, soziale und hauswirtschaftliche Betreuung und Vollversorgung angeboten. Um eine ganzheitliche Pflege und Betreuung sicherzustellen, wird mit jeder Bewohnerin/jedem Bewohner bzw. deren Angehörigen ein persönlicher Pflegeplan erstellt. Dieser basiert auf der individuellen Pflege- und Krankheitssituation und hat zum Ziel, vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten zu erhalten und zu stärken.

In Baden-Württemberg gibt es rund 1500 Pflegeheime mit ca. 85.000 Pflegeplätzen (Stand 2012). Die Kosten für einen Heimplatz sind abhängig von der jeweiligen Pflegestufe und bewegen sich zwischen 100,- und 180,- Euro pro Tag. Entsprechend der Pflegestufe zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Sachleistungsbetrag bzw. erstattet das private Versicherungsunternehmen die Kosten für den Pflegeaufwand, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung sowie für Unterkunft und Verpflegung. Die über den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus anfallenden Kosten müssen selbst getragen werden. Wenn dies nicht möglich ist, leisten Sozialhilfeträger Hilfe zur Pflege nach SGB XII.

3.2.5 Privat organisierte ambulante Versorgungsformen

Immer beliebter sind Senioren-Wohngemeinschaften (WG), die sich selbst organisieren. Die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner übernehmen die Tätigkeiten, die ihnen ihr Gesundheitszustand zulässt. Externe Pflege wird nur für Tätigkeiten in Anspruch genommen, die innerhalb der WG nicht selbst übernommen werden können. Die externe Unterstützung ermöglicht den Bewohnerinnen und Bewohnern einerseits die nötige Selbstständigkeit im Alltag, andererseits aber auch die Sicherheit, für gewisse Verrichtungen oder auch im Notfall durch professionelle Kräfte gut versorgt zu sein. Dies ist eine sehr unabhängige und flexible Art des Wohnens im Alter, die auch von den Pflegekassen bzw. den privaten Versicherungsunternehmen durch entsprechende Leistungen unterstützt wird.

Sehr beliebt sind auch Modelle des „Betreuten Wohnens“, durch welche die Selbstständigkeit des Einzelnen voll erhalten bleibt. Trotzdem stehen, sollte ein Notfall eintreten, jederzeit ein ambulanter Pflegedienst und manchmal auch ein Arzt in Rufbereitschaft zur Verfügung.

3.2.6 Pflege in der letzten Lebensphase

Wenn Menschen den letzten Abschnitt ihres Lebens erreichen, ist dies vielleicht die schwierigste und bedeutsamste Lebensphase. Unterschiedlichste Gefühle wie Trauer, Ängste und Wut kommen auf. Existenzielle Fragen des Lebens wollen beantwortet sein und einige schwere Erkrankungen verursachen körperliche Symptome wie Schwäche, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen. Aber auch für Angehörige ist die Zeit des Abschiednehmens eine Zeit, die von unterschiedlichen Gefühlen, Belastungen und vielen Fragen bestimmt wird. Größter Wunsch schwerstkranker und sterbender Menschen ist es meist, so lange wie möglich zu Hause und im Kreise der Familie zu bleiben. Die Hilfe von Diensten und Einrichtungen, die mit der Begleitung von Sterbenden Erfahrung haben, kann dabei eine bedeutsame Hilfe sein. Ausgehend von der Hospizbewegung wurde das Betreuungskonzept „Palliative Versorgung“ entwickelt, welches den Menschen und seine Angehörigen auf dem Weg des Sterbens begleitet.

Palliativversorgung

Der Begriff „palliativ“ entstammt dem lateinischen „palliare“ und bedeutet so viel wie einhüllen, bedecken. Die Palliativversorgung hat das Ziel, Beschwerden zu lindern und die Lebensqualität zu verbessern, besonders dann, wenn die Heilung einer Krankheit nicht mehr möglich ist. Die Behandlung von Schmerzen durch eine individuelle Schmerztherapie ist dabei von ganz wesentlicher Bedeutung. Die palliative Versorgung versteht sich als ganzheitliches Angebot, welches seelische, soziale, spirituelle und religiöse Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und Angehörigen in den Blick nimmt.

Bei der Betreuung der Menschen arbeiten in der Regel Mediziner/-innen, Pflegekräfte, ehrenamtliche Begleiter/-innen, Sozialarbeiter/-





innen, Psychologen/-innen, Seelsorger/-innen und andere Professionen eng in einem Team zusammen. Der Gesetzgeber hat im Jahr 2007 einen eigenen Anspruch auf Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) festgeschrieben und damit Impulse für den Aufbau spezialisierter ambulanter Palliativteams gesetzt. In Baden-Württemberg sind zwischenzeitlich 24 solcher Teams tätig (Stand Januar 2013). Diese besondere Versorgungsform ergänzt die fast flächendeckend gut ausgebaute Palliativversorgung. Hierzu zählen z. B. Hospizdienste (ca. 260 in BW), Hospizwohnungen (4), Palliativstationen und -betten in Krankenhäusern (ca. 210), qualifizierte Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten und Brückenpflegekräfte der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte. Hinzu kommen palliativpflegerische Angebote in Alten- und Pflegeheimen sowie in stationären Hospizen, von denen es in Baden-Württemberg derzeit 23 (mit fast 200 Betten) gibt. Vielen Menschen kann es so ermöglicht werden, gut begleitet und versorgt in Würde zu Hause oder in einer Einrichtung sterben zu können.

3.3 KOSTEN DER PFLEGE

3.3.1 Häusliche Pflege

Bei der häuslichen Pflege kann entsprechend den Pflegestufen finanzielle Unterstützung als Sachleistung (hier wird ein zugelassener Pflegedienst beauftragt), als Geldleistung (hier wird die Unterstützung frei eingekauft) oder als Kombination von beiden gewährt werden (*Tab. 1 und 2, Seite 23*). In der Privaten Pflegepflichtversicherung erfolgt eine entsprechende Kostenerstattung.

