

Fokus **Pflege** Der Dienst

Der Nachrichten- und Informationsdienst für Pflegeexperten

Inhalt

Editorial

Seite 2



*Adelheid von Stösser,
1. Vorsitzende
des Pflege-
Selbsthilfever-
bandes*

Schulnoten für Qualität von Pflegeheimen

Pflege-Selbsthilfeverband: Ein Frage-Antwort-System von zweifelhaftem Wert

Seite 3

Hintergrund

Noten für Pflegeheime

Seite 7

Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

MDS und Uni Bremen legen Abschlussbericht vor

Seite 8



*Johanna Knüppel,
Referentin des
DBfK*

Pflege – Nein danke

Schlechte Arbeitsbedingungen schrecken Schulabgänger

Seite 10

Studie: In den Kliniken fehlen mindestens 70.000 Pflegekräfte

Krankenhaus-Finanzierungsreform ermöglicht 17.000 zusätzliche Jobs bis 2011

Seite 12

Pflegestufe 0

Wer sich nicht wehrt, hat Pech

Seite 16



Willi Zylajew, CDU

Zur Sache

Willi Zylajew CDU, zur Praxis der Pflegekassen, Pflegebedürftige in die Pflegestufe „Null“ einzuordnen

Seite 18

Meldungen

BVMed: Europäischer Gerichtshof zum Vergaberecht
KDA: Tagespflege-Einrichtungen Gewinner der Pflegereform
Destatis: Zahl der Pflegebedürftigen steigt

Seite 18

Zahl der Woche

Seite 19

Impressum

Seite 19



Cornelia Bürger
Herausgeberin

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Sind Noten für Pflegeheime ein Schritt in Richtung Transparenz? Immerhin soll ab 2009 die Qualität von Pflegeheimen auf diese Art gekennzeichnet werden. Einzuwenden ist gegen Zensuren genau so wenig wie gegen Farben, Sternchen oder andere Symbole. Die Frage ist nur: Was haben wir davon?

Nicht viel. Denn schon regt sich die Kritik. Geprüft wird einzig und allein, ob bei der Pflege bestimmte Vorschriften eingehalten werden. In welcher Qualität diese erbracht werden und mit welchem Resultat, wird mit diesem Frage-Antwortsystem nicht erfasst.

70 Prozent der Menschen in Deutschland haben Angst davor, ihren Lebensabend in einem Pflegeheim zu verbringen. Jeder Achte würde sogar lieber sterben, als ins Heim zu gehen. Wenn wir über die Qualität von Pflegeeinrichtungen reden, müssen wir diese Ängste, die auch unsere eigenen sind, ernst nehmen.

Wer wird uns pflegen? Diese Frage stellt sich angesichts des vom DBfK beklagten Nachwuchsmangels. Das Image der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit verschlechtert sich kontinuierlich. Die großen Belastungen im Berufsalltag machen den Beruf für gute Schulabgänger unattraktiv. Die Politik ist gefragt, endlich vernünftige Rahmenbedingungen zu schaffen.

2009 wird ein spannendes Jahr, ein „Super-Wahljahr“. Es ist allgemein üblich, dass sich Parteien angesichts von Wahlen mit Vorschlägen und Konzepten überschlagen. Hoffen wir, dass es sich nicht nur um publikumswirksame Aktionen handelt, die am Ende wenig bringen. Die Pflege braucht gute Ideen!

Für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre Anregungen danken wir Ihnen.

Beste Grüße

*Cornelia Bürger
Herausgeberin*

Schulnoten für Qualität von Pflegeheimen

Ein Frage-Antwort-System von zweifelhaftem Wert

Pflege-Selbsthilfeverband: Lebens- und Betreuungsqualität können mit diesem System nicht erfasst werden



Adelheid von Stösser,
1. Vorsitzende des Pflege-Selbsthilfeverbandes: „Das politische Regelwerk zur Qualitätssicherung in der Pflege ist eine Ansammlung unausgewogener Schnellschüsse.“

Berlin (FokusPfleger) – Pflegeheime werden künftig mit Schulnoten bewertet. Heimträger, Pflegekassen und Kommunen haben sich kurz vor Ende 2008 nach langen Verhandlungen auf bundesweit einheitliche Bewertungskriterien nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI geeinigt. Ob das wirklich ein Schritt in Richtung Transparenz sein kann, ist fraglich.

Kritik kommt unter anderem vom Pflege-Selbsthilfeverband.

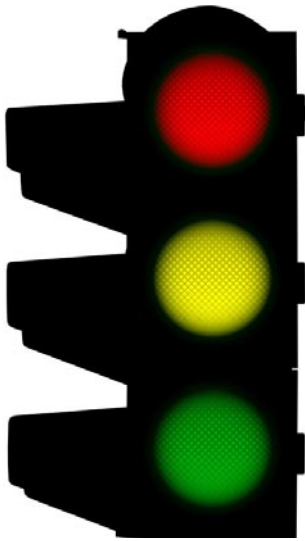
FokusPfleger sprach mit der 1. Vorsitzenden des Verbandes, Frau Adelheid von Stösser.

FokusPfleger:

Fast sah es so aus, als würde sich die Ampelbewertung durchsetzen. Nun hat ein anderes System, das nach Schulnoten, das Rennen gemacht. Ist das eine kluge Entscheidung?

Adelheid von Stösser:

Auf den ersten Blick erscheinen das System und die Idee einer Benotung von Pflegeheimen sinnvoll. Auch die Aufgliederung in fünf Bereiche und die Kriterienlisten erwecken zunächst den Eindruck, dass hier doch eine ganze Menge Punkte abgefragt werden. Positiv hervorzuheben ist, dass nur noch knapp die Hälfte der Fragen, nämlich 35 von 82 die pflegerisch-medizinische Versorgung betreffen, bedenkt man, dass der Medizinische Dienst der Kassen (MDK) noch bis vor drei Jahren nur diesen Bereich im Blick hatte. Neuerdings werden zehn Fragen zum Angebot für Demenzerkrankte gestellt, zehn weitere Fragen zielen auf Soziale Betreuungsangebote, neun Fragen beziehen sich auf den Bereich Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene. Außerdem – und das ist ganz neu – sollen Bewohner gefragt werden. Bei näherer Betrachtung muss man jedoch stark bezweifeln, dass sich auf diese Weise die Spreu vom Weizen trennt. Selbst das menschlich schlechteste Heim dürfte in der Lage sein, die zur Erzielung guter Noten erforderliche Dokumentation vorzulegen. Geprüft wird nämlich einzig und allein, ob bestimmte Vorschriften eingehalten und eigentlich selbstverständliche Betreuungsangebote gemacht werden. In welcher Qualität diese erbracht werden und mit welchem Resultat, wird mit diesem Frage-Antwortsystem nicht erfasst.



