KREIS GÜTERSLOH
- Der Landrat -

Vorlage

☒ öffentlich ☐ nicht öffentlich

Abteilung/Service	8. Wahlperiode 2004 - 2009	
	Datum	Drucksachen-Nr.
Arbeit und Soziales	02.11.2007	

Beirat / Arbeitskreis	voraussichtlicher Sitzungstermin
Pflegekonferenz	05.12.2007

Betreff

Reform der Pflegeversicherung (Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

In der Presse wurde bereits umfassend über die Reform der Pflegeversicherung berichtet. Die Eckpunkte, Stand 17.10.2007 (Kabinettsbeschluss), sind als Anlage beigefügt (Quelle: Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit – www.bmg.bund.de).

In der Pflegekonferenz wird zusätzlich mündlich über den aktuellen Sachstand berichtet. Anschließend soll ein Meinungsaustausch erfolgen.

Gez. Jung
(Kreisdirektor)

Anlage:
Information des Bundesministeriums für Gesundheit: Das bringt die Reform der Pflegeversicherung

Bundesministerium
für Gesundheit

Das bringt die Reform der Pflegeversicherung

17. Oktober 2007

Die zum 1. Januar 1995 eingeführte Pflegeversicherung genießt bei Versicherten wie Pflegebedürftigen ein hohes Maß an Akzeptanz. Ihre Leistungen tragen wesentlich dazu bei, dass viele Pflegebedürftige entsprechend ihrem persönlichen Wunsch zu Hause versorgt werden können und sie helfen den Pflegebedürftigen und ihren Familien, die finanziellen Aufwendungen, die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängen, zu tragen. Dennoch muss nach mehr als 10 Jahren die Pflegeversicherung weiterentwickelt werden, um für die künftigen Entwicklungen gewappnet zu sein.

Dazu werden grundlegende Veränderungen vorgenommen, um die Pflegeversicherung besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen auszurichten. Dabei soll dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker Rechnung getragen werden. Hervorzuheben sind insbesondere die Anhebung der Leistungsbeträge, vor allem im Bereich der häuslichen Pflege, die Dynamisierung der Leistungen sowie die Einführung eines Anspruchs auf Pflegeberatung (Fallmanagement) und die Schaffung von Pflegestützpunkten als Anlaufstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Diese Maßnahmen stärken den Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen, die eine quartiersbezogene und an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung ermöglichen sollen. Die Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden ausgeweitet. Der Gesetzentwurf enthält schließlich wichtige Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Pflege sowie zur Transparenz und Vergleichbarkeit der erbrachten Leistungen.

- 1. Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf
- 2. Ausgestaltung der finanziellen Leistungen
- 3. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte
- 4. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege
- 5. Ausbau der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Transparenz
- 6. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements
- 7.Abbau von Schnittstellenproblemen
- 8. Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung
- 9. Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassung der privaten Pflegepflichtversicherung an die Regeln des GKV-WSG
- 10. Finanzierung

1. Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf

Schaffung von Pflegestützpunkten

- Im jeweiligen Wohnquartier werden von den Pflege- und Krankenkassen für in der Regel 20.000 Einwohner Pflegestützpunkte eingerichtet.

- Kommunen (Altenhilfe) und die Sozialhilfeträger (Hilfe zur Pflege), die örtlich tätigen Leistungserbringer, insbesondere die Pflegedienste, und weitere Kostenträger, wie die privaten Versicherungsunternehmen, sollen sich am Pflegestützpunkt beteiligen.

- Aufgaben der Pflegestützpunkte sind: Auskunft und Beratung der Pflegeversicherten und der in ihrem Interesse handelnden Personen. Die Stützpunkte sollen gesundheitsfördernde,

präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote vermitteln und koordinieren.

- Es wird eine Anschubfinanzierung von bis zu 45.000 € (zusätzlich bis zu 5.000 € bei nachhaltiger Einbindung der Ehrenamtsarbeit) unter der Voraussetzung einer Mitwirkung der Kommunen und Sozialhilfeträger gewährt. Für die Anschubfinanzierung werden nach dem Königsteiner Schlüssel Fördermittel in einer Gesamthöhe von 80 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.

