

report bayern

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Sept. 2011

ersatzkassen

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Am Problem der Überversorgung vorbei

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – besser bekannt als „Gesetz gegen Ärztemangel“ – steht vor den letzten parlamentarischen Hürden. Ob die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Instrumente zur Beseitigung von Über- und Unterversorgung ausreichen, ist mehr als fraglich.

Was bedeutet „Ärztemangel“?

Das Verblüffende ist, dass weder der Gesetzgeber noch die Interessenvertreter der deutschen Ärzteschaft in der Lage sind, den Begriff „Ärztemangel“ genau zu definieren. Noch merkwürdiger ist die Tatsache, dass man Anfang der 90er-Jahre bei einer Ärztedichte von 300 Ärzten pro 100.000 Einwohner von einer Ärzteschwemme sprach und heute bei 380 Ärzten auf 100.000 Einwohner einen Ärztemangel beklagt.

Von 1990 bis 2009 stieg die Zahl der Vertragsärzte, das sind Ärzte, die an der ambulanten Versorgung der gesetzlich Versicherten teilnehmen, um sage und schreibe 51,3 Prozent. In 89 Prozent der Planungsbereiche in Deutschland herrscht ein

In dieser Ausgabe:

- **Christine Haderthauer**
Weichenstellung für die Zukunft der Pflegeversicherung
- **Thomas Ballast**
Pflegeversicherung zukunftsfest machen!
- **Martina Hasseler**
Noch kein Goldstandard für Prüfung, Messung und Darstellung von Pflegequalität

Überangebot an Ärzten. Die restlichen elf Prozent der Planungsbereiche sind immerhin regelversorgt und nur in verschwindend geringen Ausnahmefällen unterversorgt. Der GKV-Spitzenverband stellte fest: „Wir haben in überversorgten Gebieten 25.000 niedergelassene Ärzte zu viel und in Mangelregionen lediglich 800 niedergelassene Ärzte zu wenig“. Laut einer vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen Studie der Prognos AG könnten fast 12.000 Arztpraxen in Deutschland ohne Nachteile für die medizinische Versorgung der Bevölkerung vom Markt genommen werden.

Felix Bavaria!

Noch gravierender ist die vertragsärztliche Überversorgung in Bayern. Nach Angaben der Bayerischen Landesärztekammer stieg die Zahl der ambulant tätigen Ärzte in den letzten zehn Jahren um 12,7 Prozent. Noch rasanter wuchs die Zahl der Ärzte im Krankenhausbereich: Ein Plus von 30,8 Prozent. Der Zuwachs der Bevölkerung Bayerns blieb dagegen weit hinter diesen Zahlen zurück und erreichte in den Jahren 2001 bis 2010 lediglich 1,7 Prozent. Alle 79 Planungsbereiche in Bayern sind überversorgt mit Anästhesisten, Chirurgen, fachärztlichen Internisten und Chirurgen. In 99 Prozent der Planungsbereiche gibt es zu viele Nervenärzte, Radiologen und Urologen. Ein Überangebot an HNO- und Hautärzten herrscht in 92 Prozent aller Planungsbereiche. Lediglich mit den Augenärzten sind „nur“ 84 Prozent der Planungsbereiche überversorgt.

Allen „Hiobsbotschaften“ zum Trotz herrscht auch im hausärztlichen Bereich Überversorgung. So lag der Versorgungsgrad der Bevölkerung mit den Hausärzten im Jahr 2010 bei 112 Prozent. Im bundesweiten Vergleich hat sich Bayern damit von Platz zwei (2006) auf Platz eins (2010) verbessert. 2010 gab es ein Überangebot an Hausärzten in 56 Prozent der 79 Planungsbereiche. Auch hier hat sich die Situation in den Jahren 2006 bis 2010 keineswegs verschlechtert. Die Zahl der mit den Hausärzten überversorgten Planungsbereiche stieg in diesem Zeitraum von 30 auf 44.

