

INHALT

- **Zuckersteuer stößt auf scharfe Kritik beim Arbeitgeberverband**
- **Zeitnahe Warnhinweise in Beipackzetteln**
- **Regeln für die neue Pflegeausbildung stehen**
- **HIV-Selbsttests bald leichter erhältlich**
- **NRW macht bei Landarztquote ernst**
- **Debatte um Organspende-Regeln gewinnt erneut an Fahrt**
- **Neue MS-Arzneimittel: Risikoreiche Hoffnungsträger**
- **Potsdamer Klinik startet mobile Radiologie-Station**
- **Hintergrund: Erhebliche Qualitätsunterschiede bei der Gesundheitsversorgung in Pflegeheimen**

Redaktionsschluss
dieser Ausgabe:
28. Juni 2018

■ **Pflege: Startschuss für Sofortprogramm**

Mit dem **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz** (PpSG) will die Bundesregierung die Arbeitssituation in der Kranken- und Altenpflege „spürbar verbessern“. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat den beteiligten Verbänden und Organisationen den Referentenentwurf zugeleitet. Auf die gesetzliche Krankenversicherung kommen von 2019 bis Ende 2021 rund 4,4 Milliarden Euro Mehrausgaben zu. Davon sind rund 640 Millionen Euro zur Finanzierung von 13.000 neuen Stellen in stationären Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Die zusätzlichen Ausgaben der **Pflegeversicherung** beziffert das BMG auf 770 Millionen Euro für die Jahre 2019 bis 2021. Parallel zur Gesetzgebung soll eine konzertierte Aktion Pflege Maßnahmen zur Gewinnung von Fachkräften und Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege erarbeiten. Auch der AOK-Bundesverband beteiligt sich an der Aktion. Die von Gesundheitsminister Jens Spahn zwischenzeitlich angekündigte Beitragssatzerhöhung für die Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte ist im Gesetzentwurf nicht enthalten. Unterdessen brachte der GKV-Spitzenverband eine Erhöhung des Pflegebeitrags um 0,5 Prozentpunkte in die Diskussion. Der AOK-Bundesverband pocht vor allem auf realistische Kostenschätzungen.

Infos: www.bundesgesundheitsministerium.de

■ **Schwarz-Rot beschließt Rückkehr zur Parität**

Die Bundesregierung hat das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) verabschiedet. Ein Kernpunkt: Arbeitgeber und Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zahlen die Beiträge wieder zu gleichen Teilen. Aktuell tragen GKV-Mitglieder den **kassenindividuellen Zusatzbeitrag** von im Schnitt 1,0 Prozent allein. Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen sollen abgebaut werden und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Die Regelungen sollen aber erst 2020 in Kraft treten. Die Bundesregierung will zunächst den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich reformieren. Außerdem soll die Beitragsbelastung gesetzlich versicherter Selbstständiger sinken. Des Weiteren sollen Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaften bereinigt werden. Die dafür erhaltenen Zuweisungen sollen rückwirkend an den Gesundheitsfonds zurückfließen. Das stößt auf deutliche Kritik des AOK-Bundesverbandes. Das Verstoße gegen das gesetzliche Rückwirkungsverbot, so Verbandschef Martin Litsch. Mit der sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) 2013 hätten die AOKs den Willen des Gesetzgebers umgesetzt und insbesondere hilfsbedürftige Personen versichert. „Krankenkassen müssen auf geltende Regelungen vertrauen können“, so Litsch.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON I



■ **Dr. Doris Pfeiffer** bleibt Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bestätigte sie ebenso für weitere sechs Jahre im Amt wie ihren Vorstandskollegen Gernot Kiefer. Die neue Amtsperiode beginnt am 1. Juli 2019. Mit Ende der laufenden Amtsperiode scheidet Johann-Magnus v. Stackelberg als stellvertretender Vorstandsvorsitzenden aus Altersgründen aus. Die Entscheidung über seine Nachfolge soll bis Ende des Jahres erfolgen.