Ergänzend erhalten Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf unabhängig von der Pflegestufe eine zusätzliche Betreuungsleistung, beispielsweise für die Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote (*siehe 3.7*). Diese zusätzlichen Leistungsansprüche sind in Tabelle 1 und 2 dargestellt. So kann im Rahmen der häuslichen Pflege von Personen mit erheblichem Betreuungsbedarf auch in der Pflegestufe 0 ein Betrag von 120,- Euro/Monat als Geldleistung oder von bis zu 225,- Euro/Monat als Sachleistung beansprucht werden.

Tabelle 1: Finanzielle Leistungen 2013 pro Monat als Sachleistung

Pflegestufe	<i>ohne erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf</i>	<i>mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf</i>
Pflegestufe 0	kein Anspruch	bis zu 225,- Euro
Pflegestufe I <i>erheblich pflegebedürftig</i>	bis zu 450,- Euro	bis zu 665,- Euro
Pflegestufe II <i>schwer pflegebedürftig</i>	bis zu 1.100,- Euro	bis zu 1.250,- Euro
Pflegestufe III <i>schwerst pflegebedürftig</i>	bis zu 1.550,- Euro	bis zu 1.550,- Euro

Tabelle 2: Finanzielle Leistungen 2013 pro Monat als Geldleistung

Pflegestufe	<i>ohne erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf</i>	<i>mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf</i>
Pflegestufe 0	kein Anspruch	120,- Euro
Pflegestufe I <i>erheblich pflegebedürftig</i>	235,- Euro	305,- Euro
Pflegestufe II <i>schwer pflegebedürftig</i>	440,- Euro	525,- Euro
Pflegestufe III <i>schwerst pflegebedürftig</i>	700,- Euro	700,- Euro

Unabhängig davon kann gegenüber der Krankenkasse ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Sicherung des Ziels einer ärztlichen Behandlung bestehen.

3.3.2 Teilstationäre Pflege

Kann die häusliche Pflege vorübergehend nicht oder nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, haben Pflegebedürftigen Anspruch auf Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege. Wenn weder die häusliche Pflege noch die Aufnahme in eine Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege ausreichen, können Pflegebedürftige vorübergehend in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen



werden. Kurzzeitpflege kann bis zu vier Wochen und bis zu einem Wert von 1.550,- Euro im Kalenderjahr (Stand 2012) beansprucht werden.

3.3.3 Vollstationäre Pflege

Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich an den Kosten des Pflegeheims in Abhängigkeit von der Pflegestufe mit bis zu 1.550,- Euro im Monat (Tab. 3). Der Zuschuss darf jedoch 75 Prozent des monatlichen Gesamtbetrages für die pflegebedingten Aufwendungen, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten nicht übersteigen.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen können „zusätzliche Betreuungsleistungen“ – insbesondere für Bewohner mit Demenz – anbieten. Diese Leistungen werden durch zusätzliches Personal erbracht und durch die Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen finanziert.

Tabelle 3: Finanzielle Leistungen 2013 bei stationärer Pflege

Pflegestufe	Kostenbeteiligung bei stationärer Pflege monatlich
Pflegestufe I <i>erheblich pflegebedürftig</i>	1.023,- Euro
Pflegestufe II <i>schwer pflegebedürftig</i>	1.279,- Euro
Pflegestufe III <i>schwerst pflegebedürftig</i>	1.550,- Euro
Härtefälle: <i>Pflegeaufwand in Pflegestufe 3 außergewöhnlich hoch</i>	1.918,- Euro

3.4 DER MEDIZINISCHE DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der fachlich unabhängige Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung. Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, dessen Aufgaben durch die Sozialgesetzbücher V (Bereich Krankenversicherung) und XI (Bereich Pflegeversicherung) definiert sind.

Im Auftrag der Pflegekassen prüfen Ärzte/-innen und Pflegefachkräfte des MDK, ob eine Pflegebedürftigkeit des Versicherten vorliegt und falls ja, in welchem Ausmaß. Hierbei wird auch eine mögliche Einschränkung der Alltagskompetenz beurteilt. Dies ist insbesondere für Personen mit Demenz sehr wichtig, da die Betroffenen oftmals nicht mehr in der Lage sind, ihren Alltag eigenständig zu planen und zu gestalten.

Im Bereich der Krankenversicherung werden durch den MDK z. B. Fragen zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie zur Bereitstellung unterschiedlichster Hilfsmittel (wie Hörgeräte, Rollstühle, etc.) geklärt.

3.5 EINRICHTUNGEN DER LANDKREISE, STADTKREISE UND GEMEINDEN

3.5.1 Pflegestützpunkte

Das am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verfolgt das Ziel, die ambulante Pflege durch die Entwicklung eines neuen Versorgungsangebotes, die Pflegestützpunkte, zu stärken.

Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Bevölkerung wurden in Baden-Württemberg insgesamt 48 Pflegestützpunkte eingerichtet (*siehe 6.2*). Das Beratungsangebot umfasst alle Themen zum Leben im Alter und zur Pflegebedürftigkeit. Bei den Pflegestützpunkten wird ein an den Bedürfnissen der Hilfesuchenden ausgerichteter Unterstützungsbedarf ermittelt, um dann gemeinsam mit den Kosten- und Leistungsträger und unter konkreter Beteiligung der betroffenen Personen passgenaue Lösungen zu erarbeiten.

Den Bürgerinnen und Bürgern steht damit eine Anlaufstelle für alle Belange im Vor- und Umfeld der Pflege zur Verfügung. Bereits bestehende Strukturen wurden integriert und weiterentwickelt, Angebote im Bereich der Selbsthilfe und des Ehrenamtes einbezogen und gefördert. Die Pflegestützpunkte arbeiten eng mit allen erforderlichen Professionen und Leistungserbringern zusammen. Zu nennen sind hier z. B. ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Sozialämter, Ärzte/-innen, Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfe, Betreuungsbehörden, Notare/-innen und Hospizdienste.



Weitere Informationen:
www.bw-pflegestuetzpunkt.de



Für die privat Pflegeversicherten gibt es entsprechende Beratungsangebote durch COMPASS.

Auch die beteiligten Sozialleistungsträger haben durch die Pflegestützpunkte die Möglichkeit, ihre Zusammenarbeit zum Nutzen der Hilfesuchenden zu intensivieren. Das führt dazu, dass die Leistungen besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgerichtet werden können.