Ein sozioökonomisches Problem

In der Diskussion über den „Ärztemangel“ wird der Gegensatz zwischen Stadt und Land, zwischen Bal-

lungsräumen und ländlichen Gegenden postuliert. Danach fehlen Ärzte auf dem Lande. Das ist zu kurz gegriffen und verschleiert die wirkliche Ursache für die ärztliche Unterversorgung. Die bayerischen Landkreise Starnberg und Garmisch-Partenkirchen sind keine Metropolen. Und dennoch hat Starnberg den höchsten und Garmisch-Partenkirchen den vierthöchsten Versorgungsgrad mit den Hausärzten bundesweit. Starnberg ist eklatant überversorgt mit fachärztlichen Internisten (Versorgungsgrad 536,2 Prozent, Platz drei bundesweit), HNO-Ärzten (Versorgungsgrad 234,3 Prozent, Platz drei bundesweit) und Kinderärzten (Versorgungsgrad 250,1 Prozent, Platz vier bundesweit). In Garmisch-Partenkirchen herrscht massives Überangebot an Kinderärzten (Versorgungsgrad 276,5 Prozent, Platz zwei bundesweit), Orthopäden (Versorgungsgrad 254,8 Prozent, Platz drei bundesweit), Psychotherapeuten (Versorgungsgrad 519,6 Prozent, Platz drei bundesweit) und fachärztlichen Internisten (Versorgungsgrad 480,4 Prozent, Platz fünf bundesweit).

Die Ursache dafür, dass mancherorts in Deutschland Ärzte fehlen, liegt nicht in der Geographie, sondern in der Sozioökonomie: Betroffen sind strukturschwache Gebiete. Das können bestimmte Landstriche, aber auch einzelne Stadtteile sein. Ärzte sind nicht gewillt, sich dort niederzulassen, wo die Lebensqualität ihren Erwartungen nicht entspricht. Hier geht es nicht nur um die ärztlichen Honorare. Mit mehr Geld allein wird man das Problem nicht lösen. Das geben sogar die Ärztfunktionäre zu. Für die Schaffung gleichwertiger Lebensbedingungen sind laut dem Grundgesetz der Bundesrepublik Bund und Länder zuständig. Die gesetzlichen Krankenkassen wären mit dieser Aufgabe eindeutig überfordert.



Dr. Ralf Langejürgen,
Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

DER KOMMENTAR

Medizinische Versorgungsstrukturen verbessern!

Die Reform der medizinischen Versorgungsstrukturen, die mit dem GKV-VSG angegangen werden soll, verengt sich derzeit zu sehr auf das reine „Ärzte zählen“. Statt einer längerfristig angelegten Bekämpfung der Über- und Unterversorgung im ambulanten Sektor bleibt es in vielen Fällen bei dem wiederholten Ruf nach mehr „Landärzten“.

Weder der Grundsatz „Mehr Geld ins System“ noch das schlichte Motto „Mehr Ärzte in die Versorgung“ bringen uns wirklich voran. Wir brauchen ein patientenfreundliches und transparentes Gesundheitswesen, das sich an den medizinischen Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert, ein Gesundheitswesen, das wirtschaftlich und effizient ist.

Es bedarf mehr Fantasie und guter Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen, um die demographischen Herausforderungen bewältigen zu können. Dabei helfen keine kurzatmigen Anpassungsprogramme, sondern demographie-feste Reformen, die nicht nur „geographisch“ umschichten, sondern einer veränderten Altersstruktur unserer Gesellschaft auch mit einer veränderten Versorgungsstruktur begegnen. Das geht nur mit neuen Versorgungsformen, einer effektiveren Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor und mehr Flexibilität in der Versorgungssteuerung.

Pflegeversicherung – ein Pflegefall?

Fachtagung des vdek und der Hanns-Seidel-Stiftung

In einer vom Verband der Ersatzkassen (vdek) und der Hanns-Seidel-Stiftung organisierten Fachtagung unter dem Titel „Pflegeversicherung – ein Pflegefall?“ diskutierten die bayerische Sozialministerin Christine Haderthauer, die renommierte Pflegeexpertin Professor Dr. Martina Hasseler und der vdek-Vorstandsvorsitzende Thomas Ballast über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Pflegereform. Einigkeit bestand darin, dass dringender Handlungsbedarf besteht und dass die Regierungskoalition das Reformvorhaben zeitlich nicht weiter

verzögern darf: „Lieber jetzt handeln, als später jammern“.

Die diskutierten Vorschläge für eine nachhaltige Reform der Pflegeversicherung sind, dessen waren sich die Redner bewusst, seit langem bekannt. Das Ziel der Veranstaltung war es, ein deutliches Signal in Richtung Berlin zu setzen, die Thematik endlich konstruktiv anzugehen.

Im Folgenden finden Sie eine Zusammenfassung der Kernaussagen der Referenten.