Individualanspruch auf umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement)

- Im Rahmen der Pflegestützpunkte wird ein individuelles Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitangebot vorgehalten, das jeweils auf die Bedürfnisse des einzelnen Hilfebedürftigen zugeschnitten ist. Hierzu werden Pflegeberater tätig sein.

- Aufgabe der Pflegeberater ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,

2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,

3. die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen zu veranlassen,

4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie

5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

- Auch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung soll es einen Anspruch auf Pflegeberatung (im Pflegestützpunkt) geben.

- Der Anspruch besteht ab 01.01.2009, um eine Anlaufphase für die Kassen zu ermöglichen. Bis dahin kann die Pflegekasse Unterstützung durch Pflegeberater gewähren.

- Als Richtschnur ist ein Betreuungsschlüssel von 1 : 100 Fällen vorgesehen.

Bessere Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen durch die gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen ("Poolen") und erweiterte Einsatzmöglichkeiten für Einzelpflegekräfte

- Mehrere Pflegebedürftige können ihre Ansprüche auf grundpflegerische Leistungen und hauswirtschaftliche Versorgung bündeln und sich daraus ergebende Effizienzgewinne für den „Einkauf“ von zusätzlichen Betreuungsleistungen durch Leistungserbringer (Vertragspartner der Pflegekassen) nutzen.

- Die „gepoolten“ Leistungen können nicht nur in einer Wohngemeinschaft, sondern auch im Wohnquartier, also in der näheren nachbarschaftlichen Umgebung, gemeinsam gebündelt und abgerufen werden.

- Die Pflegekassen sollen leichter Verträge mit Einzelpflegekräften schließen können. (Das war bisher nur zulässig, wenn die Versorgung nicht durch Pflegedienste sicherzustellen war).

Ausbau der Beratungseinsätze

Die Beratungsbesuche können künftig nicht nur von zugelassenen Pflegediensten, sondern auch von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, sowie auf Wunsch auch von Pflegeberatern und -beraterinnen durchgeführt werden.

2. Ausgestaltung der finanziellen Leistungen

Schrittweise Anhebung der ambulanten Sachleistungen, der Leistungen zur Tagespflege und des Pflegegeldes sowie der stationären Leistungen
Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden bis 2012 stufenweise angehoben:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1 040	1 100
Stufe III*	1 432	1 470	1 510	1 550

*Die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich in Höhe von 1 918 Euro monatlich bleibt unberührt.

Das **Pflegegeld** wird bis 2012 wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

In der **vollstationären Versorgung** werden die Stufe III und Stufe III in Härtefällen bis 2012 stufenweise wie folgt verändert:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe III	1 432	1 470	1 510	1 550
Stufe III Härtefall	1 688	1 750	1 825	1 918

Die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II bleiben zunächst unverändert.

Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Der Betreuungsbetrag, den nun auch Personen der so genannten Pflegestufe 0 erhalten können, wird von 460 Euro jährlich auf bis zu 200 Euro monatlich (2 400 Euro jährlich) angehoben. Dies wird den Menschen helfen, verstärkt Angebote der Tages- und Nachtpflege und niedrigschwellige Angebote wie z.B. Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen und Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer in Anspruch zu nehmen.

Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege

- Der höchstmögliche Gesamtanspruch aus den Leistungen der häuslichen Pflege und den Leistungen der teilstationären Pflege wird auf das 1,5 fache des bisherigen Betrages erhöht.

- Leistungen für die Tages- und Nachtpflege werden ebenso schrittweise angehoben wie die ambulanten Pflegesachleistungen.

Förderung von Ehrenamt und Selbsthilfe

Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben wird um 5 Millionen Euro im Jahr auf 15 Millionen Euro angehoben (so stehen mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen 30 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung).

Leistungsdynamisierung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen künftig in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden. Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 stufenweise angehoben

werden, beginnt die entsprechende Dynamisierung erstmals 2015, drei Jahre nach Abschluss der Anhebung der Sachleistungsbeträge.

