G+G Blickpunkt

Gesundheit und Gesellschaft

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK 5/2015

INHALT

- Pflege: Aus fürs Benotungssystem noch nicht endgültig
- Referentenentwurf für Klinikreform liegt vor
- Unionspapier plädiert für Direktzugang zum Therapeuten
- Messung von Klinikqualität: AOK will Vorreiter bleiben
- Blickpunkt Hintergrund: Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff hat Praxistest absolviert

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 7. Mai 2015

Kritik am Entwurf des Präventionsgesetzes auch aus der Union und der SPD

Der Entwurf für das geplante **Präventionsgesetz** ist auf starke Kritik in Unions- und SPD-Kreisen, aber auch bei Sachverständigen gestoßen, die sich im Rahmen einer Anhörung im Gesundheitsausschuss äußerten. Die Arbeitsgruppe Gesundheit in der SPD mahnt an, die Zusammenarbeit in der Prävention zwischen Bund, Ländern und Kommunen präziser zu regeln, Qualitätssicherung und Evaluation zu stärken, ein Budget für Präventionsforschung vorzusehen und Pflegeeinrichtungen ausdrücklich als eines der Präventions-Settings im Gesetz zu nennen. Die Junge Union kritisiert, die Finanzierung der Prävention über die Beitragsgelder der gesetzlich Versicherten sei „der falsche Weg". Prävention sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und eine Finanzierung über Steuern gerechter. Die hessische Sozialrechtsprofessorin Astrid Wallrabenstein hält wesentliche Passagen des Gesetzentwurfs sogar für verfassungswidrig. Sie meint, laut Grundgesetz sei Prävention keine Sache des Bundes und nach Artikel 87 habe die Sozialversicherung ihre Aufgaben eigenständig zu erledigen. Auch der AOK-Bundesverband kritisierte viele Punkte an dem Gesetzentwurf. Er sei an vielen Stellen zentralistisch und bürokratisch, nehme aber viele Akteure zu wenig in die Pflicht. Bei den geplanten Nationalen Präventionskonferenzen dürften alle mitreden, zahlen sollten aber allein die Kranken- und Pflegekassen. Die Grünen haben derweil in einer **Kleinen Anfrage** nach der Rolle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufkläung (BZgA) im Gesetzentwurf gefragt. Dieser soll im Juni im Bundestag, im Juli im Bundesrat abschließend beraten werden.

Infos: **www.aok-bv.de**

Pallivativversorgung: Gesetzentwurf passiert Kabinett

Das Bundeskabinett hat den Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und **Palliativversorgung** verabschiedet. Er macht die Palliativversorgung zu einem Bestandteil der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung und Sterbebegleitung zum Versorgungsauftrag der Pflegeversicherung. Hospize, Palliativstationen und ambulante Palliativversorger sollen künftig mehr Geld erhalten. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in strukturschwachen und ländlichen Gebieten will die Regierung durch Schiedsverfahren für entsprechende Versorgungsaufträge der Kassen mit den SAPV-Teams fördern. Der AOK-Bundesverband befürwortet den Gesetzentwurf, weil er „den palliativen und hospizlichen Gedanken vorantreibt".

Infos: **www.bmg.bund.de**

ZUR PERSON

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery
ist neuer stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Weltärztebundes. Der Präsident der Bundesärztekammer war zuvor Schatzmeister des Weltärztebundes. Von 1989 bis 2007 stand der Hamburger Radiologe der Ärztegewerkschaft Marburger Bund vor.

Dr. Dirk Heinrich,
Bundesvorsitzender des NAV – Virchowbundes, ist nun erster Vorsitzender des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands (SpiFa). Zweiter Vorsitzender ist Dr. Axel Schroeder, dritter Vorsitzender Dr. Christian Albring, vierter Vorsitzender Dr. Hans-Friedrich Spies. Der SpiFa hat sich 2014 umorganisiert und vertritt nun nach eigenem Bekunden die meisten Fachärzte Deutschlands.