Christine Haderthauer

Weichenstellungen für die Zukunft der Pflegeversicherung

In der Einleitung zu ihrem Statement betonte die bayerische Sozialministerin Christine Haderthauer, dass die Menschen im Lande erwarten, dass sich die Politik um die richtigen Weichenstellungen für die Pflege der Zukunft kümmert. Ihrer Meinung nach sollen die Politiker deutlich machen, dass sie gewillt sind, längerfristiger als in Wahlzyklen zu denken. Dies würde die Mehrheit der Bevölkerung durchaus honorieren. Christine Haderthauer wies darauf hin, dass die Meinungsbildung zur Zukunft der Pflegeversicherung inhaltlich noch nicht abgeschlossen ist. Zudem gehen die Meinungen auf Bundesebene über die Eckpunkte der künftigen Pflegefinanzierung immer noch weit auseinander.

Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zügig umsetzen

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung muss jede zweite Frau und nahezu jeder dritte Mann damit rechnen, an Demenz zu erkranken. Das verändert natürlich massiv den Pflegebedarf und zwar in gravierender Weise. Momentan wird der Pflegeaufwand für an Demenz Erkrankte noch nicht in den Pflegestufen abgebildet, da der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff die Pflegebedürftigkeit noch allein von der körperlichen Einschränkung ableitet.

Und obwohl ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff schon lange erarbeitet worden ist, wird seine Umsetzung seit über zwei Jahren auf Bundesebene mit dem Hinweis verzögert, dass die zur Konkretisierung der künftigen Pflegebedarfsgrade erstellten Typisierungsgutachten noch nicht vorliegen bzw. noch nicht ausgewertet seien. Deshalb kann der neue Pflegebedürftig-

keitsbegriff nicht mit entsprechenden Leistungen unterlegt werden. Solange dies nicht geschieht, bleibt offen, wie viel Geld hierfür im System mobilisiert werden muss. Hier sieht Christine Haderthauer das Bundesgesundheitsministerium in der Verantwortung, zügig für Lösungen zu sorgen.



Bayerische Sozialministerin
Christine Haderthauer.

Pflegende Angehörige – der größte Pflegedienst der Nation

Nach Auffassung der bayerischen Sozialministerin verdienen pflegende Angehörige, jeden Tag mit einem Dankesgebet und großen Respektbekundungen bedacht zu werden, weil sie als Pflegedienst der Nation in letzter Konsequenz unverzichtbar sind und einen ganz wesentlichen Beitrag zur Bewältigung der Altenpflege leisten. Leider treten sie gemessen an ihrer eigentlichen Bedeutung in der pflegepolitischen Diskussion kaum in Erscheinung.

Es müssen dringend die Fragen geklärt werden, wie die finanzielle Absicherung von pflegenden Angehörigen aussieht, wie diese Tätigkeit in der Rente und in der Sozialversicherung honoriert wird und natürlich auch, ob man Familien nicht irgendwann auch einmal die volle steuerliche Absetzbarkeit für beschäftigte Hilfskräfte zugestehen kann.

Bessere Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gehören genauso dazu wie Unterstützungsangebote und zeitliche Entlastung. Die Einführung der Familienpflegezeit war ein erster wichtiger Schritt, aber hier gibt es durchaus noch Verbesserungsbedarf.

Gute Pflege kostet auch (mehr) Geld

„Ambulant vor stationär“ heißt auch „Reha vor Pflege“. Die wenigsten in unserer Gesellschaft haben wirklich verinnerlicht, dass das Ziel der Rehabilitation auch die Überwindung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit sein muss. Dass diese Erkenntnis nicht automatisch vorhanden ist, liegt unter anderem an der Finanzierung von Reha und Pflege: Die Krankenkassen tragen die Reha-Kosten, obwohl in erster Linie die Pflegekassen vom Erfolg der Reha-Maßnahmen profitieren. Hier zu prüfen, wie man Fehlanreize abbauen kann, ist sicherlich eine lohnende Aufgabe. Das geht bis hin zur Prüfung, ob es nicht sinnvoll sein kann, die finanzielle Verantwortung für Reha und Pflege zusammenzulegen.

Die bevorzugte staatliche Förderung der ambulanten Pflegeangebote, sei es ambulant betreute Wohngemeinschaften, ambulante Hausgemeinschaften oder auch neues Seniorenwohnen, ist damit zu erklären, dass stationäre Einrichtungen in unserer Gesellschaft bereits etabliert sind und auch gut funktionieren. In diesem Bereich ist in den letzten Jahren ein funktionsfähiger Markt entstanden, sodass der Oberste Rechnungshof vor einigen Jahren sogar verboten hatte, hier mit Steuergeldern Investitionskosten zu bezuschussen.

