

Fortsetzung von Seite 1

Transparenz durch den Pflege-TÜV?



Grafik: GKV-Spitzenverband

Aufgeteilt in vier Bereiche werden die jeweiligen Noten der stationären Einrichtung veröffentlicht. Das Gesamtergebnis setzt sich aus dem Durchschnitt dieser vier Bewertungen zusammen. Um einen besseren Vergleich der Pflegeheime untereinander zu ermöglichen, wird zusätzlich der Landesdurchschnitt angegeben. Eine weitere Note („Befragung der Bewohner“) gibt die Einschätzung der Heimbewohner selbst wieder.

die, die auf diesem Weg sind, ist das eine gute Chance, sich nach außen zu präsentieren und weiter an ihrer Qualität zu arbeiten.“

Wie wird geprüft?

Die Prüfer des MDK untersuchen stationäre Pflegeeinrichtungen anhand von insgesamt 64 Einzelkriterien, die sich auf die folgenden vier Teilbereiche verteilen:

- Pflege und medizinische Versorgung,
- Umgang mit demenzkranken Bewohnern,
- soziale Betreuung und Alltagsgestaltung,
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene.

Für jeden dieser vier Bereiche wird eine Note vergeben, die sich an dem gängigen Schulprinzip orientiert – von 1 für „sehr gut“ bis 5 für „mangelhaft“. Diese vier Einzelergebnisse fließen schließlich in eine Gesamtnote ein, die dann im Internet veröffentlicht wird (siehe obenstehende Grafik).

Als zusätzliche Vergleichsmöglichkeit wird ebenfalls die Durchschnittsnote der in dem jeweiligen Bundesland geprüften Pflegeheime angegeben. Eine weitere Note ergibt sich aus einer Befragung der Pflegebedürftigen selbst. Diese Einschätzung der Heimbewohner wird als Note separat ausgewiesen.

Für ambulante Pflegeeinrichtungen wird ähnlich verfahren. Dort gibt es drei Teilgebiete mit insgesamt 49 Einzelkriterien:

- pflegerische Leistung,

- ärztlich verordnete pflegerische Leistung,
- Dienstleistung und Organisation.

Die Note „Befragung der Kunden“ wird auch hier separat ausgewiesen.

Kritik am Pflege-TÜV

Von verschiedenen Seiten wurde teilweise vehemente Kritik an der Einführung der Pflegenoten geäußert. So bezeichnete etwa der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach das Bewertungssystem insgesamt als irreführend. Nach Ansicht des Politikers führt die Durchschnittsnote der drei bzw. vier Teilbereiche dazu, dass etwa Mängel in der pflegerischen Versorgung durch gute Noten in anderen Bereichen ausgeglichen werden können. Auf diese Problematik hatte ebenfalls SoVD-Präsident Adolf Bauer hingewiesen: „Es darf nicht sein, dass zum Beispiel eine schlechte Flüssigkeitsversorgung von Pflegebedürftigen mit regelmäßigen Erste-Hilfe-Schulungen ‚verrechnet‘ werden kann.“ Auch Prof. Dr. Heinz Rothgang, der als Gutachter für das Bundesgesundheitsministerium tätig ist, bemängelte, dass die Prüfkriterien gleich gewichtet werden. Der Wissenschaftler sprach sich dafür aus, dass eine mangelhafte Bewertung in einem zentralen Punkt – wie etwa der pflegerischen Versorgung – auch zu einer mangelhaften Gesamtbewertung führen müsse (siehe nebenstehendes Interview).

Christiane Grote vom MDS räumt ein, dass es durch die Bildung einer Durchschnittsnote zu einem gewissen Ausgleich innerhalb der Bewertung komme. Gegenüber der SoVD-

Zeitung betonte sie jedoch, dass der Schwerpunkt der Prüfkriterien eindeutig im Bereich Pflege liege: „Wenn sich allein sechs Kriterien mit dem Thema Dekubitus beschäftigen, dann kann man diese nicht mit einem einzelnen Kriterium etwa zum Notfallplan ausgleichen.“

Wie geht es weiter?