Ampel: Zu wenig differenzierte Darstellung in gute, ordentliche oder schlechte Qualität

FokusPflege:

Wäre die Ampel besser gewesen?

Adelheid von Stösser:

Im Grunde spielt es keine Rolle, ob das Ergebnis von Heimprüfungen in Farben oder Noten oder Sternen ausgedrückt wird. Entscheidend ist doch, inwieweit sich der Verbraucher, also der Heimplatzsuchende, darauf verlassen kann, dass ein Heim, welches mit der Farbe Grün oder mit einer guten Note bewertet ist, tatsächlich auch das bietet, was in den Prospekten und im Internet versprochen wird.

Eine Bewertung der Pflegeheime mit den Ampelfarben Grün, Gelb, Rot hatte der Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen vorgeschlagen. Dabei wurde zu Recht, die zu wenig differenzierte Darstellung in gute, ordentliche oder schlechte Qualität kritisiert. Außerdem stellte sich die Frage, ob man schlechte Heime überhaupt als solche dulden dürfe. Die rote Farbe darf es im Grunde nicht geben, denn gravierende Mängel dürfen nicht akzeptiert werden. Ebenso wird es keine Heime mit der Bewertung mangelhaft geben dürfen. Entweder müssten diese gezwungen werden, die Mängel abzustellen oder sie müssten geschlossen werden. Wir haben bei unserem Konzept der „Heimauszeichnung“ die Sterne gewählt und die Kriterien so gefasst, dass wenn bestimmte Mindestforderungen nicht erfüllt werden, kein Stern verliehen wird. Das System hat sich auch bei den Hotels und Restaurants bewährt.

FokusPflege:

Bildet die Note, die nach dem jetzt beschlossenen System ermittelt wird, die Ergebnisqualität ab? Oder was sagt sie aus?

Adelheid von Stösser:

Da sich das Prüfverfahren zu 80 Prozent auf die Dokumentation bezieht, drückt die Note vor allem aus, wie sorgfältig die Buchführung im Heim gepflegt wird. Die Bewohner können reihenweise Druckgeschwüre (Dekubitus) haben oder vor Schmerzen jammern, sie können überwiegend sediert und fixiert sein. Alles das interessiert bei der Fragestellung nicht. Bewertet wird ob die Risiken und Maßnahmen ausreichend dokumentiert sind. Überhaupt bewegt sich das Prüfverfahren einzig auf der Strukturebene. Folglich gibt die Note lediglich bekannt, inwieweit das Heim bestimmte Strukturrichtlinien erfüllt oder nicht. Damit ist keineswegs sicher zu stellen, dass Häuser mit der besseren Pflegequalität auch die besseren Noten bekommen. Vielmehr besteht die Gefahr, dass Heime



Das von einem Grafiker aus Köln entwickelte Signet ist seit Januar 2008 das Erkennungsmerkmal des Pflege-Selbsthilfeverbandes. Es symbolisiert den Gedanken der „Hilfe zur Selbsthilfe“ und der Begegnung auf Augenhöhe.

mit einer guten Ergebnisqualität schlechter abschneiden als solche, die hauptsächlich Wert darauf legen, im Falle der Prüfung die geforderte Dokumentation vorlegen zu können.

Das vorgesehene Frage-Antwortsystem mag eine vergleichsweise einfache Methode sein, die bei Umfragen oder statistischen Erhebungen Sinn macht. Zur Beurteilung der Lebens- und Pflegequalität in Heimen erscheint diese Form jedoch völlig ungeeignet. So ist es kein Zufall, dass mittels MDK-Verfahren, nur Strukturdaten abgefragt werden. Mit „Ja – Nein“ lassen sich weder Prozesse noch Ergebnisse bewerten. Es sei denn, man würde Unsummen von Fragen stellen, die immer weiter ins Detail gehen. Um Vergleiche anstellen zu können, in welcher Qualität und mit welchem Ergebnis Maßnahmen erbracht werden, bedarf es anderer Methoden.

FokusPflege:

Ihr Verband, der Pflege-Selbsthilfeverband, kritisiert, dass die Qualitätskriterien einen zu großen Ermessensspielraum lassen. Können Sie das konkretisieren?

Adelheid von Stösser:

Abgesehen davon, dass kaum ein Heim befürchten muss, im Endergebnis eine Fünf zu bekommen, ist es leicht, gegen diese Note Einspruch zu erheben. Denn bevor sich jemand ein „mangelhaft“ an die Tür heftet, wird er dieses Resultat anfechten. Und hat dabei sogar gute Chancen, weil das Bewertungsverfahren viele Ungeklärtheiten beinhaltet und dem jeweiligen Prüfer einen großen Ermessensspielraum lässt.

So dürfte es angesichts des Pensums an Fragen keinem Prüfer möglich sein, aus den Unterlagen jeweils eindeutige Rückschlüsse für „Ja“ oder „Nein“ zu ziehen. Viele Bewohner können selbst keine Angaben machen und die Angaben der Pflegenden müssen nicht einbezogen werden. Es gibt Prüfer die sich große Mühe machen und zweifelhafte Angaben hinterfragen, andere hingegen werten einzig die Dokumentation: Alles was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht und würde mit „Nein“ gewertet.

Das verschafft solchen Heimen Vorteil, die ihren Mitarbeitern bestimmte Praktiken der Dokumentation einschärfen. Wer prüft schon nach, ob der Bewohner die Flaschen und Gläser tatsächlich getrunken hat, die ihm auf seinem Trinkprotokoll bescheinigt werden? Papier ist bekanntlich geduldig. Welche Pflegekraft schreibt gewissenhaft auf, dass sie aus Zeitmangel angeordnete Maßnahmen nicht durchführen konnte?



Der Pflege-Selbsthilfeverband wurde am 24. Oktober 2005 gegründet und ist seither als unabhängiger, gemeinnütziger Verein bundesweit aktiv.