Aber bei den ambulanten Formen gibt es noch viel anzuschieben. Da sind, gerade wenn es um Innovationen und Modellprojekte geht, Steuergelder durchaus noch gut angelegt. Hier noch weit mehr Phantasie zu befördern, um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ mit Leben zu erfüllen, ist ein zentrales Anliegen der bayerischen Sozialpolitik.

Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs

Die Vorstellungen von einer guten Pflege sind ausreichend bekannt und die Erwartungen der Betroffenen sind hoch. Dagegen mangelt es an der Bereitschaft, dafür zu zahlen. Christine Haderthauer kritisierte, dass das Bewusstsein dafür, dass gute Pflege ihren Preis hat, in unserer Gesellschaft zu wenig verbreitet ist.

In diesem Land sind alle bereit, denjenigen ein hohes Gehalt zuzubilligen, die mit Technik zu tun haben, die etwas produzieren. Wenn man aber nicht bereit ist, die Pflegenden gut zu bezahlen, wie andere hochverantwortliche Berufe, dann wird man auch keine

Pflegekräfte bekommen, die unseren Ansprüchen gerecht werden! Wenn man sich eine gute Pflege leisten will, muss man auch bereit sein, dafür angemessen zu zahlen.

Pflege-TÜV – eine Totgeburt

Hart ins Gericht ging die bayerische Sozialministerin mit dem Pflege-TÜV. Das eingeführte System der Pflegenoten hält Christine Haderthauer für eine Totgeburt. Der Grundfehler sei der Ansatz, Dokumentation statt Ergebnisqualität zu prüfen. Die Akzeptanz von solchen Prüfungen geht gegen Null, wenn jeder weiß, dass es letztlich ein Schönschreibwettbewerb ist.

Dazu kommt dann auch, dass die Prüfer des MDK, damit das Ganze bundesweit vergleichbar ist, nur nach Zufallsstichproben prüfen dürfen. Also muss der Prüfer, der ja fachlich top fit ist und mit seiner Erfahrung genau weiß, wo er hinschauen muss, seinen Sachverstand ausschalten und nach einer Art „Zufallsgenerator“ prüfen, damit Berlin und Kempten vergleichbar sind. Welcher Angehörige braucht denn die Vergleichbarkeit zwischen Berlin und Kempten? Jeder sucht doch örtlich gebunden ein Pflegeheim für seine Angehörigen und benötigt diesen bundesweiten Vergleich gar nicht!

Solidarisch, generationenfest, systemimmanent!

In Deutschland hat sich bei der Finanzierung der Sozialversicherungen das Umlagesystem bewährt und wird von den Menschen breit akzeptiert. Gelernt und breit akzeptiert ist auch der Gedanke der paritätischen Solidarität: Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollen gemeinsam und zu gleichen Teilen die Lasten der Sozialversicherung tragen. In Folge der jüngsten Finanzkrise hat sich das Interesse an Kapitaldeckung als Gegenmodell zum Umlagesystem deutlich relativiert. In diesem Lichte muss auch die ursprüngliche Festlegung im Koalitionsvertrag auf Bundesebene neu beurteilt werden.

Auch Instrumente wie Zusatzbeitrag und steuerfinanzierter Sozialausgleich haben nach den Erfahrungen mit der letzten Gesundheitsreform rapide ihren Charme verloren. Daraus muss man für die Reform der Pflegeversicherung unbedingt lernen und bei folgenden Grundaussagen zur Finanzierung bleiben: Solidarisch, generationenfest, systemimmanent!

Um das Umlagesystem demografiefest und generationengerecht organisieren zu können, schlägt die bayerische Sozialministerin vor, Teile aus den derzeitigen Beitragszuflüssen abzuzweigen und einen Zukunftsfonds aufzubauen. Für diesen Zweck eine gesonderte Säule in einem separaten System mit Kapitaldeckung und Zusatzbeitrag aufzubauen, die

nur von den Arbeitnehmern getragen wird, hält Christine Haderthauer für extrem problembehaftet. Sie glaubt nicht daran, dass hier die entsprechende soziale Abfederung gewährleistet werden wird. Das, was man jetzt nicht beitragsmäßig sozial abfe-

dert, werden die heutigen Kinder später über ihre Steuern bezahlen müssen. Nur wenn man jetzt anfängt, etwas für die Zukunft beiseitezulegen, könnte man verhindern, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung zukünftig ins Unermessliche steigen werden.

Thomas Ballast

Pflegeversicherung zukunftsfest machen!



Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen (vdek).