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin | **verantwortlich:** Jürgen Graalmann | **Redaktion:** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Berlin
verantwortliche Redakteurin: Ines Körver, Telefon: 030/22011–201 | **Grafik:** Kerstin Conradi

Pflege: Aus fürs Benotungssystem noch nicht endgültig

Ob das Benotungssystem für Pflegeheime und -dienste bald abgeschafft wird, ist wieder offen. Anfang April hatte der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, angekündigt, die Noten würden ausgesetzt, bis eine Expertenkommission ein neues Bewertungsverfahren entwickelt habe. Die SPD hat sich aber in der Zwischenzeit mehrfach für den Erhalt des alten Systems ausgesprochen, allerdings mit erheblichen Verbesserungen. Offenbar befürchtet sie, es lasse sich kein besseres Ersatzsystem finden. Der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn, forderte die SPD zu einem Kompromiss auf. Gute Pflege sei zu komplex, um sie in einer Note abzubilden. Die Vorschläge werden jetzt von den Pflegepolitikern der Koalitionsfraktionen beraten. Eine neue Regelung des Benotungssystems soll mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz kommen.

GBA setzt Beschluss zu Orphan Drug aus

Der **Gemeinsame Bundesausschuss** (GBA) hat erstmalig und bewusst die gesetzlich vorgesehene Bewertungsfrist im Rahmen der Nutzenbewertung von Arzneimitteln überschritten. Dabei ging es um ein Mittel gegen eine seltene Krankheit, also ein sogenanntes Orphan Drug, namens **Glybera**. Es kann bei einer Lipoproteinlipase-Defizienz eingesetzt werden und wurde von der **Europäischen Arzneimittelagentur** (EMA) 2014 im dritten Anlauf zugelassen. Erst kürzlich hatte ein Berichterstatter der EMA dem Mittel ein negatives Nutzen-Risiko-Verhältnis attestiert. Der Hersteller hatte dies mit Verzögerung an den GBA weitergeleitet, weswegen der GBA den Beschluss über einen Zusatznutzen aussetzte. Das Mittel ist teuer: Die Therapiekosten belaufen sich auf 1,1 Millionen Euro pro Jahr. Etwa 150 bis 200 Menschen leiden in Europa an einer Lipoproteinlipase-Defizienz, die unter anderem zu Entzündungen der Bauchspeicheldrüse führen kann.

Infos: www.g-ba.de

IBM will im großen Stil Gesundheitsdaten auswerten

Der IT-Konzern IBM will künftig Gesundheitsdaten aus Smartphones, medizinischen Implantaten und Fitness-Armbändern auswerten und dabei unter anderem eng mit Apple zusammenarbeiten. Apple wiederum hat unter anderem mit dem jüngsten iPhone bereits eine App ausgeliefert, die Schritte zählt und sich nicht löschen lässt. Die Daten will IBM anonymisiert in einer Cloud speichern. Kritiker warnen, die sensiblen Gesundheits-Infos in der Cloud weckten Begehrlichkeiten und setzten Anreize, diese zu hacken.

Infos: www.ibm.de

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin | **verantwortlich:** Jürgen Graalmann | **Redaktion:** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Berlin
verantwortliche Redakteurin: Ines Körver, Telefon: 030/22011–201 | **Grafik:** Kerstin Conradi

Referentenentwurf für Klinikreform liegt vor

Das Bundesgesundheitsministerium hat den Referentenentwurf für das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) an die einschlägigen Verbände gegeben, damit diese sich auf die wohl am 18. Mai stattfindende Fachanhörung im Ministerium vorbereiten können. In den Worten des CDU-Gesundheitsexperten Jens Spahn bringt das Gesetz „weniger Krankenhäuser, weniger OPs und mehr Qualität". Ein je zur Hälfte vom Gesundheitsfonds und den Ländern finanzierter Strukturfonds in Höhe von einer Milliarde Euro soll den Umbau der Krankenhauslandschaft voranbringen. Qualitätsbezogene Zu- und Abschläge bei Klinikleistungen sollen dafür sorgen, dass die Qualität der Leistungen steigt. Vorgesehen sind auch ein Pflegestellenförderprogramm und eine Angleichung der Landesbasisfallwerte. Grundlage des Referentenentwurfs sind die Eckpunkte einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom Dezember 2014.