FokusPflege:

Sie kritisieren das Pflegeverständnis des MDK – was läuft hier falsch?

Adelheid von Stösser:

Den Prüfkriterien des MDK liegt ein Krankenhausversorgungsdenke zugrunde, wie es Ärzten und Krankenpflegekräften zu eigen ist, die in diesen Strukturen aufgewachsen sind. Das heißt: Im Vordergrund steht die medizinische Versorgung und damit die nach Anordnung oder nach Expertenstand durchzuführenden Behandlungen und Prophylaxen. Deshalb reicht es nach MDK Prüfrichtlinie für die volle Punktzahl aus, wenn ein verordnetes Medikament verabreicht wurde.

Selbst wenn der Bewohner vor Schmerzen jammert und nichts unternommen wird, weil der Arzt nichts angeordnet hat, würden volle Punkte gegeben. Schließlich wird nur gefragt, ob Bewohner die angeordnete Therapie erhalten haben und nicht, ob diese Maßnahme zur Schmerzfreiheit führte. Tatsächlich sind Ärzte und Pflegenden im Allgemeinen viel zu schnell geneigt – wenn ein alter Mensch über Beschwerden klagt, die chemische Keule einzusetzen. Dabei weiß jeder um die heilsame Wirkung, die verständnisvolle Zuwendung haben kann. Es gibt wunderbare Alternativen zu der gängigen Praxis, doch danach wird nicht gefragt. Alternative Konzepte werden nur solange gefördert, wie das betreffende Modellprojekt finanziert wird.

Die Kassen zahlen problemlos jedes Medikament, sowie die Behandlung sämtlicher Nebenwirkungen all dieser Medikamente. Doch wenn für einen alten Menschen noch ein neuerer Rollstuhl verordnet wird, dann will die Kasse wissen, ob sich das noch lohnt. Nicht selten werden derartige Anträge solange auf Eis gelegt, bis der Versicherte verstorben ist. Ähnliche Beispiele könnten seitenweise aufgeführt werden. Die Kassen interessiert nicht ob die Behandlung geholfen oder alles verschlimmert hat. Eine Ergebnisbewertung sehen sie nicht als ihre Aufgabe. Genau dieses in der Historie der Kranken- und Pflegeversicherung begründete Verhalten spiegelt sich in den Prüffragen und den Noten wieder, die der MDK vergibt.

FokusPflege:

Wie lautet Ihr Fazit?

Adelheid von Stösser:

Für mich ist das ganze System reiner Etikettenschwindel. Man könnte dies vielleicht noch hinnehmen und darauf vertrauen, dass solche Noten spätestens nach drei Jahren ohnehin keiner mehr ernst nimmt.

Doch wenn man den noch nicht bezifferten Millionenbetrag aus der Pflegeversicherungskasse sieht, der nunmehr regelmäßig in das Personal für diese Prüfungen fließen wird, ist das eben nicht hinnehmbar. Mit diesem Betrag könnte vermutlich jedes der rund 10.000 Pflegeheime in Deutschland mit einer zusätzlichen Vollzeitfachkraft ausgestattet werden, um eine ungefähre Größenordnung in den Raum zu werfen. Stattdessen werden die Fachkräfte für den MDK tätig. Das mag diesen zwar besser gefallen, als der stressige Alltag in der Pflege und es wird auch besser bezahlt werden, aber was haben unsere Pflegebedürftigen davon? Die wachsende Personalnot an der Basis versuchen die politisch Verantwortlichen derzeit durch den Einsatz von Arbeitslosen und 1-Euro Kräften auszugleichen.

Das gesamte politische Regelwerk zur Qualitätssicherung in der Pflege ist in meinen Augen eine wachsende Ansammlung unausgewogener Schnellschüsse. Das Notensystem ist das jüngste Beispiel, die reinste Augenwischerei. Es ist die Art wie Politik in diesem Bereich auf die Wirklichkeit reagiert.

FokusPflege:

Wir danken für das Gespräch.

Hintergrund

Noten für Pflegeheime

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen und der GKV-Spitzenverband haben die Kriterien und die Bewertungssystematik zur Qualität der Pflegeheime nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI und eine ebensolche Regelung für die ambulante Pflege vereinbart. Seit dem 1. Januar 2009 gilt somit ein allgemeines Qualitätszeugnis für Pflegeeinrichtungen. In fünf verschiedenen Bereichen wird die Qualität der Häuser nach dem Schulnoten-Prinzip bewertet: von „sehr gut“ bis „mangelhaft“.

Die Prüfung erfolgt nach 82 Kriterien in fünf Themenbereichen: Pflege und medizinische Versorgung; Umgang mit demenzkranken Bewohnern und anderen gerontopsychiatrisch veränderten Menschen; soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene). Ergänzt werden diese durch eine Befragung der Bewohner.

Die Teilergebnisse fließen in eine Gesamtnote ein, wobei die Befragung der Bewohner separat in einer zweiten Gesamtnote berücksichtigt wird.

Bis Ende 2010 müssen die Medizinischen Dienste alle ambulanten und stationären Einrichtungen einmal prüfen, danach ist eine jährliche Kontrolle vorgesehen. Fällt die Benotung schlechter als „ausreichend“ aus, bekommt das Heim Verbesserungsauflagen zu den entsprechenden Punkten. Werden diese Mängel dauerhaft nicht beseitigt, besteht die Möglichkeit die Vergütung durch die Pflegekasse zu kürzen. Schlimmstenfalls kann der Versorgungsvertrag zwischen dem Heim und der Pflegekasse gekündigt werden, was dann das Aus für die Einrichtung bedeuteten würde.

Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

MDS und Uni Bremen legen Abschlussbericht vor

Wann ist ein Mensch im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig

Berlin (FokusPfleger) – Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen haben Anfang Dezember 2008 ihren Abschlussbericht über die praktische Erprobung eines neuen Verfahrens zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit vorgelegt. Der Bericht ist Teil eines Modellprojektes, das die Spitzenverbände der Pflegekassen auf Anregung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Jahr 2006 eingerichtet haben. In dem Modellprojekt haben der MDK Westfalen-Lippe (MDK WL) und das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld (IPW) ein neues Pflege-Begutachtungsverfahren entwickelt (Hauptphase 1). Im Anschluss wurde dieses Verfahren in der Praxis erprobt und vom MDS und dem IPP wissenschaftlich evaluiert (Hauptphase 2).