Parallel zu den Prüfungen des MDK findet eine wissenschaftliche Begleitung statt. Durch diese Evaluation sollen die verwendeten Kriterien auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Hierzu hat das Bundesministerium für Gesundheit ein zweijähriges Forschungsprojekt vorgesehen, das von einem Beirat begleitet werden soll. In diesen Beirat wurde auch die für den Pflegebereich zuständige Referentin des SoVD-Bundesverbandes berufen. Dadurch ist sichergestellt, dass der Sozialverband Deutschland an der weiteren Ausgestaltung des Begutachtungsverfahrens beteiligt ist und auf diesem Wege auch die Interessen der SoVD-Mitglieder mit Nachdruck vertreten wird. *jb*



Info

Laut Gesetz sind für die Veröffentlichung der Pflegenoten sowohl die Pflegeanbieter selbst als auch die Landesverbände der Pflegekassen zuständig. Mit der Veröffentlichung erster Prüfergebnisse ist im Spätsommer dieses Jahres zu rechnen. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie direkt bei Ihrer jeweiligen Pflegekasse.



Interview

— Welche Verbesserung bringt der Pflege-TÜV?

Ich denke, die Tatsache, dass es den Pflege-TÜV überhaupt gibt, ist ein Durchbruch. Prüfungen wurden bereits seit der Einführung der Pflegeversicherung durchgeführt. Der MDK und die Kassen wussten zwar hinterher, dass eine bestimmte Einrichtung ein Problem hat, durften es aber nicht weitersagen – aus Datenschutzgründen. Das ist jetzt anders: Jetzt müssen die Daten weitergegeben und veröffentlicht werden.

— Warum hat diese Entwicklung so lange gedauert?

Die Debatte über Qualität ist ein Verdienst der Pflegeversicherung. Während man in den Neunzigerjahren zunächst den Weg über Vereinbarungen gegangen ist, spielt heute der Wettbewerbsgedanke eine größere Rolle. Man geht also inzwischen viel eher auf die Bedürfnisse der Verbraucher ein.

— Sind Pflegeskandale damit für die Zukunft ausgeschlossen?

Im Gegenteil: Je genauer wir hingucken, desto mehr sehen wir auch. Wenn die Zahl der Pflege-Skandale steigt, heißt das aber nicht automatisch, dass die Qualität schlechter wird.

— Kann man schlechte Pflege tatsächlich durch gute Noten in anderen Bereichen ausgleichen?

Man kann solche Fälle konstruieren. Es ist jedoch eher unwahrscheinlich, dass Heime zwar einen erstklassigen Service, gute Verpflegung und freundliches Personal bieten, die Bewohner aber dennoch unter schlechter Pflege leiden. Ich würde mir aber wünschen, dass man mittelfristig versucht, die Prüfkriterien stärker zu differenzieren, und zwischen zentralen und weniger wichtigen Kriterien unterscheidet. Außerdem ist die Bewertung zu überprüfen. Wenn man beispielsweise die Note „gut“ erhält, weil drei von vier Bewohnern keinen Dekubitus haben, dann finde ich das falsch: Eine Dekubitusquote von 25 Prozent ist immer noch zu hoch.

— Wie geht es weiter mit den Pflegenoten?

Es ist gut, dass wir den Pflege-TÜV haben. Noch nicht ausgereift ist die Art und Weise, wie dieser ausgestaltet wurde. Man sollte das Ganze als ein lernendes System begreifen, bei dem man Erfahrungen sammelt und das Instrument dann nach und nach verbessert. Deshalb wird dieser Prozess auch wissenschaftlich evaluiert.

Interview: Joachim Baars

Regelung zur Patientenverfügung

Selbstbestimmungsrecht von Patienten gestärkt

Der Deutsche Bundestag hat am 18. Juni eine Entscheidung zur Regelung der Patientenverfügung getroffen. Diese stärkt das Selbstbestimmungsrecht und schafft endlich Rechtssicherheit für Patienten, Angehörige und Ärzte. „Die Bürgerinnen und Bürger können jetzt sicher sein, dass ihre sorgfältig verfasste



Foto: Rose/ SoVD
Mit einer Patientenverfügung können Menschen ihren Willen zu bestimmten medizinischen Behandlungen schriftlich erklären. Sie kommt erst dann zum Zuge, wenn sich der Patient nicht mehr äußern kann.