KOMMENTAR

Das Bemühen um mehr Qualität durchzieht den Referentenentwurf für die Klinikreform. Das ist gut so. Entscheidend wird dabei sein, die Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung grundsätzlich zu verankern. Begrüßenswert ist auch das Vorhaben, Mindestmengenregelungen rechtssicher auszugestalten. An anderen Stellen ist die Politik aber zu zaghaft. Warum soll es bei schlechter Qualität nur Abschläge geben? Es wäre besser, man würde diese gar nicht bezahlen. So verschwänden schlechte Leistungen schneller vom Markt. Dass es gelingt, mit dem Strukturfonds die Kliniklandschaft nachhaltig umzugestalten, ist zu bezweifeln. Schade ist auch, dass die Ländern bei der Investitionskosten-Finanzierung wieder nicht in die Pflicht genommen werden. Die Reform soll die Beitragszahler zwischen 2016 und 2020 mit 5,4 Milliarden Euro belasten. Auch an dieser enorm hohen Summe wird sie sich messen lassen müssen. (ink)

ASV bleibt Sorgenkind

Nachsteuerungsbedarf bei der **Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung** (ASV) hat eine Veranstaltung in Mainz offenbart. Dort zeigte sich, dass bislang nur 20 Verträge nach dem dafür einschlägigen Paragraf 116 b (neu) des Fünften **Sozialgesetzbuches** (SGB V) geschlossen worden sind. Viele Teilnehmer der Veranstaltung monierten bürokratische Hürden. So müsste in Rheinland-Pfalz ein 25-seitiger Antrag sowie vier insgesamt 52 Seiten umfassende Anlagen ausgefüllt werden. Zudem habe sich die Bereinigung der Vergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen als schwierig erwiesen. Die ASV bedarf in den Worten von Dr. Christian Peters, Leiter der Abteilung ambulante Versorgung im AOK-Bundesverband, „einer grundsätzlichen Revision". In der Kritik steht unter anderem der im Gesetz vorgesehene Bestandsschutz: Krankenhäuser, die nach dem alten Paragrafen 116 b des SGB V zur ambulanten Behandlung zugelassen waren, bleiben es. Es sei denn, die Kliniken erfüllen bestimmte Qualitätsanforderungen nicht mehr. Wirbel um die ASV gab es kürzlich auch, weil der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Gassen, gemeinsam mit dem Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. Georg Baum, ohne Absprache mit den eigenen Gremien Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe Änderungsvorschläge zur gesetzlichen Ausgestaltung unterbreitet hatte.

Infos: www.aok-bv.de

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin | **verantwortlich:** Jürgen Graalmann | **Redaktion:** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Berlin
verantwortliche Redakteurin: Ines Körver, Telefon: 030/22011–201 | **Grafik:** Kerstin Conradi

Unions-Papier plädiert für Direktzugang zum Therapeuten

Einen Direktzugang zum Therapeuten sieht ein Papier der Arbeitsgruppe Gesundheit der Union-Bundestagsfraktion vor. Die Politiker versprechen sich davon „erstens ein Einsparpotenzial für die gesetzliche Krankenversicherung, zweitens eine teilweise Kompensation künftiger Versorgungsengpässe und drittens eine höhere Patientenzufriedenheit“, wie es in dem Papier heißt. Um die Therapeuten auf die neue Aufgabe besser vorzubereiten, will die Union die Aus- und Weiterbildungsstandards erhöhen. Logopäden, Physiotherapeuten, Masseure und Co. sollen zusätzliche Qualifikationen, beispielsweise im Zusammenhang mit Erstellung von Diagnosen und Therapieberichten, erwerben. Damit die Ausbildungszahlen in den Berufen nicht weiter absinken, will die Union das Schulgeld (gewöhnlich rund 400 Euro monatlich) abschaffen. SPD-Fraktionsvize Prof. Karl Lauterbach reagierte irritiert auf das Papier, da es nicht mit der SPD abgestimmt sei, versprach aber zu prüfen, ob gute ausländische Erfahrungen auf Deutschland übertragbar seien. In Schweden und den Niederlande etwa können Versicherte bereits ohne ärztliche Verordnung zum Therapeuten gehen. 2014 waren englische Wissenschaftler zu dem Ergebnis gekommen, dass der Direktzugang Kosten senke und hochwertige Therapieergebnisse liefere.