Die Anbindung der Pflegestützpunkte an kommunale Träger gewährleistet die erforderliche Neutralität und die Vernetzung aller Angebote in der Altenhilfe.

Die Beratungen in den Pflegestützpunkten erfolgen telefonisch, per Post, per E-Mail oder persönlich. Bei Bedarf auch zu Hause.

Die Pflegestützpunkte prüfen jedoch nicht, ob die Voraussetzungen zum Bezug von Leistungen gegeben sind. Demzufolge entscheiden sie auch nicht über den Bezug von Leistungen. Die Leistungsentscheidung hat der jeweils zuständigen Kostenträger (Krankenkasse, Pflegekasse oder Sozialamt) zu treffen.

3.5.2 Heimaufsicht

Mit der Entscheidung, in ein Heim umzuziehen, stellen sich Betroffene gleichzeitig unter den Schutz des Landesheimgesetzes (LHeimG) und der zum Landesheimgesetz erlassenen Rechtsverordnungen zur baulichen Gestaltung, zum Personal und zur Mitwirkung der Bewohner im Heim. *(Das Landesheimgesetz wird derzeit geändert. Es soll durch das neue Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz ersetzt werden, das voraussichtlich Anfang 2014 in Kraft treten wird.)*

Ältere sowie pflegebedürftige oder behinderte Menschen sind besonders schutzwürdig, weil sie oftmals ihre Rechte und Interessen nicht oder nicht ausreichend selbst vertreten können. Das Landesheimgesetz dient dem Schutz der Bewohner/-innen in stationären Einrichtungen. Es soll dazu beitragen, dass diese ein würdevolles Le-

ben im Heim führen können und ihre Interessen und Bedürfnisse berücksichtigt werden. Die Leistungen, die sie erhalten, sollen bestimmten Qualitäts- und Mindestanforderungen entsprechen. So werden insbesondere auch bauliche Standards, die ein Heim erfüllen muss (z.B. Barrierefreiheit), in der Landesheimbauverordnung festgelegt. Außerdem muss den Bewohner/-innen ein Mitspracherecht in den Angelegenheiten des Heimbetriebes zugestanden werden, die Auswirkungen auf ihre Lebensführung im Heim haben. Um diese Punkte sicherzustellen, wurde als behördliche Stelle die Heimaufsicht geschaffen. Sie erfüllt eine doppelte Aufgabe:

- Beratung in Heimangelegenheiten
- Überwachung und Kontrolle der Heime

Die hierfür zuständige untere Heimaufsichtsbehörde ist bei den Stadt- und Landkreisen angesiedelt.

Information und Beratung

Eine wichtige Aufgabe der Heimaufsicht ist die Information und Beratung der Bewohner/-innen sowie der Heimbeiräte, der Ersatzgremien und Heimförsprecher/-innen über ihre Rechte und Pflichten (§ 4 LHeimG). Eine weitere Aufgabe ist die Information und Beratung von Personen mit berechtigtem Interesse an Heimen sowie den Rechten und Pflichten der Träger und der Bewohner/-innen und von Personen und Trägern, die Heime errichten wollen oder bereits betreiben.

Überwachung

Die Heimüberwachung (§ 10 LHeimG) stellt eine weitere zentrale Aufgabe der Heimaufsicht dar. Hierbei wird geprüft, ob die Heimträger ihre Aufgaben und Verpflichtungen gegenüber den Bewohner/-innen wahrnehmen. Dazu soll die Heimaufsicht grundsätzlich einmal im Jahr unangemeldete Prüfungen in einem Heim vornehmen.

Außerdem ist die Heimaufsicht berechtigt, die Aufzeichnung über die Pflegeplanung und die Pflegeverläufe einzusehen und mit Zustimmung der betroffenen Bewohner/-innen deren Pflegezustand in Augenschein zu nehmen. Mit der Überwachung der Betreuung und Pflege soll deren Qualität gewährleistet werden.





*Für interessierte Personen ist
beim Landesseniorenrat
Baden-Württemberg eine
Broschüre zur Mitwirkung im
Heim erhältlich.
www.landesseniorenrat-bw.de*

Anordnungen und Untersagungen

Hat die Heimaufsicht im Rahmen ihrer Überwachungsmaßnahmen Mängel festgestellt, berät sie den Träger zunächst über die Möglichkeiten der Abstellung der Mängel (§ 11 Abs. 1 LHeimG). Dies gilt selbstverständlich nicht, wenn sofortige Maßnahmen erforderlich sind, um bereits eingetretene Beeinträchtigungen zu beseitigen oder drohende Gefahren für die Bewohner/-innen abzuwenden (§ 12 Abs. 1 LHeimG). Die Anordnungen der Heimaufsicht muss der Heimträger befolgen. Reichen Anordnungen nicht aus, um Missstände zu beseitigen, kann die Heimaufsicht als äußerstes Mittel den Betrieb des Heims untersagen (§ 14 Abs. 1 LHeimG).

3.5.3 Der Heimbeirat in stationären Einrichtungen

Heimmitwirkung

Das Landesheimgesetz (LHeimG) und die Landesheimmitwirkungsverordnung (LHeimMitVO) bilden die Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung im Heim. Das Ziel ist die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Bewohner/-innen von Heimen zu wahren und zu fördern sowie deren Mitwirkung zu sichern.

Die Bewohner/-innen sind berechtigt, in den Angelegenheiten, die ihr Leben im Heim berühren (z. B. Unterkunft, Betreuung und Verpflegung, Maßnahmen zur Förderung der Qualität der Betreuung), mitzuwirken. Diese Mitwirkung erfolgt nicht unmittelbar durch sie selbst, sondern über den Heimbeirat oder ein Fürsprechergremium. Mitwirkung bedeutet Mitsprache, nicht Mitbestimmung. Das heißt, die Entscheidungsbefugnis und damit die Verantwortung für die Entscheidung verbleibt beim Heimträger.

3.6 SOZIALDIENSTE DER KRANKENHÄUSER

Nach einer Behandlung im Krankenhaus benötigen gerade ältere Menschen häufig Unterstützung in den Bereichen Nachsorge, Pflege oder Rehabilitation. Hierbei hilft der Krankenhaussozialdienst, der mit den behandelnden Ärzten, Pflegekräften und weiteren Berufs-

gruppen im Krankenhaus und auch außerhalb eng zusammenarbeitet. Der Krankenhaussozialdienst hat die Aufgabe, einen möglichst reibungslosen Übergang zwischen Behandlung im Krankenhaus und der Rückkehr nach Hause oder einer möglichen Anschlussversorgung sicherzustellen.