Erleichterung der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen

Seit 1. April 2007 gibt es in der GKV eine Versicherungspflicht. Ab 1. Januar 2009 gilt auch in der PKV eine Pflicht zur Versicherung. Diese schließen jeweils eine Pflicht zum Abschluss einer Pflegeversicherung ein. Da somit künftig jeder Bürger in Deutschland über eine Absicherung im Pflegefall verfügt, kann die Vorversicherungszeit von 5 auf 2 Jahre verkürzt werden.

3. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte

- Bei Pflege durch Angehörige wird für die Dauer von bis zu 6 Monaten ein Anspruch auf unbezahlte, aber sozialversicherte Freistellung von der Arbeit gegenüber einem Arbeitgeber, der mehr als 15 Beschäftigte hat, eingeführt (sog. Pflegezeit).

- Neben dem Anspruch auf Pflegezeit wird Beschäftigten ein Anspruch auf kurzzeitige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstage eingeräumt, um in einer akut auftretenden Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen (sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung).

4. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

- Bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde ein Rechtsanspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation eingeführt. Pflegekassen werden nunmehr verpflichtet, mit Einverständnis des Versicherten unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang zu setzen.

- Es werden finanzielle Anreize gesetzt, um die Anstrengungen von Einrichtungen der dauerhaften stationären Pflege in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation zu fördern. So sollen die Einrichtungen in Fällen, in denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitativen Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.536 Euro erhalten.

5. Ausbau der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Transparenz

- Es sollen Qualitätsstandards (Expertenstandards) in der Pflege verankert werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene stellen die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sicher.

- Das interne Qualitätsmanagement soll stärker gefördert werden und es wird mehr Transparenz geschaffen: Ergebnisse der Prüfberichte des MDK sind verständlich und verbraucherfreundlich zu veröffentlichen. Auch Ergebnisse anderer Prüfverfahren, zum Beispiel von Zertifizierungen, müssen in gleicher Weise veröffentlicht werden.

- Die Qualitätsprüfung durch den MDK wird ausgebaut und erfolgt alle drei Jahre (Regelprüfung). Unangemeldete Kontrollen sind für bestimmte Prüfverfahren zwingend vorgeschrieben. Prüfungen zur Nachtzeit (22 bis 8 Uhr) sind dann verstärkt durchzuführen, wenn zum Beispiel Hinweise darauf bestehen, dass eine ungenügende personelle Besetzung vorliegt und die Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen nicht gewährleistet ist.

6. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements

Selbsthilfe und Ehrenamt werden in die Förderung von niedrigschwelligen Angeboten einbezogen. Kosten der Einrichtungen für die Qualifizierung ehrenamtlich tätiger Personen

können in den Vergütungsverträgen geltend gemacht werden.

7.Abbau von Schnittstellenproblemen

- Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen wird verbessert. Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen. Pflegeheime können eigene Heimärzte einstellen.

- Durch Entlassungsmanagement sollen die Krankenhäuser den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege gewährleisten. Dabei sollen erfahrene und qualifizierte Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger mit einer Zusatzausbildung die Funktion des Case-Managers übernehmen.

- Betroffene erhalten durch die Pflegestützpunkte und die individuelle Pflegeberatung umfassenden Beratung und Unterstützung (s. Nr. 1).

- Durch Verträge auf Landesebene ist die Grundausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen mit Hilfsmitteln zu regeln.

- In der stationären Versorgung werden die Schnittstellenprobleme zu heimrechtlichen Regelungen, wie etwa bei den Regelungen über die Vereinbarungen von Entgelten für Unterkunft und Verpflegung, bei Beendigung von Heimaufenthalten sowie hinsichtlich des Inkrafttretens von Vergütungsvereinbarungen, gelöst.

- Pflegefachkräfte werden stärker in die Gesundheitsversorgung einbezogen. Entsprechende Modellprojekte sollen ermöglicht werden.

8. Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung

- Pflegeheime müssen ihre Pflegekräfte nach ortsüblichen Entgelten bezahlen. Dies ist zukünftig Voraussetzung für die Zulassung eines Pflegeheims durch Versorgungsvertrag.

- Die Pflegeheime können mit den Kostenträgern im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen flexible Personalschlüssel vereinbaren.

- Den Trägern soll ermöglicht werden, unter einem vertraglichen „Dach“ mehrere Einrichtungen an einem Ort (zum Beispiel einen Pflegedienst mit einer Tagespflegeeinrichtung und einer vollstationären Pflegeeinrichtung) zu betreiben.

- Künftig wird in den Vergütungsverhandlungen für die stationäre Versorgung nicht nur die Höhe des Pflegesatzes, sondern zugleich auch die im Einzelnen zu erbringende Leistung samt ihrer Qualität vereinbart.

- In der vollstationären Pflege wird sichergestellt, dass der Versorgungsaufwand für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, besser als bisher in den Vergütungssätzen Berücksichtigung finden kann.

- Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden nur noch durchgeführt, wenn ein konkreter Anhaltspunkt besteht.

- Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen gemeinsam einheitliche Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung vereinbaren, die übermäßigen Aufwand vermeiden und dadurch die Abschaffung der Pflege-Buchführungsverordnung ermöglichen.

- Auf Bundesebene sollen unter Einbeziehung der Pflegefachkräfte Anforderungen an Dokumentationen vereinbart werden, die übermäßigen Aufwand vermeiden, ohne den Zweck der Dokumentation insbesondere der Qualitätssicherung zu vernachlässigen.

- Der Bundespflegeausschuss wird abgeschafft und der Turnus zur Vorlage des Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung von drei auf vier Jahre verlängert.

- Durch die Vereinfachung oder Abschaffung von Informationspflichten ergibt sich eine Nettoentlastung von rund 80 Millionen Euro jährlich.

9. Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassung der privaten Pflegepflichtversicherung an die Regeln des GKV-WSG

- Zur Stärkung der Eigenvorsorge wird den Pflegekassen die Möglichkeit eingeräumt, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln.

- Die Portabilität der Alterungsrückstellungen wird auch für die private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) eingeführt (ab 1. Januar 2009 für Neu- und Bestandsfälle).

- Auch in der PPV werden soziale Regelungen zur Tragung der Beiträge bei niedrigen Einkommen analog zum Basistarif in der PKV geschaffen.

10. Finanzierung

Zur Abdeckung der bestehenden leichten Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung und zur Finanzierung der vorgeschlagenen Verbesserungen der Leistungen wird der Beitragssatz um 0,25 vom Hundert ab 1. Juli 2008 von bisher 1,7 vom Hundert auf dann 1,95 vom Hundert (bei Kinderlosen von bisher 1,95 vom Hundert auf dann 2,2 vom Hundert) erhöht. Aus heutiger Sicht reicht dieser Beitrag aus, die Leistungen der Pflegeversicherung bis Ende 2014 / Anfang 2015 zu finanzieren, ohne dass die Mindestreserve von einer Monatsausgabe in Anspruch genommen werden muss.

Im Gegenzug wird der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung um 0,3 Prozentpunkte abgesenkt.

KREIS GÜTERSLOH
- Der Landrat -

Vorlage

☒ öffentlich ☐ nicht öffentlich

Abteilung/Service	8. Wahlperiode 2004 - 2009	
	Datum	Drucksachen-Nr.
Arbeit und Soziales	02.11.2007	

Beirat / Arbeitskreis	voraussichtlicher Sitzungstermin
Pflegekonferenz	05.12.2007

Betreff

Antrag des Arbeitskreises der Hausgemeinschaften und Pflegewohngruppen auf einen eigenen Sitz in der Pflegekonferenz

Mit Schreiben vom 17.10.2007 hat Frau Klingert, Verein Daheim e.V., stellvertretend für den neu gegründeten Arbeitskreis der Anbieter von Hausgemeinschaften und Pflegewohngruppen im Kreis Gütersloh einen Antrag auf einen eigenen Sitz in der Pflegekonferenz gestellt.