Infos: www.iww.de

Down-Syndrom: Parlamentarier mahnen Datenerhebung an

Die Erhebung verlässlicher Daten zum Thema Down-Syndrom haben Parlamentarier aller im Bundestag vertretener Fraktionen gefordert. Anlass ist die **Antwort** der Bundesregierung auf eine **Kleine Anfrage**, die über 150 Parlamentarier gestartet hatten. Diese zeige, so die Abgeordneten Corinna Rüffer (Grüne), Hubert Hüppe (CDU/CSU), Dagmar Schmidt (SPD) und Katrin Vogeler (Linke) in einer gemeinsamen Pressemitteilung, „elementare Erkenntnisdefizite und mangelnde Beobachtungsmöglichkeiten der alltäglichen pränatal-diagnostischen Praxis auf: Es gibt keine bundesweiten Daten zu vorgeburtlichen Tests auf Trisomie 21 sowie Geburten von beziehungsweise Schwangerschaftsabbrüchen bei Kindern mit Down-Syndrom.“ Hintergrund ist der Antrag beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), eine Erprobungsrichtlinie zu entwickeln, auf deren Grundlage sogenannte Praena-Tests wissenschaftlich überprüft werden sollen. Da der GBA auch darüber entscheidet, welche Leistungen die Krankenkassen bezahlen, befürchten einige Parlamentarier, dass mit dem Praena-Test künftig auf Kassenkosten geprüft wird, ob Föten von Trisomie betroffen sind und die Mütter die Schwangerschaft abbrechen wollen. Der GBA hat angekündigt, den Deutschen Ethikrat beratend hinzuzuziehen. Dieser hatte **schon 2013** den Einsatz des seit 2012 erhältlichen Tests nur in engen Grenzen befürwortet.

Infos: www.corinna-rueffer.de

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin | **verantwortlich:** Jürgen Graalmann | **Redaktion:** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Berlin
verantwortliche Redakteurin: Ines Körver, Telefon: 030/22011–201 | **Grafik:** Kerstin Conradi

Berufsbildungsbericht: Altenpflege als Beruf wird immer beliebter

Immer mehr junge Menschen entscheiden sich für eine Ausbildung zum Altenpfleger. Nach dem Berufsbildungsbericht 2015 stieg die Zahl der Neueintritte in die Ausbildung im Schuljahr 2013/14 gegenüber dem Vorjahr um 11,85 Prozent. Die Gesamtzahl der Schüler stieg um 5,04 Prozent. 2013/2014 wurden 24.060 Neueintritte und 62.355 Schüler in der Altenpflege gezählt. In der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege stiegen die Zahlen ebenfalls, allerdings weniger stark.

Infos: www.bmbf.de

BÄK und BVMed: Anti-Korruptionsgesetz schärfer fassen

Der Entwurf für das **Anti-Korruptionsgesetz** unterscheidet nicht klar zwischen gewollten und ungewollten Kooperationen im Gesundheitswesen. Das haben unter anderem die Bundesärztekammer (BÄK) und der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) moniert. Es bestünde beispielsweise die Gefahr, dass nach dem Fünften Sozialgesetzbuch gewollte sektorübergreifende Zusammenarbeit staatsanwaltliche Ermittlungen nach sich ziehe, so die BÄK. BVMed-Geschäftsführer Joachim Schmitt forderte eine Klarstellung, damit „die geplante Strafrechtsregelung nicht als Kooperationsbremse fungiert". Mit dem Anti-Korruptionsgesetz soll ein neuer Paragraf 299a ins Strafgesetzbuch aufgenommen werden, der korruptives Verhalten im Gesundheitswesen unter Geld- beziehungsweise Haftstrafe stellt.