■ **Georg Khevenhüller** ist neuer Präsident des Malteser Hilfsdienstes. Er tritt die Nachfolge von Dr. Constantin von Brandenstein an, Brandenstein hatte 26 Jahre an der Spitze der katholischen Hilfsorganisation gestanden.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Zuckersteuer stößt auf scharfe Kritik beim Arbeitgeberverband

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) hat Forderungen nach einer Besteuerung besonders zucker- oder salzhaltiger Lebensmittel eine Absage erteilt. Auch der AOK-Bundesverband ist in die Kritik geraten. „Wer oder was mag bloß den Vorstand des AOK-BV geritten haben, sich von ‚Essensrettern‘ wie foodwatch in ein Boot ziehen oder sogar von ihnen vereinnahmen zu lassen, um gegen die Lebensmittelindustrie zu wettern und letztlich sogar eine Zuckersteuer zu fordern?“, schreibt der Leiter der Abteilung Soziale Sicherung in der BDA, Dr. Volker Hansen, in einem Leserbrief an das AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G). Den Verein foodwatch dann auch noch undifferenziert als Fachorganisation zu adeln, schlage dem Fass den Boden aus. Vollkommen zu Recht stelle sich auch die Bundesministerin für Ernährung und Landwirtschaft, Julia Klöckner, gegen solch unsinnige Aufrufe. Hintergrund: Der AOK-Bundesverband hatte zusammen mit einem Bündnis aus 15 Ärztenverbänden, Krankenkassen sowie foodwatch und anderen Organisationen in einem Offenen Brief an Bundesregierung und Kanzlerin konkrete Maßnahmen gegen Fehlernährung gefordert und als letzte aller Maßnahmen eine „Zuckersteuer“ zur Diskussion gestellt. Auch der G+G-Blickpunkt hatte in seiner Maiausgabe darüber berichtet. Für derartige Forderungen fehle dem Vorstand des Verbandes nicht nur die fachliche Kompetenz, sondern vor allem auch das Okay des Aufsichtsrates, der bei derart brisanten Themen von grundsätzlicher, politischer Bedeutung nicht einfach übergangen werden dürfe, so Hansen, der dem Aufsichtsrat vorsitzt. In dem Brief heißt es weiter: „Information, Aufklärung und Prävention, das sind die Aufgaben der Kassen und Kassenverbände, nicht aber die Einengung von Handlungsspielräumen der Versicherten durch Unmündigkeitserklärungen und Bevormundungen oder gar durch Verbote und Bestrafungen. Auf der großen Bühne des Gesundheitswesens gibt es schon genug ‚moralisch Überlegene‘, die glauben, andere erziehen zu müssen, wobei diese Besserwisser und Schlaumeier vorwiegend Eigeninteressen vertreten und nicht die Interessen der Beitragszahler und Bürger.“ Im Oktober lädt der AOK-Bundesverband zum zweiten Zuckerreduktionsgipfel. Ministerin Klöckner hat ihre Teilnahme bereits zugesagt.

■ Zeitnahe Warnhinweise in Beipackzetteln

Die Grünen wollen, dass Warnhinweise vor Nebenwirkungen zeitnah auf Beipackzetteln von Arzneimitteln erscheinen. Das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** (BfArM) erlässt die jeweiligen Auflagen für die Hersteller. Widersprüche und Anfechtungsklagen hätten jedoch aufschiebende Wirkung, heißt es im Gesetzentwurf der Fraktion. Damit erreichten diese wichtigen Informationen die Patienten über längere Zeit nicht, obgleich das BfArM das Informations- und Schutzbedürfnis der Bevölkerung sehe. Das Arzneimittelgesetz soll nun entsprechend ergänzt werden.