Seit Einführung der Pflegeversicherung wird immer wieder der geltende verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI (§ 14) kritisiert. Nach diesem Paragraphen sind Personen pflegebedürftig, „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer voraussichtlich



Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit vom 25. März 2008:

http://www.mds-ev.org/media/pdf/Abschlussbericht_Hauptphase_I_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf

Abschlussbericht der Studie:

http://www.mds-ev.org/media/pdf/PfAss_Endbericht_Phase2_081202.pdf

für mindestens 6 Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“. Nach Ansicht der Kritiker ist das zu eng gefasst, vor allem deshalb, weil in Absatz 4 des §14 SGB XI, eine Einschränkung auf die rein körperliche und hauswirtschaftliche Versorgung gemacht wird und die psychosoziale Betreuungsbedürftigkeit bei der Feststellung und Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Kassen (MDK) bislang keine Berücksichtigung findet.

Neues Verfahren setzt andere Maßstäbe

Im Unterschied zum jetzigen Begutachtungsverfahren ist der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht die erforderliche Pflegezeit. Zugrunde gelegt wird vielmehr der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen.

Das Begutachtungsassessment umfasst 8 Module: Mobilität, Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung.

Die Einzelfaktoren werden in 5 Abstufungsgraden erfasst und reichen von völlig selbständig bis völlig unselbständig. Unterschieden wird zwischen Pflege- und Hilfebedürftigkeit. Als ‚hilfebedürftig‘ gelten Personen, die vorrangig im Bereich Haushaltsführung (Modul 8) eine Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit aufweisen. Als ‚pflegebedürftig‘ werden hingegen Personen bezeichnet, die in den Modulen 1 bis 6 Beeinträchtigungen bzw. Probleme aufweisen, unabhängig davon, wie das Einschätzungsergebnis für die Module 7 und 8 ausfällt.

Das neue Verfahren sieht 5 Pflegestufen vor. Pflegestufe 1 und 2 entsprechen jedoch im Prinzip der heutigen Stufe 0 ohne Leistungsanspruch. Stufe 5 wäre mit der Härtefallregelung vergleichbar.

Die Projektnehmer empfehlen das entwickelte Instrument als geeignet und praktikabel zur Begutachtung von Menschen mit möglicher Pflegebedürftigkeit im Sinne eines erweiterten und pflegewissenschaftlich angemessenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und bewerten es als eine sehr gute Grundlage, den ermittelten Grad der Abhängigkeit von pflegerischer Hilfe in Leistungen der Pflegeversicherung umzusetzen. Das zugrunde liegende umfassende Verständnis von Pflegebedürftigkeit führt dazu,

das die bislang im SGB XI nicht und nur unzureichend berücksichtigten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und psychischen Problemlagen in Zukunft zuverlässig erfasst werden. Es bleiben keine für die Bestimmung des Grads der Pflegebedürftigkeit relevanten Aspekte unberücksichtigt.

Pflege – Nein danke

Schlechte Arbeitsbedingungen schrecken Schulabgänger

Nachwuchsmangel bedroht die Versorgung



Johanna Knüppel, Referentin des DBfK: „Der Pflegeberuf muss jetzt durch bessere Arbeitsbedingungen deutlich attraktiver gemacht werden.“

Berlin (FokusPflege) – Die Bilanz lässt Schlimmes ahnen. Nach dem Abschluss der fünfwöchigen Ausstellung „Pflege – Bilder – Perspektiven: Berufe mit Menschen“ im Haus der Gesundheitsberufe in Berlin sieht der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) keine gute Zukunft für den Pflegeberuf. Mehrere Hundert Realschüler und Gymnasiasten haben im November und Dezember 2008 die sehr gut präsentierte Ausstellung besucht und mit Verbandsvertretern über Arbeitsfelder, Ausbildung, Berufsalltag und Perspektiven in der Pflege diskutiert. Einen pflegerischen Beruf aber zieht kaum einer dieser Jugendlichen in Betracht. Nur wenn im Wunschberuf kein Ausbildungsplatz zu ergattern ist, kommt der Pflegebereich als nachrangige Option in Betracht. Allenfalls, denn: „Unter den 25 am häufigsten genannten nichtakademischen Wunschberufen kommt die Pflege nicht vor“, sagt Johanna Knüppel, Referentin des DBfK.

Schlechte Bezahlung bei hoher Verantwortung und Dauerstress

„Die Arbeitsbedingungen für die rund 1,2 Millionen Pflegekräfte in Deutschland sind katastrophal und unzumutbar. Die Löhne für Pflegekräfte in Deutschland sind so niedrig wie in keinem anderen der 30 OECD-Mitgliedsstaaten. Dabei ist die schlechte Bezahlung für die Jugendlichen noch nicht einmal das Hauptargument. „Pflegekraft zu sein, das bedeutet hohe Verantwortung und Dauerstress“, sagt Johanna Knüppel. „Das Image der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit verschlechtert sich seit Jahren kontinuierlich. Die großen physischen und psychischen Belastungen im pflegerischen Berufsalltag sind im Bewusstsein der Gesellschaft angekommen. Uns wundert nicht, dass sogar Eltern ihren vor der Berufswahl stehenden Kindern eindringlich verbieten, in die Pflege zu gehen.“



Ausbildungsverträge in der Pflege haben bald Seltenheitswert

Mangelnder Nachwuchs ist nur eine Seite der Medaille. Denn während „unten nichts nachwächst“, wird oben fleißig abgeschmolzen. Beispiel Krankenhäuser: Obwohl die Zahl der Krankenhauspatienten seit Jahrzehnten kontinuierlich steigt, wurden seit Mitte der 1990er Jahre hier in erheblichem Umfang Stellen im Pflegedienst abgebaut. Immer weniger Pflegekräfte müssen immer mehr Patienten versorgen. In einer Modellrechnung errechnete der Professor Michael Simon, Gesundheitswissenschaftler der Fachhochschule Hannover, dass angesichts der gestiegenen Leistungszahlen gegenwärtig ca. 70.000 mehr Pflegekräfte in Krankenhäusern erforderlich wären, um den gleichen Versorgungsstandard wie Mitte der 1990er wieder zu erreichen.

