

**BKK-Pflegetag
am 5. April 2006 in Berlin**

„Verbesserung der Pflegequalität und strukturelle Weiterentwicklung des pflegerischen Versorgungssystems als zentrale Elemente einer Pflegereform“

**Dr. Peter Pick,
Geschäftsführer des MDS**

Eine Reform der Pflegeversicherung ist dringend nötig. Die Zukunftsherausforderungen einer alternden Gesellschaftsklasse lassen kein Hinausschieben zu: Durch die demografische Entwicklung wird die Zahl der Pflegebedürftigen nach validen Schätzungen auf 3,5 Millionen im Jahr 2040 steigen. Typische Alterserkrankungen wie Demenz, Oberschenkelhalsfrakturen, Diabetes Mellitus und Herz-Kreislaufkrankungen werden zunehmen. Die von den Koalitionsparteien angekündigte Pflegereform sollte daher zwei Problemkreise gleichermaßen angehen:

- die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung und
- die strukturelle Weiterentwicklung des pflegerischen Versorgungssystems

Strukturelle Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Eine Reform der Pflegeversicherung muss dem pflegerischen Versorgungssystem neue Perspektiven aufzeigen, indem die Potentiale des Alters besser genutzt werden und die pflegerische Versorgung weiter entwickelt wird. Wesentliche Perspektiven sind:

1. Vermeidung und Hinausschieben des Eintritts von Pflegebedürftigkeit

In Zukunft kommt es stärker darauf an, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Gesundheitsförderung und Prävention können dazu beitragen, Gesundheit und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu stärken. Es ist bekannt, dass durch ein gezieltes Kraft- und Ausdauertraining bei 75-80-jährigen ein erheblicher Kraft- und Vitalzuwachs zu erreichen ist, der den normalen altersbedingten Kraft- und Vitalabbau teilweise kompensiert. Aber: Viele vorliegende Untersuchungen zeigen, dass die Präventions- und Rehabilitationspotenziale im hohen Alter aktuell kaum genutzt werden. Ebenso werden die Möglichkeiten einer aktivierenden Pflege noch zu wenig genutzt. Pflege muss sich von ihrem Selbstverständnis her stärker darauf ausrichten, Selbständigkeit zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Aktivierende Pflege, kurative geriatrische Versorgung und geriatrische Rehabilitation sind bereits im Vorfeld der Langzeitpflege einzusetzen.

2. Stärkere Differenzierung der Pflege nach Problemen- und Bedarfslagen

Außerdem hat sich Pflege zukünftig stärker an individuellen Bedarfslagen und Bedürfnissen zu orientieren. Defizite zeigen sich heute bei spezifischen Problemen oder in besonderen Lebenslagen, wenn z.B. mentale Einschränkungen, psychische Probleme oder soziale Schwierigkeiten die eigenständige Lebensführung beeinträchtigen. Ebenso erfordern schwere und voranschreitende Erkrankungen spezielle Unterstützung. Am Ende des Lebens ist Sterbebegleitung nötig. Hierauf hat die Pflege zu reagieren und sich konzeptionell stärker in gerontopsychiatrische, rehabilitative, familienorientierte und krankenhausersetzende Pflege oder in Hospiz- oder Palliativpflege zu differenzieren.

3. Bessere Versorgung von Demenzkranken

Eine bessere Versorgung der Demenzkranken und anderer Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz hat schon bei der Einstufung der Pflegebedürftigen einzusetzen. Dabei sollen die besonderen Hilfebedarfe der gerontopsychiatrisch veränderten Personen bereits in die Feststellung der Pflegebedürftigkeit einbezogen werden. Diskutiert werden ein besonderer Betreuungsbetrag und ein ganzheitlicher Pflegebegriff. Beide Ansätze haben zum Ziel, die Versorgung von Demenzkranken spürbar zu verbessern.

Der Vorschlag des Betreuungsbetrags sieht vor, dass alle Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und damit alle Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen sowie psychischen Erkrankungen, unabhängig von ihrer Einstufung in die Pflegestufen, zusätzlich einen Betreuungsbetrag von 100 € erhalten. Er erfasst also auch die Personen, die nicht die Voraussetzungen für die Einstufung mindestens in die Pflegestufe I erfüllen, jedoch in ihrer Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt sind. Weiterer Vorteil des zusätzlichen Betreuungsbetrages ist, dass dieses Modell schnell und ohne große Änderungen des Begutachtungsverfahrens umsetzbar ist. Es hat jedoch den Nachteil, dass die Hilfebedarfe dieses Personenkreises nicht differenziert erfasst und damit nur eine schematische Besserstellung erreicht wird.