Infos: www.bundestag.de

ZUR PERSON II



■ **Susanne Haiber** ist neue Präsidentin des Verbands medizinischer Fachberufe. Sie übernimmt den Aufgabenbereich Bildungspolitik von der bisherigen Vizepräsidentin Gabriele Leybold. Carmen Gandila bleibt verantwortlich für den Tarifbereich, nun als Vizepräsidentin. Die erste Vorsitzende Hannelore König und die zweite Vorsitzende Ingrid Gerlach bilden weiterhin den geschäftsführenden Vorstand.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Regeln für die neue Pflegeausbildung stehen

Union und SPD haben sich über die Umsetzung der noch in der vergangenen Wahlperiode beschlossenen **Reform der Ausbildung für Pflegeberufe** verständigt. Das Kabinett hat die entsprechende Verordnung verabschiedet. Die Reform sieht eine gemeinsame Ausbildung von zwei Jahren für alle Auszubildenden vor. Im dritten Jahr können sie dann die allgemeine Ausbildung fortsetzen oder sich auf Alten- oder Kinderkrankenpflege spezialisieren. Die Azubis müssen künftig kein Schulgeld mehr zahlen, sondern erhalten eine Ausbildungsvergütung. Die Verordnung regelt unter anderem Anforderungen an die Ausbildung und die entsprechenden Prüfungen. Starten soll die neue Ausbildung 2020. Der **Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung**, Andreas Westerfellhaus, will unterdessen konkrete Anreize für mehr Fachkräfte setzen und unter anderem Prämien für Berufsrückkehrer von bis zu 5.000 Euro ausloben. Das solle helfen, die geplanten zusätzlichen 13.000 Stellen in der Altenpflege auch tatsächlich besetzen zu können. Für nachhaltige Verbesserungen sei es nötig, dass Fachkräfte ihren Beruf zufrieden ausübten und gern blieben, heißt es in einem jüngst vorgelegten Papier Westerfellhaus'. In der Alten- und Krankenpflege sind bundesweit 35.000 Stellen offen. Die Wiederbesetzung einer Stelle dauert im Schnitt ein halbes Jahr.

KOMMENTAR

Über 63.200 Jugendliche haben im Herbst 2016 eine Ausbildung in einem Pflegeberuf begonnen.

Gegenüber 2006 ist das ein Plus von 43 Prozent. Wer's angesichts der trüben Krisen-debatte der vergangenen Monate nicht glauben mag, darf gerne einen Blick in eine **aktuelle Erhebung des Statistischen Bundesamtes** werfen. Die Zahlen stimmen zuversichtlich. Pflegeberufe sind offensichtlich nicht so unattraktiv, wie sie geredet werden. Die Ausbildungsreform der vergangenen Legislaturperiode hat das Potenzial, den Trend zu verstärken. Übrigens: Die Statistik sagt auch, dass der männliche Teil unter den Pflege-Azubis steigt. Auch das macht Mut. (rbr)

Infos: www.bundesgesundheitsministerium.de

■ HIV-Selbsttests bald leichter erhältlich

Das Bundesgesundheitsministerium will die Medizinprodukte-Abgabeverordnung ändern. Selbsttests auf eine HIV-Infektion sollen voraussichtlich ab Herbst wie etwa auch Schwangerschaftstests in Drogeriemärkten erhältlich sein. Bisher dürfen Tests in Deutschland unter anderem nur an Ärzte, Gesundheitseinrichtungen und Beratungsstellen abgegeben werden. „Der HIV-Selbsttest ist ein Meilenstein beim Kampf gegen Aids“, sagte Minister Jens Spahn (CDU) den Zeitungen der Funke-Mediengruppe. Je früher Betroffene die Diagnose HIV kennen würden, desto früher könnten sie gut behandelt werden. Die Deutsche Aids-Hilfe sprach von einem wichtigen Fortschritt. Den HIV-Test selbst zu Hause machen zu können, könne die Hemmschwelle senken. Manche scheuten sich, in einer Praxis oder im Gesundheitsamt danach zu fragen – etwa aus Scham oder Angst vor einer negativen Bewertung ihres sexuellen Verhaltens. Hierzulande leben nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts 12.700 Menschen ohne ihr Wissen mit HIV.