Dazu kommt, dass Beschäftigte in der Pflege hohen Arbeitsanforderungen und -belastungen ausgesetzt sind. Organisationsentwicklung und Gesundheitsmanagement in dieser Branche gelten als unzureichend. Die Folgen: Krankheitsbedingte Fehlzeiten und Fluktuation in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind überdurchschnittlich hoch. Viele Pflegekräfte scheiden vorzeitig aus dem Beruf aus. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt nur zehn Jahre.

Veränderungen sind dringend notwendig

„Wenn wir heute nicht Alarm schlagen, werden wir morgen in Deutschland keine qualitativ ausreichende Pflege mehr haben“, warnt Johanna Knüppel. „Veränderungen greifen ohnehin erst mit Zeitverzug, deshalb muss der Pflegeberuf jetzt durch bessere Arbeitsbedingungen deutlich attraktiver gemacht werden.“ Nur so bestehe die Chance, auch künftig noch genügend Fachkräfte für eine gute Versorgung der alternden Bevölkerung zur Verfügung haben.

Johanna Knüppel: „Im englischen Gesundheitswesen hat man errechnet, dass im Jahr 2020 jeder vierte Schulabgänger einen Pflegeberuf ergreifen müsste, um den Bedarf im Land zu decken. Die Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist dem durchaus vergleichbar. Wo sind hier die Konzepte, die eine zukünftig angemessene Versorgung der Menschen sicherstellen können? Unsere politischen Vertreter haben offenbar die Zeichen der Zeit noch immer nicht erkannt.“

Imagekampagnen lösen das Problem nicht

Das stimmt nicht ganz. Denn bei der Politik ist das Problem offensichtlich angekommen. Nur leider stellt man dort die falschen Weichen.



Das Image der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit verschlechtert sich seit Jahren kontinuierlich

Mit Imagekampagnen versucht das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Pflegeberuf attraktiver zu machen. „Wir rollen den roten Teppich für Pflegekräfte und Auszubildende in der Altenpflege aus“ heißt es auf der Website des Ministeriums. Geworben wird für ein bundesweites Festival der Altenpflege, das im März 2009 in Köln Pflegekräften und Auszubildenden in der Altenpflege einen „außergewöhnlichen Treffpunkt“ bieten soll.

Gut gemeint ist aber noch lange nicht gut gemacht. Dass es sich bei dem Festival um den kläglichen Rest einer weitaus größer geplanten Kampagne handelt, verschweigt das Ministerium. Geplant waren insgesamt vier Festivals. Zuvor hatte man unter dem Titel „Was ist moderne Altenpflege?“ einen Wettbewerb ausgeschrieben, bei dem die Sicht der Altenpflege auf ihren Berufsalltag dargestellt werden sollte. Erwartet hat das Ministerium eine große Zahl von Zuschriften. Dass das Projekt nun stark beschnitten seinen Weg in die Öffentlichkeit findet, könnte daran liegen, dass sich diese Erwartung nicht erfüllt hat.

Studie: In den Kliniken fehlen mindestens 70.000 Pflegekräfte

Krankenhaus-Finanzierungsreform ermöglicht 17.000 zusätzliche Jobs bis 2011

Nach massiver Schrumpfung muss der stationäre Sektor in den nächsten Jahren wieder wachsen

Berlin (FokusPflege) – „Bis zu 17.000 zusätzliche Stellen“ im Pflegedienst der Krankenhäuser müssen die Krankenkassen in den nächsten drei Jahren zu 90 Prozent finanzieren. Der Eigenanteil der Kliniken beträgt also nur noch zehn Prozent. Das sieht das geänderte Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vor, das der Bundestag am 18. Dezember 2008 endgültig verabschiedet hat. Ursprünglich sollten es zwar 21.000 zusätzliche Pflegejobs sein, allerdings nur mit 70-prozentiger Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) - also mit 30 Prozent Eigenbeteiligung der Häuser.

Insgesamt stehen den knapp 2.100 Krankenhäusern hierzulande 2009 nach dem KHRG von der GKV 3,5 Mrd. Euro höhere Erlöse zu als im vergangenen Jahr. Rund 1 Mrd. Euro davon wären allerdings auch ohne diese Reform an die Häuser geflossen (wegen der Grundlohnsteuerung

„Die Unterfinanzierung der Krankenhäuser bleibt bestehen, zumal auch die Investitionslücke in den Bundesländern nicht geschlossen wird.“

Aktionsbündnis zur Rettung der Krankenhäuser zum KHRG

„Die Träger der Krankenhäuser und ihre zirka 1 Mio. Beschäftigten sind tief enttäuscht über Inhalt und Verfahren der Gesetzgebung.“

Deutsche Krankenhausgesellschaft zum KHRG

„Das Aktionsbündnis fordert, dass die zugesagten Gelder auch zeitnah in den Kliniken ankommen. Die bisherige Regelung, wonach erst nach den Verhandlungen mit den Krankenkassen die Finanzhöhe festgeschrieben werden kann, ist praxisfern und führt zu unnötigen Verzögerungen.“

Aktionsbündnis zur Rettung der Krankenhäuser zum KHRG

„Die Krankenhäuser müssen weiterhin Bemühungen zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven unternehmen, da jeder Euro der gesetzlichen Krankenversicherung von den Beitragszahlern hart erarbeitet wird.“

Ulla Schmidt, SPD,
Bundesgesundheitsministerin,
zum KHRG

um 1,41 Prozent und des planmäßigen Wegfalls des GKV-Rechnungsabschlags 2007/2008 in Höhe von 0,5 Prozent). Trotz dieses Teilerfolgs – etwa 2,5 Mrd. Euro Zusatzhonorar - blieben die Kliniken unterfinanziert, kritisiert das Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“. Der neue Bundestag nach der Wahl im September 2009 und die Länder müssten dann „die Krankenhausfinanzierung auf gesunde Beine stellen“. Die Klinikfinanzierung sei insgesamt stärker am Bedarf zu orientieren, lautet die Forderung.

Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) moniert, dass sich die Mehrkosten der Häuser 2008 und 2009 auf über 6,7 Mrd. Euro summierten. „Die Träger der Krankenhäuser und ihre zirka 1 Mio. Beschäftigten sind tief enttäuscht über Inhalt und Verfahren der Gesetzgebung“, konstatiert die DKG, „Wertschätzung und Würdigung der Leistung sehen anders aus.“

Schrumpelkurs in der stationären Versorgung

Der stationäre Sektor der Krankenversorgung in der Bundesrepublik hat seit 1991 massive Umbrüche durchlebt, berichtet das Statistische Bundesamt in Wiesbaden. Kennzeichnend dafür waren unter anderem ein Bettenabbau um fast ein Viertel auf 507.000, die Reduzierung der durchschnittlichen Patienten-Verweildauer um rund 59 Prozent auf 8,3 Tage und ein Rückgang der Klinikfallzahlen um 18 Prozent auf rund 17 Mio. pro Jahr. Die Zahl der Behandlungsfälle in Krankenhäusern stagniert allerdings nahezu bereits seit zehn Jahren – und sie wird nach einer aktuellen Projektion des Statistischen Bundesamtes in den nächsten zwei Jahrzehnten (bis 2030) sogar kontinuierlich um wahrscheinlich insgesamt etwa 12 Prozent auf dann zirka 19 Mio. Behandlungsfälle jährlich zunehmen. Hauptgrund dafür ist nach Einschätzung der Wiesbadener Statistiker, dass trotz sinkender Bevölkerungszahl insgesamt die Zahl der über 60-jährigen bis zum Jahr 2030 um knapp 8 Mio. ansteigen wird und fast die Hälfte aller Krankenhausbehandlungen ältere Menschen betrifft. Vor diesem Hintergrund ist eine weitere Schrumpfung des Krankenhaussektors nicht mehr zu erwarten. Das gilt insbesondere auch für den Pflegedienst in den Kliniken, der zwischen 1995 und 2006 – gemessen in Vollzeitkräften – um 51.243 Jobs (minus 14,6 Prozent) auf reichlich 299.000 reduziert worden ist.

Fachhochschule Hannover sieht großen Personalbedarf

Eine aktuelle Untersuchung der Fachhochschule Hannover diagnostiziert, dass bereits heute rund 70.000 Vollzeit-Pflegekräfte in deutschen



http://www.fh-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Modellrechnung_Unterbesetzung.pdf

*Fachhochschule Hannover,
Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales, Abteilung
Pflege und Gesundheit -
Prof. Dr. Michael Simon:
Modellrechnung zur Schätzung
der gegenwärtigen
Unterbesetzung im Pflegedienst
der Krankenhäuser:
Krankenhaus Barometer kompakt – Umfrage 2008
(pdf, 15 Seiten)*

Krankenhäusern zusätzlich erforderlich wären, um den gleichen Versorgungsstandard wie Mitte der 1990er Jahre zu gewährleisten. Das KHRG-Förderungsprogramm für 17.000 zusätzliche Jobs bei Pflegefachkräften in Kliniken bis 2011 ist demnach unzureichend. Die Unterbesetzung deutscher Krankenhäuser mit Pflegefachkräften illustriert auch ein internationaler Vergleich: Nach Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) liegt die Zahl des Krankenhauspersonals je 1000 Einwohner in Finnland, Frankreich, Irland, Österreich, der Schweiz und den USA um 50 bis 60 Prozent über der in Deutschland. Würde man diese Relationen auf den Pflegedienst übertragen, müssten in deutschen Kliniken etwa 150.000 zusätzliche Stellen in der Pflege zur Verfügung gestellt werden, berechnet Prof. Dr. Michael Simon von der Fachhochschule Hannover.

„Mehr oder weniger plausible Schätzungen“

„Eine Antwort auf die zentrale Frage nach dem gegenwärtigen Personalbedarf und somit auch der Frage nach der Angemessenheit der gegenwärtigen Personalbesetzung ist (...) lediglich auf der Grundlage einer mehr oder weniger plausiblen Schätzung möglich“, heißt es in der Studie. Für 2006 ergibt sich demnach eine Unterbesetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser von zirka 65.0000 Vollkräften. Das sei eine eher zurückhaltende Schätzung, die weder den erhöhten Pflegebedarf aufgrund der deutlich gestiegenen Zahl älterer und hochaltriger Patienten berücksichtigt, noch den in den letzten Jahren zu verzeichnenden erheblichen Anstieg der vor-, nach- und teilstationären Behandlung sowie der ambulanten Operationen. Ebenfalls nicht berücksichtigt ist eine vermutlich zu verzeichnende Zunahme der Zahl hochkomplexer Behandlungsfälle im Intensivbereich, die nicht nur einen deutlich höheren Sachmittelaufwand (z. B. Arzneimittel), sondern vor allem eine deutlich anspruchsvollere und aufwändigere pflegerische Versorgung erfordern. Im Zeitraum 1996 bis 2006 zeigt sich nach Erkenntnissen der FH-Hannover-Studie „eine zunehmend größer werdende Differenz zwischen Soll- und Ist-Besetzung in Form einer sich immer weiter öffnenden Schere“.

Das zunehmende Auseinanderdriften von Soll- und Ist-Besetzung führe zu steigender Arbeitsbelastung, deren Ausmaß sich auch an einer zentralen Kennzahl der Krankenhausstatistik, der Belastungsziffer - ablesen lasse, heißt es weiter. Die „Belastungsziffer“ wird üblicherweise für patientennah tätige Berufsgruppen errechnet, wie beispielsweise Ärzte und Pflegekräfte, und gibt an, wie viele Fälle eine Vollkraft pro Jahr eine Vollkraft versorgt hat. Für den Pflegedienst lasse sich an der Entwicklung der Belastungs-

ziffer sehr deutlich die Bedeutung der Pflege-Personalregelung PPR (von Anfang der 90er Jahre) und ihrer Aufhebung erkennen, stellen die Autoren der Studie fest. Trotz Einführung der PPR sei die Belastungsziffer im Pflegedienst im Jahr 1993 zunächst weiter angestiegen und erst 1994 wieder abgesunken. „Dies entspricht den Berichten aus der Praxis, dass die auf Grundlage der PPR errechneten Stellen von den Krankenkassen nur zögerlich und häufig erst ab 1994 in den Budgetverhandlungen zugestanden wurden.“ Nach Aussetzung der PPR 1996 stieg demnach die Belastungsziffer wieder an und machte im Jahr 1997, unmittelbar nach Aufhebung der PPR, einen deutlichen Sprung nach oben. Seitdem habe die Belastung deutlich zugenommen und habe im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2006 um zirka 25 Prozent über dem Wert des Jahres 1991 gelegen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass bereits die Besetzung des Jahres 1991 auch von der Gesundheitspolitik als deutlich zu niedrig und als Anzeichen eines „Pflegenotstandes“ in den Krankenhäusern angesehen worden sei.