Infos: www.bundesaerztekammer.de

Klinische Studien: WHO pocht auf Veröffentlichung der Resultate

Die Resultate klinischer Studien müssen spätestens nach zwölf Monaten veröffentlicht werden. Das hat jetzt die **Weltgesundheitsorganisation** (WHO) gefordert. In einem öffentlichen Statement plädiert die WHO dafür, dies müsse für Impftsoffe, Arzneimittel und Medizinprodukte gelten. Jedwede Ergebnisse seien zu publizieren, egal, wie das Resultat der Tests aussehe. Regierungen und Behörden sollten sich dafür einsetzen. Das gelte auch für die Ergebnisse früherer Studien. „Wir wollen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse geteilt werden, damit die öffentliche Gesundheit besser wird", erklärte Dr. Marie-Paule Kieny, die bei der WHO als Assistant Director für das Gesundheitswesen und Innovationen zuständig ist. Geschehe dies nicht, würden unnötig Patienten geschädigt und falsche Forschungsprioritäten gesetzt. Der WHO liegen Erkenntnisse vor, dass in vielen Fällen klinische Studien angemeldet, die Resultate jedoch nicht veröffentlicht werden.

Infos: www.who.int

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin | **verantwortlich:** Jürgen Graalmann | **Redaktion:** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Berlin
verantwortliche Redakteurin: Ines Körver, Telefon: 030/22011–201 | **Grafik:** Kerstin Conradi

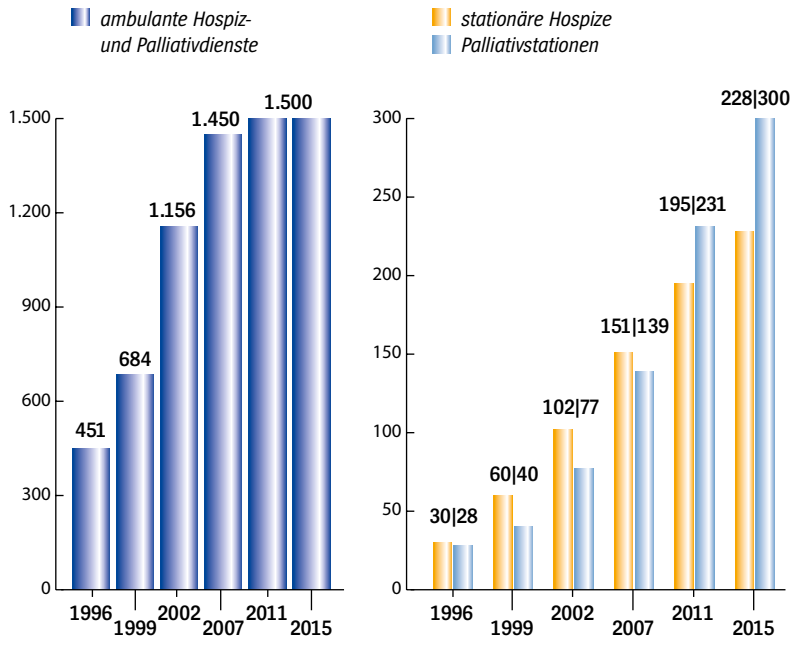
Vorschau

G+G | 5/2014
Gesundheit und Gesellschaft

Versorgungsforschung: Lücken bei der Krebsvorsorge
Ob Brust-, Darm-, Haut- oder Prostatakrebs – je nachdem, wo Patienten wohnen, gehen sie mehr oder weniger häufig zur Früherkennung. Warum das so ist, haben Verena Vogt und Leonie Sundmacher untersucht. Ein Grund: die regional ungleiche Verteilung der Ärzte.

Reportage: Allein unter Fauen
Knapp 400.000 Medizinische Fachangestellte gibt es in Deutschland. Die meisten von ihnen arbeiten in Arztpraxen. Gerade einmal zwei Prozent sind männlich. So wie René Ney und Jan Vormeister aus Neustadt am Rübenberge in Niedersachsen. Was die beiden bewogen hat, einen Frauenberuf zu erlernen, haben sie G+G erzählt. Von Thomas Hommel (Text) und Marc-Steffen Unger (Fotos).