Der Beitrag von Thomas Ballast, dem Vorstandsvorsitzenden des Verbandes der Ersatzkassen, machte deutlich, wie groß die Schnittmenge zwischen den Positionen der Ersatzkassen und den Ansichten des bayerischen Sozialministeriums ist. Es

herrschte große Übereinstimmung hinsichtlich der Problemlage und im Hinblick auf den notwendigen Handlungsbedarf auf Bundesebene. Auch bei den meisten Problemlösungen war man sich einig. Unisono forderten die Ersatzkassen und die bayerische Sozialministerin, dass die paritätische Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung unangetastet bleibt. Nur in der Beurteilung von Pflegenoten gingen die Meinungen weit auseinander.

Handeln ist angesagt

Deutschland ist eine Gesellschaft im demografischen Wandel. In Bezug auf die Pflegeversicherung sind die Prognosen besorgniserregend. Die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt kontinuierlich zu und könnte im Jahre 2050 zwischen 3,7 und vier Millionen liegen. Bis ins Jahr 2060 wird sich die Anzahl der Demenzerkrankten verdoppeln und vermutlich 2,5 Millionen erreichen. Der Anteil und die Anzahl der jungen Menschen werden tendenziell rückläufig sein. Es wird immer weniger Beitragszahler und immer weniger Arbeitskräfte geben.

Auch die Selbsthilfe im Zusammenhang mit der Pflege durch Familienangehörigen wird

schwächer. Ursächlich dafür ist unter anderem die Zunahme der Single-Haushalte. Es wird weniger familiäre Versorgung geben. Man wird nicht wie gegenwärtig mit einem punktuellen Fachkräftemangel in einzelnen ländlichen Regionen konfrontiert, sondern mit einem flächendeckenden Problem der Rekrutierung von Fachkräften in Stadt und Land. Erschwerend kommt das nach wie vor schlechte Image des Pflegeberufes in den ausbildungsrelevanten Altersgruppen hinzu.

All dies sind nur Trends und Prognosen für den Zeitraum bis 2050 und teilweise danach. Das ist ein langsamer, aber stetiger Prozess, der sich über 40 Jahre erstreckt. Insofern gibt es keinen Grund, jetzt in Hysterie oder Panik zu verfallen. Man muss einfach auf diese Veränderungen rechtzeitig reagieren.

Die Ersatzkassen sind der Auffassung, dass die soziale Pflegeversicherung bislang ein Erfolgsmodell war. Wenn man sie nicht hätte, müsste man sie heute neu erfinden. Man muss sich nicht nur mit den momentanen Problemen auseinandersetzen, sondern auch mit den Fragen der Zukunft, die man nicht auf die lange Bank schieben darf. Daher lautet die Botschaft dieser Veranstaltung nach Berlin: Kümmert Euch um das Thema Pflege und packt die Probleme rechtzeitig an.

Jedes Jahr des Wartens ist ein verlorenes Jahr

Als erstes steht der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Agenda. In der Theorie gibt es ihn schon. Es ist an der Zeit, ihn in die Praxis umzusetzen. Es wird aber nicht von heute auf morgen gehen. Selbst wenn man jetzt den Startschuss geben würde, würde es bei verantwortungsvoller Umsetzung zwei, drei, vier Jahre dauern, bis die neuen Leistungen auch tatsächlich so gewährt werden könnten, wie es notwendig wäre. Deswegen ist jedes Jahr, in

dem man mit der Umsetzung zögert, ein wirklich verlorenes Jahr und schiebt Leistungsverbesserungen insbesondere für die an Demenz Erkrankten immer weiter hinaus.

Dafür, dass die Verbesserungen in der Pflege auch Geld kosten, gibt es eine sehr hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Wenn man den Menschen sagt, es geht um eine Leistungsverbesserung in der Altenpflege, dann sehen sie ein, dass man dafür auch entsprechend mehr Finanzierungsmittel zur Verfügung stellen muss, weil jeder Mensch im Alter Pflege brauchen könnte.

Pflegenoten – weltweit einmalige Transparenz

Die Pflegenoten, die im letzten Jahr eingeführt wurden, sind national und international ein einmaliges Transparenzsystem. National, weil es in keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens ein vergleichbares Bewertungssystem gibt. Die Qualitätsberichte im Krankenhausbereich oder die Bewertungsportale im Internet für Arztpraxen sind damit nicht zu vergleichen.