Nach § 3 Abs. 3 der Geschäftsordnung entscheidet die Pflegekonferenz über die Aufnahme weiterer ständiger Vertreter. Nach § 10 gilt die Änderung als angenommen, wenn mindestens 2/3 der anwesenden Mitglieder nach § 2 für diesen Vorschlag stimmen.

Gez. Jung
(Kreisdirektor)

Anlage:
Antrag vom 17.10.2007

Damit Ihr Zuhause Ihr Zuhause bleibt

DAHEIM

- Tagespflege
- Ambulanter Dienst
- Ambulante Wohnbetreuung
- Kurzzeitpflege
- Hausnotruf
- Hausgemeinschaften
- Betreutes Seniorenwohnen

Daheim e.V., Verwaltung, Dammstr. 69, 33332 Gütersloh

Kreis Gütersloh
- Frau Sauer
33334 Gütersloh

KREIS GÜTERSLOH
Eing. 19. Okt. 2007

Bereich	Ansprechpartner	Tel./Fax	Ort, Datum
Geschäftsleitung	Susann Klingert	05241/70940-19/-29	Gütersloh, 17.10.2007

Antrag auf einen eigenen Sitz der Hausgemeinschaften und Pflegewohngruppen in der Pflegekonferenz des Kreises Gütersloh

Sehr geehrte Frau Sauer,

nach derzeitigem Stand werden voraussichtlich bis Mitte 2008 im gesamten Kreisgebiet über 251 Plätze in Hausgemeinschaften und Pflegewohngruppen verfügbar sein. Dies ist eine sehr positive Entwicklung.
Es zeigt, dass diese Pflege- und Betreuungsform für alte Menschen jetzt nicht mehr zu den Exoten in der Altenhilfe zu zählen ist, sondern dass sie sich als eigenständiges Angebot und als Alternative zur bisherigen vollstationären Versorgung etabliert hat.

Daher möchten wir als Träger der Hausgemeinschaften und Pflegewohngruppen einen Sitz in der Pflegekonferenz des Kreises Gütersloh beantragen, um deutlich zu machen, dass wir keine „Randerscheinung" in der Pflegelandschaft mehr sind.

Am 28.08.2007 hat es ein Treffen aller bisherigen Anbieter von Hausgemeinschaften und Pflegewohngruppen gegeben, auf der man sich verständigt hat, einen festen Arbeitskreis zu gründen.
In Abstimmung mit allen Trägern habe ich den Auftrag übernommen, den Antrag auf Aufnahme in die Pflegekonferenz zu stellen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne wieder ab dem 13.11. zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Susann Klingert
Geschäftsleitung

Dammstraße 69 · D-33332 Gütersloh · Tel: 0 52 41 / 7 09 40-0 · Fax: 0 52 41 / 7 09 40-29
E-Mail: info@verein-daheim.de · Internet: www.verein-daheim.de
Bankverbindung: Sparkasse Gütersloh · BLZ: 478 500 65 · Konto-Nr.: 10 01 586

Mitglied der AWO Arbeiterwohlfahrt

TÜV CERT DIN EN ISO 9001:2000 geprüftes Qualitätsmanagement

Mitglied der Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e.V.

KREIS GÜTERSLOH
- Der Landrat -

Vorlage

☒ öffentlich ☐ nicht öffentlich

Abteilung/Service	8. Wahlperiode 2004 - 2009	
	Datum	Drucksachen-Nr.
Arbeit und Soziales	05.11.2007	

Beirat / Arbeitskreis	voraussichtlicher Sitzungstermin
Pflegekonferenz	05.12.2007

Betreff

Bericht der Heimaufsicht

1. Zweiter Pflegequalitätsbericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS)

Im August 2007 hat der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) seinen in der Presse viel diskutierten zweiten Pflegequalitätsbericht veröffentlicht. Der Bericht bezieht sich auf das Prüfgeschehen im Berichtszeitraum 2004 – 2006. Die externe Qualitätssicherung durch den MDK – mit einem beratungsorientierten Prüfansatz – soll die Pflegeeinrichtungen in ihrem Bemühen um den Aufbau und die Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements flankierend unterstützen. Darüber hinaus dienen die Qualitätsprüfungen auch der Funktion des Verbraucherschutzes; dieses gilt insbesondere bei solchen Pflegeeinrichtungen, in denen gravierende Qualitätsdefizite zu Schädigungen von Versicherten führen können.