Er berät die Patienten/-innen und Angehörigen zu möglichen Hilfsangeboten (z. B. Pflege zu Hause durch Ambulante Pflegedienste, Betreutes Wohnen, Kurzzeitpflege oder Dauerpflege in Pflegeheimen). Soweit gewünscht und möglich, vermittelt der Krankenhaussozialdienst auch entsprechende Angebote.

3.7 NIEDRIGSCHWELIGE BETREUNGSANGEBOTE UND INITIATIVEN DES EHRENAMTES

Im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit verfügt Baden-Württemberg über ein landesweites Netz von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, insbesondere für demenzkranke Menschen. In den Betreuungsgruppen und häuslichen Besuchsdiensten kümmern sich engagierte Bürger/-innen um die Betroffenen und entlasten damit die pflegenden Angehörigen. Zusammen mit den im Aufbau befindlichen Initiativen des Ehrenamts (hier sind Seniorennetzwerke und Pflegebegleiter-Initiativen zu nennen), bestanden 2012 in den Stadt- und Landkreisen in BW über 500 Angebote und Initiativen. Informationen und Beratung zu niedrigschwelligen Betreuungsangeboten (§ 45 c SGB XI) erteilt die Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. und zu Initiativen des Ehrenamts der Landesseniorenrat Baden-Württemberg.

3.8 LANDES- UND KREISSENIORNRÄTE

Der Landesseniorenrat Baden-Württemberg (LSR), die Interessenvertretung der gut 2,7 Millionen Menschen über 60 Jahre, besteht seit 1974. Er ist der Zusammenschluss von Seniorenräten, Seniorenverbänden und Landesorganisationen, die auf dem Gebiet der Altenarbeit tätig sind.



Weitere Informationen:
www.landesseniorenrat-bw.de

Der Wegweiser „Auf der Suche nach der passenden Wohn- und Betreuungsform“ ist eine Broschüre für ältere Menschen und deren Angehörige, die vom LSR und Seniorenräten erstellt worden ist.

Mit „Pflege engagiert“ verantwortet der LSR eine landesweite Beratungs- und Vermittlungsagentur zur Förderung bürgerschaftlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe in der Pflege in BW.

Mit dem Programm „Langlebigkeit verpflichtet“ wurden im Kreise der Älteren sogenannte Multiplikatoren ausgebildet. Diese möchten den Gedanken, sich ehrenamtlich zu engagieren, weiter verbreiten.

Informationen dazu:

*LAG Selbsthilfe
Baden-Württemberg e. V.:
www.lag-selbsthilfe-bw.de*

*Der Paritätische Landesverband
Baden-Württemberg:
www.paritaet-bw.de*

Aufgabe ist es, die Öffentlichkeit auf die Anliegen der älteren Menschen aufmerksam zu machen und mit der Darstellung aller Facetten des Alters gegen ein einseitiges Bild vom Alter hinzuwirken. Im Bereich von Politik und Gesellschaft vertritt der Landesseniorenrat Interessen wie Teilhabe, Selbstbestimmung und Sicherheit. Das Thema Pflege hat für die Seniorenräte/-innen einen zentralen Stellenwert. Sie setzen sich beispielsweise dafür ein, dass es überall qualifizierte Heimbeiräte gibt.

3.9 SELBSTHILFEGRUPPEN

Selbsthilfegruppen sind eine wichtige Unterstützungsmöglichkeit für pflegende Angehörige. Sie helfen, aus der Isolation herauszukommen und Verständnis zu finden. Weiterhin bieten sie die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen, über persönliche Themen zu sprechen oder auch einfach „Dampf abzulassen“. Oft sind Selbsthilfegruppen auch ein Informationspool über pflegerische und finanzielle Fragen und Hilfsangebote.

Das Thema Pflege kann junge und alte Menschen betreffen, Eltern mit pflegebedürftigen Kindern, Menschen mit Behinderung und chronischen Krankheiten, Angehörige und pflegebedürftige Menschen. Entsprechend unterschiedlich sind die Formen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe. So kann das gesamte Thema Pflege im Vordergrund stehen (z. B. bei Demenz oder Koma-Patienten) oder nur ein Aspekt eines Krankheitsbildes sein (z. B. bei Parkinson, Krebs, Spina Bifida).

Selbsthilfegruppen sind unterschiedlich organisiert. In manchen Gruppen tauschen sich nur die pflegenden Angehörigen aus, in anderen treffen sie sich gemeinsam mit den Betroffenen. Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen ergänzen die professionelle und institutionelle Versorgung. Sie können Unterstützung erhalten vom Land Baden-Württemberg, den gesetzlichen Krankenkassen sowie den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen.

4

PROZESS-QUALITÄT IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGE

4.1 EINARBEITUNG UND WEITERBILDUNG DER PFLEGEFACHKRÄFTE

Einarbeitung

Neue Pflegekräfte werden entsprechend einem schriftlichen Einarbeitungsplan strukturiert in ihre Arbeit eingeführt. Die Einarbeitung orientiert sich an dem Leitbild der Einrichtung, dem Pflegekonzept und den festgelegten Pflegeabläufen im Qualitätshandbuch. Dies gewährleistet, dass alle gepflegten Menschen verlässlich und gleichbleibend gut versorgt werden.

Fortbildung

Fort- und Weiterbildungen in der Pflege haben zum Ziel, alle Versorgungsleistungen mindestens auf dem vereinbarten Qualitätsniveau zu halten. Pflegefachkräfte und PflegehelferInnen besuchen regelmäßig Fortbildungen zu wichtigen Bereichen der Pflege und Betreuung. Die Fortbildungen umfassen Themen wie moderne Wundversorgung, Medikamentenmanagement, Erste-Hilfe-Maßnahmen, Umgang mit demenzkranken Menschen, Begleitung von Sterbenden und weitere Themen, wie etwa Gesetzesänderungen. Auch ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen werden durch besondere Fortbildungsangebote gefördert.