Bundesweit erhobene PPR-Daten hätten nach Angaben der GKV-Spitzenverbände gezeigt, dass Anfang der 90er Jahre im Pflegedienst der Krankenhäuser gemessen an den der PPR zirka ein Fünftel oder 58.000 Vollzeitstellen fehlten, heißt es in der Untersuchung. „Würde man diese Zahl als Zielgröße für die Umsetzung der PPR zu Grunde legen, statt der im Gesundheitsstrukturgesetz (von 1992) genannten 26.000 Stellen, läge die Ausgangsbasis für die Modellrechnung deutlich höher. Da statt der erforderlichen 58.000 zusätzlichen Vollzeitstellen bis 1995 nur 21.000 geschaffen worden seien, ergebe sich ein Fehlbestand von 37.000 Vollzeiträften. Dies müsste eigentlich zu dem ermittelten Fehlbestand addiert werden, so dass die geschätzte gegenwärtige Unterbesetzung im Bereich von etwa 100.000 Vollkräften liegen würde. „Diese Zahl mag vielen übertrieben erscheinen“, schreiben die Autoren der Hannoveraner Studie. Ein Blick auf andere, mit Deutschland vergleichbaren Ländern lege aber eher die Vermutung nahe, „dass dieser Eindruck vor allem aus der Gewöhnung an eine seit zirka zwei Jahrzehnten anhaltenden chronische Unterbesetzung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser resultiert.“

Internationaler Vergleich: Deutschland abgehängt

In fast allen EU-15-Ländern und der Schweiz, für die entsprechende Daten vorliegen, wurde die Zahl der Vollkräfte in Krankenhäusern seit Mitte

der 90er Jahre kontinuierlich erhöht, während in Deutschland als einzigem Land der Pflege-Personalbestand seit 1996 kontinuierlich abgebaut wurde, heißt es in der Studie aus Hannover. Auch in den USA wurde demnach nach einem Personalabbau in den 90er Jahren seit 2000 der Personalbestand wieder aufgebaut. In Frankreich, der Schweiz, in den USA, in Finnland, Irland sowie Österreich lag die Zahl der Vollkräfte in Krankenhäusern im Jahr 2004 um zirka 50 bis 60 Prozent über der Zahl der Vollkräfte in deutschen Kliniken, betonen die Autoren. Allerdings: Diese OECD-Zahlen beziehen sich auf das Krankenhauspersonal insgesamt - Pflegefachkräfte werden nicht gesondert ausgewiesen. Unterstellt, der Anteil des Pflegedienstes an der Gesamtzahl des Krankenhauspersonals wäre in allen Ländern in etwa gleich – und die Besetzung des Pflegedienstes in deutschen Krankenhäusern sollte auf das Niveau von Frankreich, der Schweiz, USA, Finnland, Irland oder Österreich angehoben werden, müssten in deutschen Kliniken zirka 50 bis 60 Prozent mehr Vollzeitkräfte im Pflegedienst beschäftigt werden als gegenwärtig. Dies hätte nach Berechnungen der Fachhochschule Hannover im Jahr 2006 bei einem Vollkräfte-Ist von knapp 300.000 ungefähr 150.000 bis 180.000 zusätzlichen Vollkräften entsprochen.

Pflegestufe 0

Wer sich nicht wehrt, hat Pech

Pflegekassen verweisen Pflegebedürftige zunehmend in die Stufe „Null“. Das spart Geld und führt das System ad absurdum

Berlin (FokusPflege) – „Die Pflegekassen haben offensichtlich einen neuen Weg gefunden, Geld zu sparen. Wie das ARD-Magazin „Report München“ in seiner Sendung vom Montag, dem 5. Januar 2009, berichtete, werden Pflegebedürftige massenhaft in die mit der Pflegereform vom Juli 2008 neu geschaffene Pflegestufe „Null“ verwiesen und zwar obwohl bei ihnen ein erheblicher Hilfebedarf bei „regelmäßig wiederkehrenden täglichen Verrichtungen“ bei der Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie bei der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht und sie damit Anspruch auf die Pflegestufe 1 hätten.



<http://www.br-online.de/das-erste/report-muenchen/report-pflegeversicherung-betroffene-ID1230898816875.xml>

Betroffen sind überwiegend Demenzkranke, dem Buchstaben des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes nach „Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“. Sie erweisen sich für eine Reihe von Pflegekassen als lohnendes Mittel, Ausgaben zu senken. Denn während in



Demenzkranke bekommen meist die Pflegestufe „Null“

der Pflegestufe 1 einem Pflegebedürftigen 215 Euro im Monat zustehen, wird in der Pflegestufe „Null“ kein Geld ausgezahlt. Hier dürfen lediglich Rechnungen im Wert von 100 Euro im Monat bei der Kasse eingereicht werden. Ersetzt werden allerdings nur Betreuungsleistungen, zum Beispiel, wenn der Betroffene stundenweise in einer Betreuungseinrichtung untergebracht wird. Ein Pflegedienst, der in das Haus kommt und bei wichtigen täglichen Verrichtungen wie der Körperpflege hilft, wird nicht bezahlt.

„Report München“ schildert unter anderem den Fall eines Mannes, der an Demenz leidet, dazu inkontinent ist und ein chronisches Rückenleiden hat. Ohne Hilfe kann er seinen Alltag nicht mehr bewältigen. Obwohl seine Frau auf einem Auge fast blind ist und auch auf dem anderen Auge nur noch schlecht sieht, pflegt sie ihren Mann fast rund um die Uhr. Ohne Pflegedienst kommt sie trotzdem nicht aus.

Der kommt einmal in der Woche zum Duschen und Rasieren. Mehr kann sich das Ehepaar nicht leisten, denn die Hilfe zahlt es aus eigener Tasche: Duschen kostet 20 Euro. Der Antrag auf Pflegestufe 1 wurde von der Kasse abgelehnt. Stattdessen gab es die neue Pflegestufe „Null“ und damit Leistungen, die das Paar nicht dringend benötigt.

Die Vorgehensweise der zuständigen Pflegekasse ist offensichtlich kein Einzelfall. In den letzten sechs Monaten ist es nach Aussage vieler Betroffener kaum noch möglich, die Pflegestufe 1 zu bekommen. Damit erweist sich eine an sich gute Idee der Pflegereform, nämlich Menschen zu helfen und mit Leistungen zu unterstützen, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe 1 erfüllen, als Rohrkrepiierer.