Palliativversorgung nimmt zu



Quelle: Deutscher Hospitz- und Palliativverband, Stand: April 2015

Die Palliativversorgung *hat in den vergangenen Jahrzehnten kräftig zugenommen: Von 1996 bis jetzt hat sich die Zahl der ambulanten Dienste mehr als verdreifacht, die der stationären Hospize fast verachtfacht und die der Palliativstationen fast verelffacht. Unter den 228 stationären Hospizen sind 14 für Kinder. 283 auf ambulante Palliativversorgung spezialisierte Teams waren Mitte April bei den Kassenärztlichen Vereinigungen als Inhaber von Betriebsstättennummern registriert.*

Infos: www.dhpv.de

Qualitätsmessung: AOK will Vorreiter bleiben

„Wir wollen weiter Schrittmacher beim Thema Qualität im Krankenhaus sein." Das hat Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes, auf dem vierten Kongress zum Qualitätsmanagement mit Routinedaten Anfang Mai festgestellt. Auf den erprobten und bewährten Verfahren der Qualitätsmessung mit Routinedaten könne das neu gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen aufbauen. Als Beispiel nannte er das Verfahren „Qualitätssicherung mit Routinedaten" des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). „Auch in Zukunft muss es möglich sein, dass Kliniken und Krankenkassen solche Innovationen entwickeln und vorantreiben", so Deh weiter. Den Kongress veranstalteten die Initiative Qualitätsmedizin (IQM), der AOK-Bundesverband und die Technische Universität Berlin am 4. und 5. Mai in Potsdam.

Infos: www.qmr-kongress.de

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin | **verantwortlich:** Jürgen Graalmann | **Redaktion:** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Berlin
verantwortliche Redakteurin: Ines Körver, Telefon: 030/22011–201 | **Grafik:** Kerstin Conradi

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff hat Praxistext absolviert

Damit 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff kommen kann, macht Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe Tempo: Im Kabinett hat er erfolgreich für eine Regelung durchgesetzt, die ihm erlaubt, den GKV-Spitzenverband mit der Erarbeitung der Begutachtungsrichtlinie zu beauftragen.

Die Vorziehregelung soll Teil eines Änderungsantrags der Regierungsfraktionen zum Präventionsgesetz sein und mit dafür sorgen, dass der neue Begriff nach einer 18-monatigen Übergangszeit starten kann. Die Idee, den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu überarbeiten, wird dann über elf Jahre alt sein. Bereits 2005 hatte sich die damalige Große Koalition für eine Überarbeitung des Begriffs ausgesprochen. Die Pflegeversicherung war 1995 als fünfte Säule der Sozialversicherung und mit ihm der aktuelle, stark somatisch geprägte Begriff eingeführt worden.

» Frühe Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff

Schon bei der Einführung der Pflegeversicherung gab es Kritik an seiner Definition. In Paragraf 14 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) heißt es: „Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, 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 für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen.“ Die Kritiker wiesen auch darauf hin, dass diese Definition die Themen soziale Teilhabe und besonderen zusätzlichen Betreuungsbedarf für Betroffene mit kognitiven Einschränkungen wie etwa Demente, nicht einschließe und zu verrichtungsbezogen auf die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität sei. Geprüft werde etwa, ob jemand eine Zahnbürste noch benutzen könne, nicht jedoch, ob er sie wirklich regelmäßig benutze. Gerade bei Demenzkranken macht das den entscheidenden Unterschied: Körperlich sind sie oft noch zu allen nötigen Bewegungen in der Lage, wann sie sich aber zuletzt die Zähne geputzt, geduscht oder gekämmt haben, können sie oft nicht korrekt angeben.