4.2 PFLEGERISCHES RISIKOMANAGEMENT

Im Verlauf der Pflegebedürftigkeit entwickeln sich bei einigen Menschen häufig zusätzliche Probleme. Diese müssen von den Pflegenden rechtzeitig erkannt und schon im Vorfeld minimiert werden. Deshalb gehört es zum „aktuellen Stand der pflegerischen Künste“, solche Risikopotenziale zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Schon beim Einzug in ein Pflegeheim oder bei der Aufnahme des Pflegevertrages werden die jeweiligen Risiken der pflegebedürftigen Menschen festgestellt und im Verlauf regelmäßig überprüft.



Damit können ernsthafte Probleme vermieden oder zumindest in ihrer Auswirkung vermindert werden. Die wichtigsten Gefahren sind:

- Unterernährung
- Sturz
- Druckgeschwüre
- Schmerzen, deren Ausmaß bislang nicht erkannt wurde

4.2.1 Pflegestandards

Nationale Expertenstandards
in der Pflege:
[www.pflegewiki.de/wiki/
nationaleexpertenstandards](http://www.pflegewiki.de/wiki/nationaleexpertenstandards)

Nationale Expertenstandards

Grundlage der Risikoerfassung sind die „nationalen Expertenstandards“, in welchen die Grundsätze der pflegerischen Handlungen sowie wichtige Leitlinien für die Pflege detailliert aufgeführt sind. Die Standards transportieren die aktuellen Erkenntnisse der Pflegewissenschaft in die Praxis. Sie werden vom Deutschen Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelt.

Die wichtigsten Expertenstandards sind:

- Ernährungsmanagement
- Sturzprophylaxe
- Verhinderung von Druckgeschwüren (Dekubitus)
- Schmerzmanagement (akuter oder chronisch-tumorbedingter Schmerz)
- Förderung der Harnkontinenz
- Chronische Wunden
- Entlassmanagement



Die weit überwiegende Anzahl ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen hat die nationalen Expertenstandards in der Pflege verankert oder konkrete Maßnahmen hierfür geplant (Tab. 4). Damit wird die pflegerische Versorgung auf der Basis des anerkannten pflegewissenschaftlichen und pflegefachlichen Standards sichergestellt.

Tabelle 4: Implementierung von Expertenstandards in Baden-Württemberg 2012.

Nationaler Expertenstandard	Prozentualer Anteil der Implementierungen	
	Ambulante Einrichtungen	Stationäre Einrichtungen
Ernährungsmanagement	71	95
Sturzprophylaxe	91	96
Dekubitusprophylaxe <i>(Verhinderung von Druckgeschwüren/Wundliegen)</i>	95	97
Schmerzmanagement	76	91
Förderung der Harnkontinenz	73	89
Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	82	86

Quelle: MDK BW, 2012

Weitere Pflegestandards

Die stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste entwickeln auf der Basis ihrer Rahmenbedingungen und ihres speziellen Auftrages Pflegevorschriften, die dem Pflegepersonal als Richtlinie für die tägliche Arbeit dienen. Pflegestandards enthalten immer klare und nachweisbare Regeln und sind damit ein wichtiges Element, die professionelle Pflegequalität zu sichern.

4.3 QUALITÄTSMANAGEMENT DER EINRICHTUNGEN UND ZERTIFIKATE

Alle Vorschriften, Handlungsanweisungen, Risikoerfassungen, Dokumentationen der Pflege und Organisationsabläufe werden schriftlich erfasst. Diese Dokumente und Vorlagen sind im Qualitätshandbuch jeder pflegerischen Einrichtung zu finden. Von der Leitung der Einrichtung und speziellen Mitarbeiter/-innen wird geprüft, ob die Vorschriften und Anweisungen eingehalten werden. Damit entsteht ein umfassendes System, das sichere und qualitativ gute Pflege ermöglicht.



Im sogenannten Qualitätszirkel treffen sich Mitarbeiter/-innen aus den verschiedensten Bereichen, um gemeinsam Verbesserungen zu diskutieren und umzusetzen.

Zu den verantwortlichen Pflegefachkräften und der Pflegedienstleitung (die die Qualität der Pflege organisiert, leitet und kontrolliert) kommen weitere Mitarbeiter/-innen mit bestimmten Funktionen hinzu. Dies sind z. B. Beauftragte für Arbeitssicherheit und Hygiene.

4.3.1 Regionale Qualitätszirkel und trägerbezogenes Benchmarking

Träger, die mehrere Heime betreiben, vergleichen die Ergebnisse ihrer einzelnen Einrichtungen miteinander. Die jeweils beste Einrichtung gibt dann das Ziel, die sogenannte Benchmark, vor. Dieses Ziel soll von den anderen Einrichtungen ebenfalls erreicht werden. Darüber hinaus haben bislang acht Prozent der ambulanten Pflegeeinrichtungen und 19 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen ein Qualitätssiegel erworben.

Als ein Beispiel eines trägerübergreifenden und regional agierenden Bündnisses für Qualität gibt es den Qualitätssicherungsverbund in Heilbronn. Hier finden u. a. wechselseitige Begehungen der Heime statt.

4.4 FEHLERMANAGEMENT UND BESCHWERDEMANAGEMENT

Ein offener Umgang mit Beschwerden von Bewohner/-innen, Angehörigen und Mitarbeiter/-innen ermöglicht es den stationären Pflegeeinrichtungen, sich eigener Schwachstellen bewusst zu werden und Ihre Qualität zu verbessern. Nahezu (97 Prozent) alle Pflegeeinrichtungen haben schriftliche Regelungen zur Erfassung und Auswertung von Beschwerden erstellt und setzen diese nachweislich um.

Darüber hinaus führen 80 Prozent der Pflegeeinrichtungen regelmäßig Pflegevisiten durch. Bei der Pflegevisite werden pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen gefragt, wie zufrieden sie mit der Pflege sind. Die verantwortliche Pflegefachkraft begleitet ihre Mitar-

beiterInnen bei pflegerischen Maßnahmen. Hierbei wird geprüft, ob die Pflege fach- und sachgerecht durchgeführt wird und inwieweit die pflegerischen Hilfestellungen dem aktuellen Hilfebedarf des pflegebedürftigen Menschen entsprechen. Dies sind zeitaufwändige, aber effektive Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung.