Im Berichtszeitraum wurden 41,6 % der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen geprüft; dabei hat es sich sowohl um turnusmäßige Prüfungen als auch um anlassbezogene Einzelprüfungen, denen in der Regel eine Beschwerde zu Grunde liegt, gehandelt. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die in dem Bericht dargestellten Ergebnisse auf die Grundgesamtheit der zugelassenen Pflegeeinrichtungen übertragbar sind. Im Berichtszeitraum 2004 – 2006 sind 2.469 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt worden; in 54,5 % der Prüfungen des MDK war die jeweils zuständige Heimaufsicht beteiligt. Durch die Beteiligung der Heimaufsicht wird der Zielsetzung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) und des Heimgesetzes sowie den Wünschen der Pflegeeinrichtungen entsprochen, Doppelprüfungen möglichst zu vermeiden.

Bei den Qualitätsprüfungen des MDK stehen die fachlichen und objektiv beurteilbaren Aspekte der Qualität im Vordergrund. Daneben bieten die Ergebnisse aus der Befragung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Informationen zu deren Zufriedenheit. Die Zufriedenheitswerte der auskunftsfähigen Bewohner bewegen sich mit jeweils über 90 % weiterhin auf einem hohen Niveau. In diesem Zusammenhang ist allerdings darauf hinzuweisen, dass sich ältere Menschen bei Befragungen tendenziell überwiegend positiv äußern und dass aufgrund kognitiver Einschränkungen nur ein Teil der Bewohner im Rahmen der Qualitätsprüfungen befragt werden kann. Die fachliche

Bewertung der Versorgung im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität umfasste insbesondere die Erhebung des Pflegezustandes und den Umgang mit konkreten Pflegeproblemen. Dieser war bei 90,0 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner angemessen, bei jedem zehnten der aufgesuchten Bewohner ist ein unzureichender Pflegezustand festgestellt worden, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung zurückzuführen war. Auch bei einem angemessenen Pflegezustand können aber Defizite in der Prozessqualität vorliegen (z.B. bei der Dekubitusprophylaxe). Der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen war bei 93,5 % der Bewohner angemessen, bei 6,5 % der Bewohner entsprach der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen nicht den gesetzlichen Anforderungen.

Die Qualitätsprüfungen des MDK konnten deutlich machen, dass die Pflegeeinrichtungen seit dem letzten Bericht erkennbare Anstrengungen unternommen haben, um die Pflegequalität in den Einrichtungen weiterzuentwickeln. Allerdings wurden auch erhebliche Qualitätsdefizite festgestellt, die weiteren Handlungsbedarf im Rahmen der Qualitätssicherung in vollstationären Pflegeheimen deutlich machten. Der vollständige Pflegequalitätsbericht des MDS kann unter http://www.mds-ev.org/index2.html herunter geladen werden.

2. Prüfungen des MDK im Kreis Gütersloh

Im Berichtszeitraum des zweiten Pflegequalitätsbericht des MDS (2004 – 2006) wurden im Kreis Gütersloh insgesamt 9 vollstationäre Pflegeeinrichtungen (rd. 35%) durch den MDK geprüft, im Jahr 2007 insgesamt vier Pflegeeinrichtungen. Bei allen diesen Prüfungen durch den MDK war die Heimaufsicht des Kreises Gütersloh beteiligt. Im Rahmen dieser MDK-Qualitätsprüfungen wurden Strukturdaten geprüft und insbesondere auch die Pflegedokumentation daraufhin analysiert, ob die Schritte des Pflegeprozesses nachvollziehbar sind. Auch die Ergebnisqualität wurde durch eine pflegerische Inaugenscheinnahme sowie ein Gespräch mit den Bewohnern der Einrichtung ermittelt.