Das Pflegenotensystem hat sicherlich seine Schwächen, aber jedes Notensystem hat Schwächen. Das liegt am Charakter jedes Notensystems, weil man eine Auswahl von Kriterien treffen und eine Verdichtung von Bewertungsaussagen vornehmen muss, die im Einzelfall auch falsch oder ungerecht sein können. Das heißt, das Notensystem muss entsprechend nachgebessert werden, mit dem Ziel ein möglichst optimales Ergebnis zu erreichen.

Im Prinzip haben sich die Pflegenoten bewährt. Dieses Schulnotensystem ist jedem bekannt und intuitiv nachvollziehbar. Es bedarf keiner aufwendigen Erklärung. Ein Notensystem soll eine Orientierungshilfe bieten und ermöglichen, eine Auswahl unter den grundsätzlich zur Verfügung stehenden Einrichtungen und Diensten zu treffen. Dabei werden nicht nur die Gesamtnote, sondern vor allem die Einzelnoten betrachtet, aus denen sich diese zusammensetzt. Da die Betroffenen von unterschiedlichen Suchkriterien geleitet werden, spielen die Einzelnoten in jedem konkreten Fall unterschiedliche Rollen.

Die Ersatzkassen haben 2009 einen Pflegegeloten im Internet eingerichtet, der die Möglichkeiten der Transparenz versucht optimal zu nutzen. Es gab bisher über 20 Millionen Zugriffe. Der Pflegegelote erfasst alle 23.000 Pflegeeinrichtungen und zeigt die Preis- und Strukturdaten sowie die Pflegenoten. Derzeit sind 11.160 Pflegedienste und 11.632 stationäre Einrichtungen in der zentralen Datenpflege-

stelle auf Bundesebene einbezogen worden. Die Durchschnittsnote im ambulanten Bereich liegt bei 1,9 und im stationären Bereich bei 1,5. Das heißt aber nicht, dass die Lage völlig in Ordnung ist. Denn 6,38 Prozent der Anbieter im ambulanten Bereich und ein Prozent im stationären Bereich haben immerhin eine Note im Bereich vier bis fünf. Außerdem liegt der Schwerpunkt der Benotung von stationären Einrichtungen im Bereich zwischen 3,0 und 3,9.

Die Schwachstellen des Pflegenotensystems müssen kurzfristig nachgebessert werden. Die Prüfkriterien müssen hinsichtlich ihrer Eindeutigkeit und Verständlichkeit überarbeitet werden. Zudem soll die Gewichtung von einzelnen bedeutsamen Bewertungskriterien wie beispielsweise Dekubitusprophylaxe oder Flüssigkeitsversorgung sowie die Stichproben angepasst werden. Längerfristig besteht der Nachbesserungsbedarf darin, die Prüfung stärker auf die Ergebnisqualität zu fokussieren und die Bewohnerbefragung zu modifizieren. Nachbessern statt Abschaffen heißt die Parole!

Sozial- und generationsgerechte Finanzierung der Pflegeversicherung

Der zusätzliche Finanzbedarf in der Pflege ist offenkundig und unbestritten. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs würde bis zu 3,5 Milliarden Euro kosten. Eine angemessene Dynamisierung der Leistungen, die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs (sprich höheres Lohnniveau) und die zunehmende Zahl der Leistungsempfänger – all dies führt zu mehr Ausgaben.

Die Ersatzkassen sind fest davon überzeugt, dass sich die einkommensabhängige paritätische Finanzierung der Pflegeversicherung bewährt hat. Sie enthält den notwendigen eingebauten Solidaritätseffekt, der einen Sozialausgleich von außen überflüssig macht. Gegenüber der diskutierten Kapitaldeckung als Finanzierungsalternative hat das Umlagesystem einen unschlagbaren Vorteil: Sein Leistungsversprechen hängt nicht davon ab, ob der Kapitalmarkt gerade funktioniert oder nicht, sondern von den Menschen, die Beiträge zahlen, um die Leistungen zu finanzieren. Nach der größten Finanzkrise, die wir gerade erleben, sollte dieser Vorteil jedem klar geworden sein.

An der Finanzierung der zukünftigen Herausforderung sollte auch die private Pflegeversicherung beteiligt werden, die aufgrund ihrer Versichertenstruktur erhebliche Reserven aufgebaut hat. Der Pflegebedarf der Privatversicherten ist deutlich niedriger als der der Sozialpflegeversicherten. Daran wird sich auch in Zukunft nichts ändern. Es muss

hinterfragt werden, ob diese getrennten Versicherungssysteme wirklich auf Dauer aufrecht erhalten werden können.