Patientenverfügung respektiert und beachtet wird“, nimmt dazu SoVD-Präsident Adolf Bauer in einer Pressemitteilung Stellung. Der SoVD setzt sich seit Langem für eine entsprechende Regelung ein.

Mit einer Patientenverfügung können Menschen ihren Willen zu bestimmten medizinischen Behandlungen schriftlich erklären. Die Patientenverfügung kommt erst dann zum Zuge, wenn sich der Patient nicht mehr äußern kann. Die beschlossene Regelung sieht vor, dass der schriftliche Wille des Patienten in jedem Stadium der Krankheit beachtet werden muss. Voraussetzung ist, dass der schriftlich festgelegte Wille auf die eingetretene Krankheitsituation anwendbar ist.

Bislang haben neun Millionen Bundesbürger eine Patientenverfügung verfasst. Es ist und bleibt der freien Entscheidung jedes Einzelnen überlassen, ob er eine solche schreibt. Insbesondere ältere Menschen dürfen nicht gegen ihren Willen dazu gedrängt werden, eine Patientenverfügung zu verfassen oder eine Vorsorgevollmacht auszustellen.

Adolf Bauer ergänzt: „Es ist zudem dringend erforderlich, dass der flächendeckende Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung jetzt entschieden vorangetrieben wird. Außerdem müssen Patienten, aber auch Ärzte, noch stärker über die Möglichkeiten und den Zugang zu schmerz-

Vorerst Entwarnung für Beitragszahler in den gesetzlichen Krankenkassen

Weniger Zusatzbeiträge als erwartet

Weniger Krankenversicherte als erwartet müssen zum 1. Juli einen Zusatzbeitrag zahlen. „Es sind nur zwei oder drei kleine Krankenkassen davon betroffen“, sagte der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Josef Hecken. Andere Kassen werden nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums einen Teil der Beiträge zurückerstatten können.

Ende April hatte Hecken noch von 16 Kassen mit insgesamt 4,5 Millionen Versicherten gesprochen, die nach damaligem Stand einen Zusatzbeitrag erheben müssten. Seither hätten viele von ihnen Fusionsgespräche mit finanzstärkeren Partnern aufgenommen, so Hecken. Einen Zusatzbeitrag können Kassen erheben, wenn sie mit dem Geld, das ihnen der Gesundheitsfonds zuweist, nicht auskommen. Mitglieder haben dann ein Sonderkündigungsrecht.

„Gleichzeitig sieht es so aus, dass einige Kassen in der Lage sein werden, Boni zu erstatten“, sagte Ministeriumssprecher Klaus Vater. Der

Gesundheitsfonds erstatte die Ausgaben der Kassen zu 100 Prozent.

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung begrüßte Heckens Aussagen. „Es ist gut, dass entgegen der bisherigen Ankündigungen des Bundesversicherungsamtes jetzt offenbar doch weniger Versicherte ab dem 1. Juli Zusatzbeiträge zahlen müssen“, sagte Sprecher Florian Lanz. Nur Bundesversicherungsamt und Landesaufsichten verfügten allerdings über die vertraulichen Finanzdaten der Kassen.

Die gesetzlichen Kassen schlossen das erste Quartal mit einem Plus

von 1,1 Milliarden Euro ab. Nach Schätzungen der AOK droht ihnen aber 2010 ein Defizit von 7 und im Jahr darauf von 13 Milliarden Euro. AOK-Chef Herbert Reichelt hatte davor gewarnt, dass allein 2010 pro Kopf 11,60 Euro im Monat an Zusatzbeitrag nötig seien.

Vor dem Hintergrund finanzieller Belastungen gerade kleinerer Kassen hatten zuletzt die Betriebskrankenkasse Verkehrsbau Union und die Mitteldeutsche BKK angekündigt, sich zum 1. Juli zur größten Betriebskrankenkasse mit Sitz in den neuen Ländern zusammenzuschließen. *dpa*