Dem gegenüber sieht der ganzheitliche Pflegebegriff die Einführung eines umfassenden Pflegebegriffs für alle Leistungsträger vor. Damit könnten sowohl die körperbezogenen Fähigkeiten/Einschränkungen, die gerontopsychiatrischen Fähigkeiten/Einschränkungen, den dauerhaften Bedarf an medizinischer Behandlungspflege und die Fähigkeiten/Einschränkungen in der Kommunikation und sozialen Teilhabe in das Verständnis von Pflegebedürftigkeit einbezogen werden. Der Vorteil des ganzheitlichen Pflegebegriffs besteht darin, dass ihm ein umfassendes Pflegeverständnis zugrunde liegt, das alle Dimensionen der Pflegebedürftigkeit umfasst. Vorteilhaft ist zudem, dass die Prüfung, ob rehabilitative Maßnahmen und Maßnahmen der Hilfsmittelversorgung angezeigt sind, stärker in das Begutachtungsprozedere integriert werden können. Der Nachteil gegenüber den anderen Modellen besteht darin, dass die Einführung eines ganzheitlichen Pflegebegriffs nicht so schnell umsetzbar sein dürfte, denn der ganzheitliche Pflegebegriff erfordert ein neues Begutachtungsassessment und eine Neujustierung der Pflegestufen dergestalt, das körperbezogene und gerontopsychiatrische Hilfebedarfe in ein neues Verhältnis gebracht werden.

Welches Modell sich auch durchsetzt: Wir brauchen eine deutlich verbesserte Versorgung von Demenzkranken. Das schließt ein, dass die häusliche wie die stationäre Pflege sich stärker auf Demenzkranke auszurichten hat und dass neue Wohnformen für Demenzkranke etabliert werden.

4. Einführung eines Case-Managements

Wir brauchen darüber hinaus ein Management des einzelnen Pflegefalles. Die deutsche Versorgungswirklichkeit kennt im Gegensatz zu anderen Ländern nicht den Case-Manager. Dessen Aufgabe ist es, pflegerische und soziale Leistungen begleitend zu organisieren und zu unterstützen. Ein solches Case-Management, d. h. die Unterstützung, Beratung und das Fallmanagement ist professions- und institutionsübergreifend anzulegen. Für die Wahrnehmung von Case-Managementaufgaben bieten sich die kommunale Altenhilfe und die Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung an. Vorstellbar ist auch, diese Aufgabe durch eine Zusammenarbeit dieser Institutionen zu organisieren. Wichtig ist jedoch, dass das Case-Management die heu-

tigen Anknüpfungspunkte im Versorgungssystem nutzt und entsprechend zugehend organisiert wird.

5. Verbesserung der Qualität in der Pflege

Nach dem im Jahr 2004 erstmals vorgelegten Pflege-Qualitätsbericht des MDS bewegt sich die Qualität der Pflege gemessen an der Ergebnisqualität überwiegend auf einem angemessenen Niveau. Auf der anderen Seite wird eine nicht zu vernachlässigende Zahl von Pflegebedürftigen schlecht gepflegt. So weisen ca. 10 Prozent der vom MDK im Rahmen von Qualitätsprüfungen untersuchten Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich einen unzureichenden Pflegezustand auf. In der stationären Pflege beträgt dieser Anteil sogar 17 Prozent. Solche Ergebnisse können nicht akzeptiert werden und zeigen den drängenden Handlungsbedarf zur Verbesserung der Qualität der pflegerischen Versorgung auf.

Darüber hinaus weist der Pflege-Qualitätsbericht auf Defizite an der Schnittstelle von Prozess- zur Ergebnisqualität hin. In der stationären Pflege ist die Dekubitusprophylaxe/-versorgung bei 43,1 Prozent, die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung bei 41 Prozent, die Inkontinenzversorgung bei 20,1 Prozent und die gerontopsychiatrische Versorgung bei 31,4 Prozent der untersuchten Pflegebedürftigen defizitär. Hier müssen Verbesserungspotenziale bei den Versorgungsabläufen in wesentlichen Risikobereichen genutzt werden.