Die Ersatzkassen plädieren für die Schaffung einer Nachhaltigkeitsreserve, um die Herausforderungen der Zukunft finanziell meistern zu können. Die Idee ist nicht neu. Schon bei der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurden mehr als kostendeckende Beiträge erhoben. Davon, was auf diese Weise eingenommen wurde, zehren wir heute noch! Die Nachhaltig-

keitsreserve soll innerhalb des paritätisch finanzierten Umlagesystems aufgebaut werden, damit die Arbeitgeber in der Mitverantwortung bleiben. Da sie einkommensabhängig ist, ist sie sozial gerecht und nicht diskriminierend. Nach der Berechnung des Finanzbedarfs für die anstehende Pflegereform wird die politische Entscheidung anstehen, ob man das benötigte Geld eine Zeit lang anwachsen lässt oder es voll auf den jetzigen Beitragssatz schlägt. Das letztere ist wohl keine ernsthafte Option, da sie in der Politik nicht durchsetzbar und in der Gesellschaft nicht akzeptabel ist.

Martina Hasseler

Noch kein Goldstandard für Prüfung, Messung und Darstellung von Pflegequalität



Professor Dr. Martina Hasseler, HAW Hamburg.

Der Beitrag von Professor Martina Hasseler beschäftigte sich schwerpunktmäßig mit der Frage, wie aus wissenschaftlicher Perspektive die Pflegequalität definiert und gemessen werden sollte und wie die Messergebnisse darzustellen sind. Am Anfang stand die wissenschaftliche Erkenntnis, dass das Thema Qualität in Pflegeheimen viele

Fragen aufwirft, auf die es keine eindeutigen Antworten gibt. Die Urteile über die Pflegequalität reflektieren in der Regel die Erwartungen, und zwar die Erwartungen verschiedener Parteien. Dazu gehören beispielsweise die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen, die Pflegeeinrichtungen und -dienste, die Pflegekassen, die Heimaufsicht etc. Diese Erwartungen gehen in der Regel weit auseinander.

Als allgemeine Erwartungen an die Pflege formuliert die Wissenschaft folgende Eckpunkte: Es soll eine gute Kommunikation und Interaktion mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen geben. Für diese soll eine Anleitung, Beratung und Schulung durchgeführt werden. Der Pflege sollen professionelle Handlungskonzepte zugrunde gelegt werden. Es soll eine angemessene Dokumentation stattfinden. Es bedarf einer Koordination zwischen den Leistungen ärztlicher und pflegerischer Versorgung. Des Weiteren

muss eine Personalorganisationsentwicklung stattfinden. Die Pflegeleistungen müssen erfasst und bewertet werden. Die Pflege wird insgesamt als Problemlösende Interaktion verstanden. Die Pflegekräfte müssen sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse berufen. Und es sollen dann patienten- und klientenbezogene Theorien, Forschungsergebnisse und Handlungsansätze umgesetzt werden.

Unterschiedliche Definitionen der Pflegequalität

An die Pflegequalität bestehen Erwartungen auf ganz unterschiedlichen Ebenen – fachlich, kommunikativ, methodisch usw. Wenn man Pflegequalität definieren will, so muss man sich zunächst die beiden Begriffe Qualität generell und Pflegequalität näher anschauen. Denn zuerst muss man wissen, was überhaupt dargestellt werden soll. Dabei gibt es unterschiedliche Definitionen von Qualität. Qualität kann ein Grad bedeuten, in dem ein Satz inhärenter Merkmale die Anforderungen erfüllt.

Eine andere Definition der Qualität lautet: Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter Ziele oder vorgegebener Erfordernisse bezieht. Die nächste Definition wird aus der Perspektive der Kunden formuliert: Qualität einer Einheit sei ihre Beschaffenheit, gemessen an den Bedürfnissen der relevanten Kundengruppen. Auf der einen Seite stehen objektive Merkmale und Anforderungen, die definiert werden, und auf der anderen Seite werden entsprechende Anforderungen der Kunden in den Vordergrund gestellt.

Merkmale versus Anforderungen

Das heißt, wenn man Qualität begreifen und messen will, muss man zunächst zwei Ebenen berücksichtigen, nämlich die Ebene der Merkmale und die Ebene der Anforderungen der Klienten. Dabei werden die Merkmale einer Sache oder einer Dienstleistung ständig von verschiedenen Klienten oder Akteuren betrachtet und bewertet.