Infos: www.waz.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ NRW macht bei Landarztquote ernst

Nordrhein-Westfalen will als nach eigenen Angaben erstes Bundesland im Medizinstudium eine sogenannte Landarztquote einführen. NRW werde zum Wintersemester 2019/20 mit 168 Landarzt-Studienplätzen starten, kündigte Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) an. Knapp acht Prozent der Studienplätze sollen für Bewerber reserviert werden, die sich vertraglich verpflichten, zehn Jahre als Hausarzt in einer unterversorgten Region zu arbeiten. Mit der Regelung können potenzielle Medizinstudierende den hohen Numerus Clausus umgehen. Nach dem Zulassungsstaatsvertrag dürften bis zu 20 Prozent der Medizinstudienplätze über Vorabquoten vergeben werden, erläuterte Laumann. Neben festen Quoten etwa für ausländische Staatsangehörige und den Sanitätsoffizierdienst seien davon noch 7,6 Prozent verfügbar. Das Bundesverfassungsgericht hatte im Dezember eine gerechtere Studienplatzvergabe für Medizin angemahnt. Die Kriterien sind noch in einer Verordnung zum Landarztgesetz zu regeln, das das Kabinett bereits im Entwurf beschlossen hat. Absolventen, die sich nicht an die Landarzt-Zusage hielten, müssten mit empfindlichen Vertragsstrafen rechnen, sagte Laumann.

Infos: www.mags.nrw

■ Debatte um Organspende-Regeln gewinnt erneut an Fahrt

Nach dem Negativ-Rekord bei **Organspenden** mehren sich die Stimmen, die eine Neuregelung nach dem Vorbild europäischer Nachbarstaaten fordern. Zuletzt wurde in den Niederlanden die sogenannte Widerspruchslösung eingeführt: Jeder, der nicht widerspricht, kommt nach dem Tod als Organspender in Frage. „Aus medizinischer Sicht, vor allem aber aus Sicht der vielen schwerkranken Patienten auf der Warteliste, wäre eine solche Regelung der Idealfall“, sagte Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, kürzlich anlässlich des Tags der Organspende der Deutschen Presse-Agentur. Für eine Widerspruchslösung kämpft auch SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach. „Für mich ist das ganz klar die Lösung, die ich bevorzuge – als Politiker und als Arzt. Wir könnten damit so vielen Menschen den Tod ersparen oder ein besseres Leben ermöglichen.“ Berlins Gesundheitssenatorin Dilek Kolat (SPD) sprach sich ebenfalls für eine entsprechende Gesetzesänderung aus. Rolf Henke, Vorsitzender der Ärzte-Gewerkschaft Marburger Bund, bezweifelt, dass eine Widerspruchslösung das Vertrauen stärkt. Man müsse die Menschen überzeugen und die Strukturen verbessern. Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Heiner Garg (FDP) schlug vor, die Menschen sollten ähnlich wie in den USA beim Beantragen von behördlichen Dokumenten wie Personalausweis, Reisepass oder Führerschein angeben müssen, ob sie im Fall ihres Todes Organspender sein wollen oder nicht. Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) hatte die Zahl der Organspender 2017 mit 797 einen Tiefpunkt erreicht.