„Die Situation in der Pflegediskussion ist ganz klar“, äußerte der Münchner Sozialpädagoge Klaus Füssek in der Report-Sendung. Er kämpft seit fast drei Jahrzehnten für die Humanisierung der Altenpflege, sammelt Beschwerden und geht Politikern auf die Nerven. „Man hat versucht, ein paar kleinere kosmetische Verbesserungen zu machen, man hat gesagt, das ist besser als gar nichts. In der Praxis wird schon wieder versucht, selbst mit diesem Mittel Kürzungen einzuführen. Das heißt, Menschen, die jetzt möglicherweise in die Stufe 1 gehören, verweist man auf die Pflegestufe „Null“.

Im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages soll die Nachricht über die Misere offensichtlich bereits angekommen sein und zwar bei allen Parteien. Das jedenfalls sagte Willi Zylajew, der pflegepolitische Sprecher der CDU (siehe auch „Zur Sache“) in der Sendung. Eine Stel-

lungnahme des Gesundheitsministeriums gab es in der Sendung übrigens nicht.

Zur Sache

Willi Zylajew pflegepolitischer Sprecher der CDU im Bundestag zur Praxis einiger Pflegekassen, Pflegebedürftige vornehmlich in die Pflegestufe „Null“ einzuordnen.



Willi Zylajew, CDU: „Ich vermute, dass das Ministerium sehr schnell handeln wird.“

„Wir haben im Gesundheitsausschuss über bestimmte Entwicklungen nach der Reform diskutiert und müssen feststellen, dass offensichtlich einige Pflegekassen regelrecht sabotieren - das heißt konkret, das Gesetz, das ja bedeutet, dass mehr die Leistungen den Pflegebedürftigen zugute kommen sollen, nutzen, um die Kassen der Pflegekassen zu füllen und sich einfach um die rechte Ausgabe zu drücken. Wir haben das Gesundheitsministerium aufgefordert, hier zu intervenieren.“

Meldungen

BVMed: Europäischer Gerichtshof zum Vergaberecht. Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH), ob die deutschen Krankenkassen im Sinne des Vergaberechts öffentliche Auftraggeber sind, wird für das 1. Quartal 2009 erwartet. Das teilt der BVMed mit. Am 16. Dezember 2008 legte der Generalanwalt beim Europäischen Gerichtshof, Ján Mazák, die Schlussanträge für das Vorabentscheidungsverfahren vor. Das Verfahren war vom Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf im Mai 2007 zur Klärung der öffentlichen Auftraggebereigenschaft von Gesetzlichen Krankenkassen eingeleitet worden. Der Generalanwalt kommt zu dem Ergebnis, dass es sich bei deutschen gesetzlichen Krankenkassen um öffentliche Auftraggeber im Sinne des Vergaberechts handelt. Da die Schlussanträge stets nur ein Vorschlag sind, an den der Europäische Gerichtshof nicht gebunden ist, bleibt abzuwarten, ob er sich diesem anschließen wird, so der BVMed. Erfahrungsgemäß tut er dies in rund drei Viertel aller Fälle. Sollte der EuGH den Schlussanträgen des Generalanwalts folgen, bedeutet das für die Praxis nicht automatisch, dass die Krankenkassen jeden Beschaffungsvorgang ausschreiben müssen. Vielmehr gilt das Europäische Vergaberecht nur, wenn darüber hinaus ein „öffentlicher Auftrag“ vorliegt und die „Schwellenwerte“ erreicht oder überschritten sind. Beide Kriterien sind anhand der Umstände des jeweiligen Einzelfalls zu beurteilen.

KDA: Tagespflege-Einrichtungen Gewinner der Pflegereform. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe begrüßt diese Entwicklung. Es entlastet auf der einen Seite pflegende Angehörige und bietet andererseits Pflegebedürftigen Aktivierung sowie die Möglichkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen. Seit der Pflegereform sind Pflegebedürftige, die teilstationäre Pflege in Anspruch nehmen, dadurch privilegiert, dass ihnen auch bei voller Inanspruchnahme des Leistungsbudgets noch mindestens 50 Prozent der Sachleistung oder des Pflegegeldes zur Verfügung stehen. Nehmen sie die Leistungen der Tagespflege nur zu 50 Prozent in Anspruch, bleibt ihnen der volle Sachleistungsanspruch bzw. der volle Pflegegeldanspruch erhalten.

Destatis: Zahl der Pflegebedürftigen steigt. Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) waren in Deutschland im Dezember 2007 2,25 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Das waren rund 118.000 oder 5,6 Prozent mehr als 2005 und 231.000 beziehungsweise 11,4 Prozent mehr als bei der ersten Erhebung im Jahr 1999. Die Mehrheit (68 Prozent) der Pflegebedürftigen waren Frauen. 83 Prozent der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; rund ein Drittel (35 Prozent) 85 Jahre und älter. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko pflegebedürftig zu sein. Während im Dezember 2007 bei den 70- bis unter 75-Jährigen jeder zwanzigste (5 Prozent) pflegebedürftig war, wurde für die ab 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Menschen dieser Altersgruppe betrug 62 Prozent.

Zahl der Woche

Fast zwei Drittel (**62 Prozent**) der gesamten Krankenhauskosten (**2007 rund 68 Mrd. Euro**) in der Bundesrepublik sind Personalkosten (**41,9 Mrd. Euro**). Davon entfielen 2007 **11,4 Mrd. Euro** (= 27 Prozent der Personalkosten) auf den Ärztlichen Dienst und 13,9 Prozent (= 33 Prozent) auf den Pflegedienst. 1991 wurden nur 20 Prozent der Klinikpersonalkosten für den Ärztlichen Dienst aufgewendet, aber 36 Prozent für den Pflegedienst.

IMPRESSUM

Fokus Pflege Der Dienst
V. i. S. d. P.: Cornelia Bürger
Redaktion: Cornelia Bürger (Ltg.),
Karl H. Brückner (Parlament),
Ingrid Dörschel (Assistenz)
Grafik: Sabine Schmitt
Fotonachweis: fotolia

Redaktionsanschrift:
Franz-Mehring-Platz 1
10243 Berlin
Telefon +49 30 / 2978 4714
Fax +49 30 / 2978 4716
info@fokus-pflege.de