Es kann sehr wohl sein, dass ein Heimbewohner feststellt, dass die zu beurteilenden Merkmale seinen Anforderungen voll und ganz entsprechen. Aber bei einem anderen Heimbewohner muss das nicht zwingend der Fall sein. Das Gleiche gilt für das pflegerische Personal, die auch unterschiedliche Anforderungen an die einzelnen Merkmale stellen können, die professionell begründet sind. Die Heimaufsichtsbehörde oder der Medizinische Dienst der Krankenkassen können ebenfalls unterschiedliche Anforderungen an die einzelnen Merkmale stellen, die deckungsgleich oder nicht deckungsgleich mit den Anforderungen anderer Parteien sein können. Und so weiter.

Das heißt, der Begriff Pflegequalität ist vielfältig, multidimensional und abhängig von der Perspektive des Betrachters. Das Verständnis von Qualität ist abhängig davon, wer den Begriff Qualität im Kontext der Pflegeversorgung definiert. Daraus resultiert, dass die Anforderungen an die Überprüfung der Qualität variieren. Eine ernüchternde Feststellung: Es fehlt derzeit an einem einheitlichen Verständnis des Begriffes Qualität in der Pflege!

Aus Praktikabilitätsgründen wird daher vorgeschlagen die Pflegequalität folgendermaßen zu definieren: Pflegequalität ist der Grad der Übereinstimmung zwischen dem Ergebnis und dem zuvor formulierten Pflegeziel. Anders formuliert, die Pflegequalität ist der Grad der Übereinstimmung von Kundenerwartungen und der geleisteten Pflege unter Berücksichtigung des anerkannten fachlichen Standards in der Pflege. Man unterteilt die Pflegequalität in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Qualitätsstufen in der Pflege

Es reicht aber nicht, den Begriff der Pflegequalität, die Anforderungen und die Merkmale zu definieren. Man muss auch noch die Qualitätsstufen bestimmen, die man erreichen will. Es könnten folgende Stufen sein. Stufe 0 ist die gefährliche Pflege, wobei der Betroffene bereits Schäden erleidet

oder zumindest durch Unterlassung oder Fehler gefährdet ist. Stufe 1 ist die sichere Pflege, die ausreichend und von einer routinemäßigen, aber kaum individualisierten Versorgung gekennzeichnet ist. Stufe 2 ist die angemessene Pflege, bei der der Gepflegte die Berücksichtigung seiner Gewohnheiten und der von ihm geäußerten Wünsche erfährt. Stufe 3 ist die optimale Pflege. Das ist die erstklassige Pflege, bei der der Pflegebedürftige bei den Entscheidungen einbezogen wird und selbstbestimmt agieren kann.

Bevor man zur Messung der Pflegequalität übergeht, muss man Anforderungen, Merkmale, Ziele und Schlüsselergebnisse der Pflege definieren. Als weiteres soll man sich über die Pflegebereiche von besonderer Wichtigkeit einigen, weil man nie in der Lage sein wird, alle Bereiche der Pflege zu prüfen und darzustellen. Die gesetzten Ziele sollten erreichbar sein. Und die Anforderungen sollen belegt oder unterlegt werden können. Für die Qualitätsmessung braucht man auch bestimmte Instrumente. Wenn diese nicht vorhanden sind, müsste man sie entwickeln und hinsichtlich der Gütekriterien testen.

Bei der Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung sollen die Dimensionen gewählt werden, die die Pflegequalität vielfältig widerspiegeln und die Rahmenbedingungen der Pflege berücksichtigen. Dann muss entschieden werden, ob man Indikatoren oder Kriterien bei der Prüfung einsetzt. Die Wissenschaft ist nicht sicher, ob die Indikatoren, die man nimmt, um den Pflegefall darzustellen, die Pflegequalität in einem ausreichenden Maße tatsächlich darstellen und die Unterschiede zwischen guter und schlechter Qualität deutlich genug machen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Anforderungen an Prüfung, Messung und Darstellung von Pflegequalität vielfältig sind. Weder international noch national ist ein Goldstandard dafür zu erkennen. Gleichwohl bleibt es eine wichtige Aufgabe der Wissenschaft, geeignete Definitions- und Anforderungskriterien für die Messung von Pflegequalität zu entwickeln.

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Bayern des vdek
 Arnulfstr. 201 a · 80634 München
 E-Mail: LV_Bayern@vdek.com
 Telefon: 0 89 / 55 25 51-0
 Telefax: 0 89 / 55 25 51-14
 Redaktion: Dr. Sergej Saizew
 Verantwortlich: Dr. Ralf Langejürgen