» Erster Expertenvorschlag für eine Neudefinition

Wegen der Komplexität der Aufgabe erfolgte die Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht im Rahmen der Pflegereform 2008. Das Bundesministerium für Gesundheit rief deshalb einen „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ ins Leben, der Vorschläge für eine neue Definition machen sollte. Dieser veröffentlichte seine Vorschläge Ende Januar 2009. Er empfahl unter anderem, die drei Pflegestufen durch fünf Bedarfsgrade zu ersetzen. Im Frühjahr 2009 legte der Beirat zudem Anregungen für die Umsetzung vor. Das war allerdings zu knapp, um noch vor der Bundestagswahl im selben Jahr eine Reform auf den Weg zu bringen. Obwohl ein großer Teil der Problem-

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin | **verantwortlich:** Jürgen Graalmann | **Redaktion:** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Berlin
verantwortliche Redakteurin: Ines Körver, Telefon: 030/22011–201 | **Grafik:** Kerstin Conradi

lösungen in dem Bericht skizziert war, berief der damalige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr zum 1. März 2012 einen weiteren Expertenbeirat ein. Dieser sollte fachliche und administrative Fragen zur konkreten Umsetzung klären. Der neue Expertenbeirat beantwortete viele offene Fragen aus dem Bericht des Vorgängerbeirats, nahm Veränderungen am Begutachtungsinstrument und der Bewertungssystematik vor und lieferte im Juni 2013 – also wieder nur wenige Monate vor einer Bundestagswahl – den „Bericht zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ ab. Im April 2014 fiel der Startschuss für die Erprobung des Begriffs in zwei Studien. Eine davon ist die „Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“. Betraut damit war die Universität Bremen unter Beteiligung der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Wolfsburg und in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Dafür wurde in 39 Pflegeheimen bei knapp 1.600 Bewohnern untersucht, wie viele Leistungen sie gemessen in Minuten nach dem heutigen Leistungsrecht erhalten. Daneben gestellt wurden die aktuelle Pflegestufe der untersuchten Heimbewohner und der mit dem NBA ermittelte Pflegegrad. So sollen für die einzelnen Pflegegrade Hinweise abgeleitet werden, welche Maßnahmen und Leistungen die Heimbewohner künftig erhalten sollen. Parallel zu dieser Untersuchung lief die „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des neuen Begutachtungsassessments (NBA) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“. Diese Studie führte der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes in Essen unter Beteiligung der Hochschule für Gesundheit in Bochum durch. Hier ging es unter anderem darum, stichprobenartig bei 2.000 pflegebedürftigen Menschen eine Begutachtung nach dem alten und eine Begutachtung nach dem neuen System vorzunehmen, um Hinweise zur Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit in der Begutachtungspraxis zu erhalten. Beide Studien sind abgeschlossen.

» Punkte sammeln in sechs Modulen

Wenn es im Gesetzgebungsverfahren nicht noch zu grundlegende Änderungen kommt, dann prüft das neue Begutachtungsassessment die Pflegebedürftigkeit künftig in sechs Modulen ab: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Alltagsleben und soziale Kontakte. Darüber hinaus wird es ein Modul 7 (außerhäusliche Aktivitäten) und ein Modul 8 (Haushaltsführung) geben, die aber nicht in die Bewertung zur Ermittlung eines Pflegegrades eingehen. Gemessen wird nicht mehr der Zeitbedarf, sondern der Grad der Selbstständigkeit. 0 Punkte heißt dabei selbständig, 1 Punkt steht für überwiegend selbstständig, 2 Punkte bedeutet überwiegend unselbstständig und 3 Punkte unselbstständig. Der AOK-Bundesverband ist zuversichtlich, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Assessment den Bedarfen und Bedürfnissen der zu Pflegenden besser gerecht werden. Er hält die Tragweite der Pflege-Problematik aber immer noch für gesellschaftlich unterschätzt. Insbesondere müsse es mehr Unterstützung für die pflegenden Angehörigen geben. Für die engagiert sich die AOK-Gemeinschaft in eigenen Projekten.

Infos: www.aok-bv.de

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin | **verantwortlich:** Jürgen Graalmann | **Redaktion:** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Berlin
verantwortliche Redakteurin: Ines Körver, Telefon: 030/22011–201 | **Grafik:** Kerstin Conradi