Die bekannten Defizite zeigen, dass die Anstrengungen zur Sicherung und zum Ausbau der Qualität pflegerischer Leistungen fortzuführen und auszubauen sind. Internes Qualitätsmanagement ist als eine zentrale Aufgabe der Pflegedienstleitung in den Einrichtungen zu sehen. Die Ursachen der bekannten Defizite in der Pflege bestehen darin, dass Pflege zu oft schlecht geplant und organisiert ist. An diesen Punkten haben die Pflegeeinrichtungen anzusetzen und die vorhandenen Personalressourcen in risikobehaftete Versorgungsbereiche zu lenken.

Externe Qualitätsprüfungen können dazu beitragen, pflegerische Defizite offen zu legen werden und die Pflegeeinrichtungen anzuregen, qualitätsverbessernde Maßnahmen einzuleiten. Mit der neuen Qualitätsrichtlinie haben Pflegekassen und Medizinische Dienste ihr Qualitätsprüfungsinstrumentarium weiter entwickelt. Unter anderem werden die Prüfungen noch stärker auf die Prüfung der Ergebnisqualität ausgerichtet und Prüffelder wie Sturzrisiko und Katheterversorgung in den Fokus genommen.

Leider konnte wegen einer unzureichenden Gesetzesgrundlage eine von den Medizinischen Diensten erarbeitete Bewertungssystematik nicht eingeführt werden. Eine solche Bewertungssystematik hätte die Vergleichbarkeit der Prüfergebnisse im Zeitablauf und zwischen den Einrichtungen ermöglicht. Die Reform der Pflegeversicherung sollte es den Medizinischen Diensten ermöglichen, künftig eine solche Bewertungssystematik einzusetzen. Darüber hinaus sollten die Prüfergebnisse des MDK veröffentlicht werden können und damit Pflegebedürftigen, Angehörigen und Heimbeiräten als Informationsquelle zur Verfügung stehen. Eine solche Veröffentlichung würde auch ein Benchmarking zwischen den Einrichtungen ermöglichen und Verbesserungsprozesse in den Einrichtungen auslösen.

6. Verbesserte Aus- und Fortbildung von Pflegekräften

Die hier skizzierte Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung wird nur mit engagierten und gut ausgebildeten Pflegekräften zu bewältigen sein. Basis hierfür muss eine gute grundlegende Ausbildung der Pflegefachkräfte sein, die in der Altenpflege noch stärker auf den Personenkreis der gerontopsychiatrisch veränderten älteren Menschen auszurichten ist. Darüber hinaus sollte die laufende Fortbildung der Pflegefachkräfte, aber auch der an- und ungelernten Kräfte in den Einrichtungen vorsehen. Von Bedeutung ist ebenso die Qualifizierung der Führungskräfte, die ihre Anleitungs- und Planungsaufgaben wahrzunehmen und ein Qualitätsmanagement in der Einrichtung zu etablieren haben.

Darüber sollten sich Pflegefachkräfte stärker mit anderen im Arbeitsfeld tätigen Berufsgruppen vernetzen. Dies betrifft die Zusammenarbeit mit der Hauswirtschaft, anderen Therapeutengruppen wie Physio- und Ergotherapeuten und eine intensivere Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten. Pflegefachkräfte müssen sich deshalb in ihrem Verständnis auf zusätzliche Koordinations- und Vernetzungsaufgaben einstellen. Insgesamt muss Ziel sein, das Tätigkeitsfeld der Versorgung älterer Menschen in der Gesellschaft deutlich höher zu gewichten.

Fazit

Eine Reform der Pflegeversicherung muss gleichermaßen die Finanzgrundlagen nachhaltig sichern sowie die strukturelle Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung befördern. Die Weiterentwicklung wird nur mit einer auch finanziell gesicherten Pflegeversicherung gelingen. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird der Ressourceneinsatz in der Pflege steigen müssen. Andererseits reicht es nicht aus, allein mehr Geld für die Pflege zu fordern, ohne darüber zu diskutieren und zu entscheiden, in welchen Feldern künftig Schwerpunkte gesetzt werden sollen.

Ein verantwortlicher Umgang mit den finanziellen Ressourcen erfordert es, die vorhandenen Potenziale des Alterns zukünftig besser zu nutzen. Plädoyer dieses Beitrages ist es, die pflegerische Versorgung zukünftig stärker ganzheitlich auszurichten, der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit einen höheren Stellenwert einzuräumen und die Angebote in der Pflege stärker zu differenzieren. Durch internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätsprüfung ist die Qualität der pflegerischen Leistung zu sichern und weiter zu entwickeln. Dazu sollte die angekündigte Reform der Pflegeversicherung einen Beitrag leisten.