Bei den in den Jahren 2004 – 2006 im Kreis Gütersloh geprüften Einrichtungen wurden erhebliche Mängel in der Struktur- und Prozessqualität festgestellt. Teilweise waren pflegerische Standards nicht erfüllt und die Prozesshaftigkeit der Pflege nicht ablesbar. Die festgestellten Mängel waren jedoch nicht gleichbedeutend mit einer bereits eingetretenen Unterversorgung. Die Ergebnisqualität ist bei den geprüften Einrichtungen insgesamt als zufrieden stellend bis gut dargestellt worden.

Im Jahr 2007 wurde bei einer Prüfung durch den MDK eine durchweg gute Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität attestiert, bei drei Einrichtungen mussten jedoch neben erheblichen Mängeln in der Struktur- und Prozessqualität zudem Mängel in der Ergebnisqualität festgestellt werden; in zwei dieser Einrichtungen wurde seitens des MDK das Vorliegen von „unangemessener Pflege“ attestiert, deren Ursache vorwiegend in Defiziten bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung zu suchen war. Zudem waren Gewichtsverluste nicht ausreichend kontrolliert und der individuelle Kalorienbedarf nicht berücksichtigt. Bei den pflegerischen Maßnahmen zur Vorbeugung von Druckgeschwüren, bei der Inkontinenzversorgung und bei der Betreuung von Menschen mit Demenz stellte sich die Situation in diesen Einrichtungen ähnlich defizitär dar.

Diese Feststellungen machen deutlich, dass externe Qualitätsprüfungen weiter dringend nötig sind. Hier ist wegen der größeren Ortsnähe die Heimaufsicht noch vor dem MDK an erster Stelle gefordert. Prüfungen der Prozess- und Ergebnisqualität in den Einrichtungen können jedoch nur mit pflegerischem Sachverstand erfolgen. Die Heimaufsicht strebt daher eine stärkere Einbindung der in der Abteilung Arbeit und Soziales eingesetzten Pflegefachkraft an. Da deren zeitliche Ressourcen aber bereits durch die Arbeit im Rahmen der Prüfung von Pflegebedürftigkeit stark ausgeschöpft sind, konnte die Pflegefachkraft in 2007 bisher nur bei etwa einem Drittel der erfolgten Prüfungen der Heimaufsicht hinzugezogen werden.

Eine Zusammenfassung über das Prüfgeschehen der Heimaufsicht im Jahre 2007 wird nach dem Jahresabschluss in der nächsten Pflegekonferenz vorgestellt.

3. Bericht über den Qualitätszirkel

Wie bereits in der letzten Pflegekonferenz berichtet wurde seitens der Heimaufsicht zur Verbesserung der Prozesshaftigkeit der Pflege in den vollstationären Pflegeeinrichtungen im Kreis Gütersloh ein Qualitätszirkel initiiert. Die erste Sitzung fand am 06.06.07 unter Moderation der Abteilung Arbeit und Soziales statt; nahezu alle vollstationären Pflegeeinrichtungen im Kreis Gütersloh waren durch die Pflegedienstleitungen und/oder andere für die Qualitätssicherung in der jeweiligen Einrichtung zuständige MitarbeiterInnen vertreten. Es fand ein reger Informationsaustausch zu verschiedenen Handlungsansätzen statt, die nach den jeweiligen individuellen Gegebenheiten in der Einrichtung die Pflegequalität verbessern helfen können.

Es bestand grundsätzlich Einvernehmen darin, die Arbeit des Qualitätszirkels fortzuführen. Aus dem Kreis der Teilnehmer wurde in diese Zusammenhang angeregt, für zukünftige Sitzungen ggf. themenspezifischen externen Sachverstand hinzuziehen.

Gez. Jung
(Kreisdirektor)