4.5 EXTERNE PRÜFINSTITUTIONEN

Die Landesverbände der Pflegekassen beauftragen externe Prüfinstitutionen, Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg durchzuführen.

Für die ambulanten Pflegedienste hat der MDK von den Pflegekassen den Auftrag, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu prüfen. Darüber hinaus wurde der MDK beauftragt, die Rechnungen für erbrachte grund- und behandlungspflegerische Leistungen stichprobenhaft bei gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen zu prüfen. Diese Rechnungsprüfungen werden nur in Baden-Württemberg durchgeführt.

Bei den stationären Pflegeeinrichtungen werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität regelmäßig von den Heimaufsichtsbehörden geprüft. Die Landesverbände der Pflegekassen haben zusätzlich dem MDK die umfassende Prüfung der Ergebnisqualität übertragen. Dabei bewertet der MDK, ob die festgestellten Mängel bei der pflegerischen Versorgung so gravierend sind, dass die Bewohner/-innen bereits einen Gesundheitsschaden erlitten haben. In diesen Fällen werden die zuständige Heimaufsichtsbehörde und der federführende Landesverband der Pflegekassen sofort informiert, damit sie umgehend die notwendigen Maßnahmen zum Schutz der Bewohner/-innen einleiten können. Diese strukturierte Vorgehensweise bei gravierenden Pflegemängeln gibt es bislang ausschließlich in Baden-Württemberg.

Externe Qualitätsprüfungen werden auch durch den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. vorgenommen.





Um die Interessen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu stärken, hat der Gesetzgeber für mehr Transparenz im Pflegemarkt gesorgt: Die Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie deren Qualität müssen veröffentlicht werden. Seit Juli 2009 bilden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen die Grundlage für die Ermittlung und Veröffentlichung von Pflegenoten.

Die Transparenzvereinbarungen

Welche Ergebnisse veröffentlicht werden und nach welchen Kriterien die Einrichtungen bewertet werden, regeln die sogenannten Transparenzvereinbarungen. Diese sind bundesweit gültig.

Bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen werden vier Qualitätsbereiche geprüft:

- Pflegerische Leistungen
- Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen
- Dienstleistung und Organisation
- Befragung der Kunden

Bei den stationären Pflegeeinrichtungen werden fünf Qualitätsbereiche geprüft:

- Pflege und medizinische Versorgung
- Umgang mit demenzkranken Bewohnern
- Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene
- Befragung der Bewohner/-innen

Was wird publiziert?

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in den jeweiligen Qualitätsbereichen werden im Internet auf verschiedenen Plattformen der Pflegekassen veröffentlicht wie z. B.

www.aok-pflegenavigator.de

www.bkk-pflegefinder.de

www.der-pflegekompass.de/ikk

www.pflegelotse.de

6.1 REGIONALE VERTEILUNG DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGE-EINRICHTUNGEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Das Land Baden-Württemberg weist eine hohe Dichte sowohl ambulanter als auch stationärer Pflegeeinrichtungen auf.

Insgesamt 999 ambulante Pflegeeinrichtungen und 1.464 stationäre Pflegeeinrichtungen (ohne Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen) verteilen sich über die vier Regierungsbezirke.

Abbildung 5

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2012.

Quelle: MDK BW, 2012

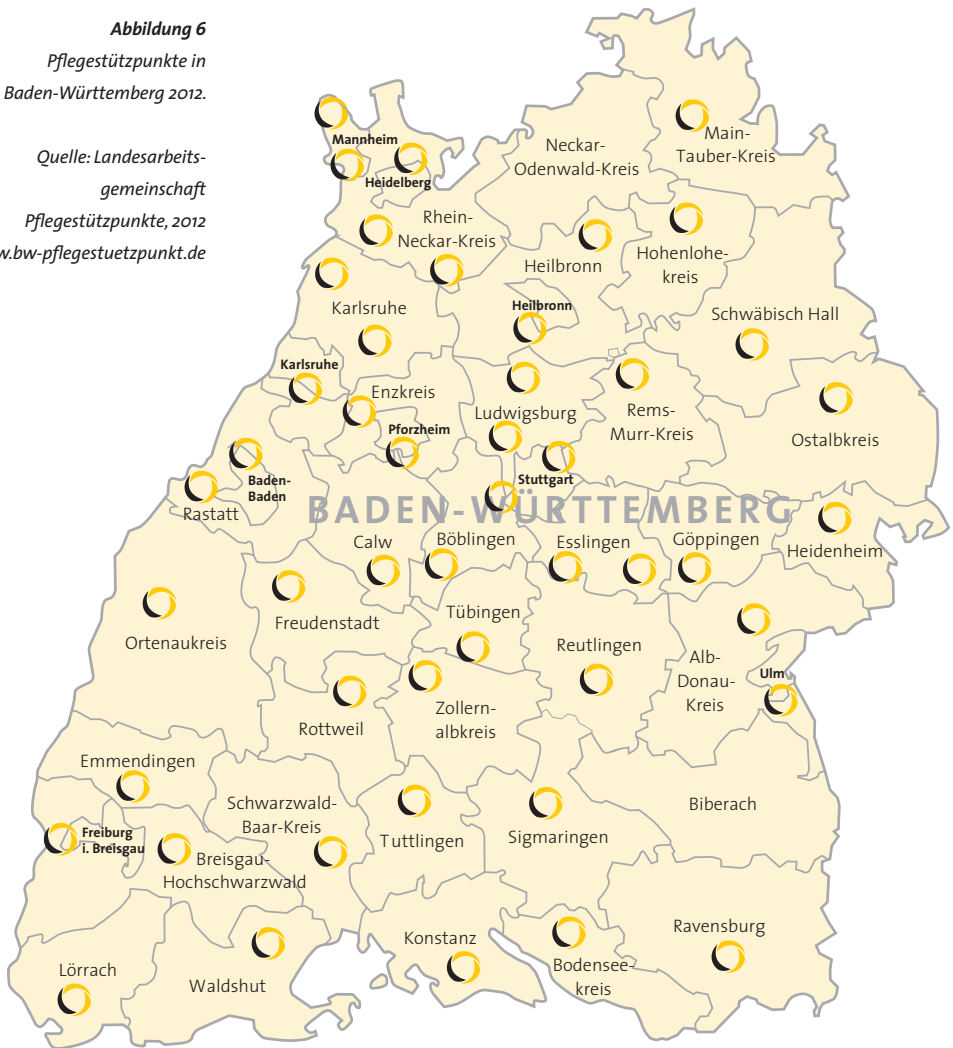


6.2 REGIONALE VERTEILUNG DER PFLEGESTÜTZPUNKTE IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Die Pflege- und Krankenkassen haben 2009 gemeinsam mit den Kommunalen Landesverbänden den Verein „Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte“ ins Leben gerufen.

Abbildung 6
Pflegestützpunkte in
Baden-Württemberg 2012.

Quelle: Landesarbeits-
gemeinschaft
Pflegestützpunkte, 2012
www.bw-pflegestuetzpunkt.de



In den 48 Pflegestützpunkten (Abb. 6), die in den baden-württembergischen Stadt- und Landkreisen eingerichtet wurden, wird die Beratung über die pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen und deren Vernetzung unter einem Dach gebündelt. Den Bürger/-innen soll damit eine Anlaufstelle für alle Belange im Vor- und Umfeld der Pflege zur Verfügung stehen (siehe Kapitel 3.5.1 „Pflegestützpunkte“).

6.3 REGIONALE VERTEILUNG DER QUALITÄT

Die Kernkriterien zur Sicherstellung einer fach- und sachgerechten Pflege auf der Basis der nationalen Expertenstandards sind:

- Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Mobilität (Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe und pflegerisches Schmerzmanagement).

Da diese Kriterien bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen nur geprüft werden, wenn die Pflegebedürftigen entsprechende Leistungen mit dem ambulanten Pflegedienst vereinbart haben, können für die ambulanten Pflegeeinrichtungen keine flächendeckenden Daten erhoben werden.

Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen zeigen die Ergebnisse, dass in BW in allen vier Regierungsbezirken eine fach- und sachgerechte Pflege, basierend auf dem aktuellen pflegewissenschaftlichen und pflegefachlichen Stand, durchgeführt wird (siehe Abb. 7 und 8).

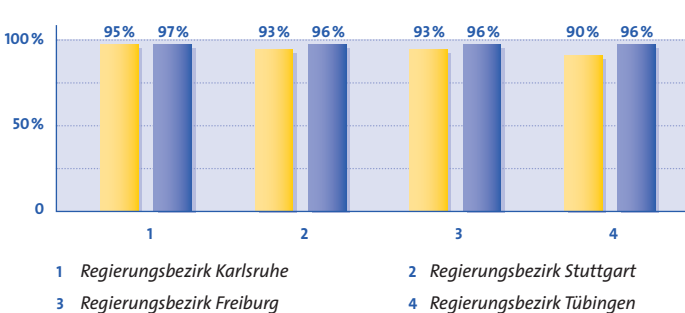


Abbildung 7

Prüfergebnisse 2012 des MDK zu den Kriterien Ernährung und Flüssigkeitsversorgung.

Quelle: MDK BW, 2012

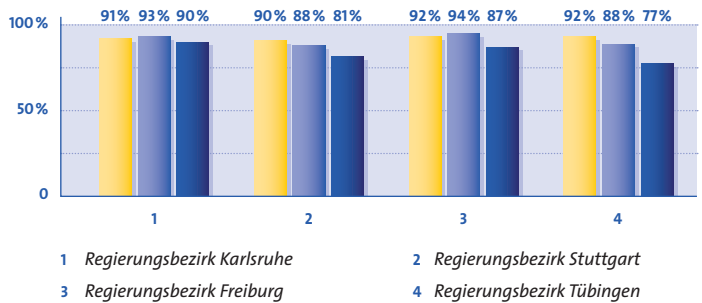
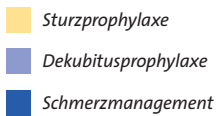
■ Ernährung
■ Flüssigkeitsversorgung

6. REGIONAL-QUALITÄT

Abbildung 8

Prüfergebnisse 2012 des MDK zu den Kriterien Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe und Schmerzmanagement.

Quelle: MDK BW, 2012



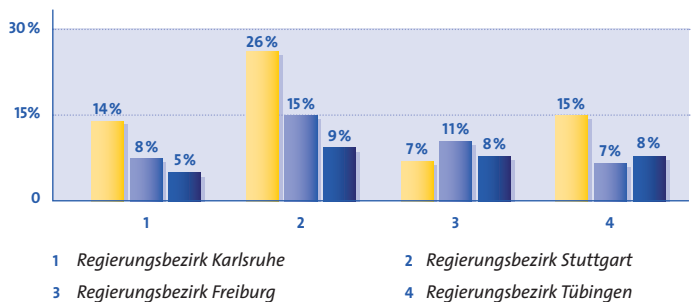
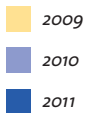
Trotz aller qualitätssichernder Maßnahmen können auch gravierende Pflegemängel auftreten. Ein gravierender Pflegemangel liegt z. B. vor, wenn ein Heimbewohner deutlich an Gewicht verloren hat und dieser Gewichtsverlust über längere Zeit nicht erkannt und folglich auch nicht behandelt wurde. In Baden-Württemberg wurde daher ein Verfahren etabliert, mit dem gravierende Pflegemängel identifiziert und beseitigt werden können.

Durch die gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten wurde die Anzahl gravierender Pflegemängel in den letzten Jahren konsequent reduziert (Abb. 9).

Abbildung 9

Häufigkeit gravierender Pflegemängel bei der Prüfung durch den MDK in den Jahren 2009-2011.

Quelle: MDK BW, 2012



7

PFLEGEBEDÜRFTIG – WAS NUN? EINE CHECKLISTE

A) WAS KANN NOCH SELBST ERLEDIGT WERDEN? IN WELCHEN BEREICHEN BESTEHT ODER ZEICHNET SICH HILFEBEDARF AB?

Hilfebedarf in den Bereichen

- **Pflegerische Alltagshilfen**
(z. B. An-, Auskleiden, Körperpflege, Toilettengang)
→ Kann durch professionelle Pflege erbracht werden
(z. B. Ambulante Pflegedienste, Pflegeheime)
- **Hauswirtschaftliche Arbeiten**
(z. B. Wohnungsreinigung, Wäsche waschen, einkaufen, kochen)
oder **sonstige Hilfen** (z. B. Betreuung)
→ Kann durch ehrenamtliche Kräfte, Nachbarschaftshilfe
oder durch professionelle Pflegedienste erbracht werden
- **Behandlungspflegerische Leistungen**
(z. B. Wundversorgung)
→ Verordnung vom Hausarzt über Häusliche Krankenpflege
einholen, die ggf. ein ambulanter Pflegedienst erbringen kann



B) WIE LANGE KANN EIN PFLEGEBEDÜRFTIGER ANGEHÖRIGER IN DER EIGENEN WOHNUNG BLEIBEN?

Entscheidend:

- Umfang des Pflegebedarfs und voraussichtliche Dauer
- Ausmaß des Betreuungsbedarfs
(z. B. bei demenzieller Erkrankung)
- Wohnung an Pflegesituation angepasst
- Ehepartner/Angehörige, hilfsbereite Nachbarn und Dritte
vorhanden und geschult (Schulungen/Anleitung der pflegenden
Angehörigen durch ambulante Pflegedienste möglich; Gesprächs-
kreise und Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige)
- Hausnotruf vorhanden
- Essen auf Rädern
- Organisierte Nachbarschaftshilfe
- Gute pflegerische Versorgung durch ambulante Pflegedienste
- Entlastende Unterstützung (z. B. Tagespflege, Kurzzeitpflege)



Demenziell erkrankte Pflegebedürftige

- Situation von Demenzkranken und deren Angehörigen beleuchten
- Über Hilfs- und Entlastungsangebote nachdenken:
z. B. ambulante Betreuung, Tagespflege, Kurzzeitpflege
- Grenzen der häuslichen Versorgung klären

C) WAS MUSS GEGEBENENFALLS IN DER WOHNUNG ANGEPASST WERDEN?

- Hierüber informiert der ambulante Pflegedienst
- Die Pflegekasse zahlte in 2012 auf Antrag bis zu 2.557,- Euro Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen (z. B. Türverbreiterungen, Umbau des Badezimmers)

D) ERSTE SCHRITTE NACH EINTRITT DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

- Gespräche mit Haus- und Fachärzten / Sozialdiensten bei Krankenhaus- und Reha-Aufenthalten
- Abklärung der Möglichkeit einer Rehabilitation
- Abklärung der Finanzierung (ggf. Sozialhilfeträger kontaktieren)
- Abklärung ggf. vorhandener Vollmachten / Patientenverfügungen und ob das Einsetzen eines Betreuers notwendig ist
- Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe über die Pflegekasse
- Übergangslösungen (z. B. Kurzzeitpflege), ggf. Arbeitsfreistellung der Angehörigen
- Individuelle Versorgungsform finden (ambulante Pflege, teilstationäre oder vollstationäre Pflege)

E) ANSPRECHPARTNER FÜR INFORMATIONEN UND BERATUNGEN

- Sozialdienste der Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen
- Pflegestützpunkte in den Stadt- und Landkreisen
- Beratungs- und Koordinierungsstellen der Altenhilfe
- Pflegeheime und ambulante Pflegedienste
- Personalabteilung / Betriebsrat für pflegende Angehörige

AUSWAHL VON INFORMATIONSMEDIEN

Stand: 1. Juli 2013

Checklisten für den Fall der Pflegebedürftigkeit
in deutscher, türkischer, italienischer und griechischer Sprache

www.sozialministerium-bw.de/de/Pflege/82102.html

Checkliste des Bundesministeriums für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend (BMFSFJ): „Wie finde ich das richtige Heim?“

www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/316.html



Pflegeheimverzeichnisse und Pflegedatenbanken

www.bwkg.de/datenbanken/krankenhaus-reha-und-pflegeheimfuehrer.html

<http://www.gesundheitsforum-bw.de/gesundheitsforumbw/Qualitaetsberichte/Seiten/Transparenzberichte-der-Pflegeheime.aspx>

mit einer Lesehilfe zu den Transparenzberichten

www.aok-pflegenavigator.de

www.der-pflegekompass.de/ikk

www.bkk-pflegefinder.de

www.pflegelotse.de

www.pflegeboersen.de





Informationsseiten für Menschen mit Demenz

www.alzheimer-bw.de

www.wegweiser-demenz.de

www.alzheimer-demenz.de

www.bmg.bund.de/pflege/demenz.html



Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte

www.bw-pflegestuetzpunkt.de

Informationen des Bundes und der Sozialhilfeträger
zu Wohnformen im Alter

www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=133804.html

www.serviceportal-zuhause-im-alter.de

www.kvjs.de/forum-b-wohnen.html

Informationen des Bundes zur (Familien-)Pflegezeit

www.familien-pflege-zeit.de/

www.familienpflegezeit-aktuell.de/

[www.bmg.bund.de/pflege/hilfen-fuer-angehoerige/
pflegezeit.html](http://www.bmg.bund.de/pflege/hilfen-fuer-angehoerige/pflegezeit.html)

www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/themen-lotse,did=183772.html

Informationen des Justizministeriums Baden-Württemberg zu
(Vorsorge-) Maßnahmen für den Betreuungsfall

[www.justizministerium.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/
menu/1153555/index.html](http://www.justizministerium.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/menu/1153555/index.html)

[www.justizministerium.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/
menu/1153545/index.html](http://www.justizministerium.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/menu/1153545/index.html)

[http://www.justizministerium.baden-wuerttemberg.de/
servlet/PB/show/1275326/Patientenverfugung%20Internet%
20-%202012%20-%20.pdf](http://www.justizministerium.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/show/1275326/Patientenverfugung%20Internet%20-%202012%20-%20.pdf)

Allgemeine und aktuelle Informationen zum Thema Pflege

www.vz-bawue.de/Gesundheit-Pflege-1

www.aok-gesundheitspartner.de/bund/pflege/index.html

www.landesseniorenrat-bw.de

Informationen für privat Pflegeversicherte

www.compass-pflegeberatung.de

www.derprivatpatient.de