Infos: www.dso.de

■ Risikoreiche Hoffnungsträger: Neue Arzneimittel bei Multipler Sklerose

Nahezu die Hälfte aller Arzneimittelverordnungen für gesetzlich krankenversicherte Patienten mit Multipler Sklerose (MS) entfiel 2017 auf Wirkstoffe, deren Sicherheitsrisiken nicht ausreichend bekannt sind. So musste im März 2018 der Wirkstoff Daclizumab weltweit vom Markt genommen werden. Nur eines der seit 2011 neu zugelassenen MS-Therapeutika konnte seinen **Zusatznutzen** für eine spezielle Form der MS belegen. „Neue MS-Arzneimittel sollten deshalb nur in qualifizierten Kliniken oder Schwerpunktpraxen angewendet werden. So könnten schwerwiegende, zum Zeitpunkt der Zulassung nicht bekannte Nebenwirkungen schneller identifiziert werden“, sagt Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO). MS wird meist im Alter zwischen 20 und 40 Jahren diagnostiziert und ist in Deutschland die häufigste neurologische Erkrankung im jungen Erwachsenenalter. MS ist eine Autoimmunerkrankung, bei der das Nervensystem durch meist schubförmig verlaufende entzündliche Reaktionen angegriffen wird und die dadurch hervorgerufenen bleibenden neurologischen Schäden zu körperlicher Behinderung führen. Alle sieben Immuntherapeutika, die seit 2011 den MS-Markt betreten haben, können die Schubfrequenz beeinflussen. Doch bei ihnen fehlen Studien darüber, inwieweit sie tatsächlich das Fortschreiten der Erkrankung aufhalten können. Ebenso gibt es keine vergleichenden Beurteilungen dieser Mittel untereinander. Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zeigen jedoch: Nur das Arzneimittel Gilenya® mit dem Wirkstoff Fingolimod verfügt für eine spezielle Form der MS über einen geringen Zusatznutzen.

Infos: www.wido.de

■ Potsdamer Klinik startet mobile Radiologie-Station

Ein Lastwagen mit einem mobilen Magnetresonanztomographie-System (MRT) fährt durch Brandenburg, um die Versorgung der Patienten an kleinen Kliniken im ländlichen Raum zu verbessern. Das Projekt des Potsdamer Klinikums Ernst von Bergmann startet im Juli. Dabei sollen die Krankenhäuser regelmäßig angefahren werden. Das laut Klinikum deutschlandweit einmalige Projekt ist auf acht Jahre angelegt. Gerade an kleineren Krankenhäusern fehle oft wegen der hohen Anschaffungskosten von rund 1,5 Millionen Euro eine MRT-Station, erläuterte eine Sprecherin des Klinikums.

Infos: www.klinikumevb.de

Vorschau

G+G | 06/2018

Gesundheit und Gesellschaft

Digital olé – Gesundheit adé?

Die digitale Arbeitswelt verheißt virtuelle Teams, flexible Arbeitszeiten und mobile Arbeitsplätze. Helmut Schröder und Markus Meyer aus dem WIdO bewerten die Chancen, warnen aber auch vor gesundheitlichen Risiken.

„Der digitale Wandel kann Spaß machen“

Arbeiten losgelöst von Ort und Zeit – wie sich in der Arbeitswelt 4.0 die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wahren lässt, diskutierten vier Experten beim G+G-Gespräch.

„Die Zukunft der Gesundheit ist digital“

Von der Digitalisierung erwartet Sascha Lobo große Fortschritte für Patienten. Für den Internet-Experten und Autor ist es aber unabdingbar, dass Menschen über ihre Gesundheitsdaten selbst bestimmen.

GKV-Finanzentwicklung – 1. Quartal 2018*

	GKV	AOK	BKK	IKK	EK
Ärztliche Behandlung	1,9	0,4	3,3	5,6	1,9
Behandlung durch Zahnärzte (ohne Zahnersatz)	1,9	2,9	1,2	2,2	1,4
Zahnersatz	1,2	1,5	-2,3	3,4	1,8
Arzneimittel	2,9	1,6	5,0	3,1	3,5
Hilfsmittel	4,5	1,9	2,7	3,5	8,5
Heilmittel	7,7	8,1	5,7	8,0	8,2
Krankenhausbehandlung	1,1	-0,2	1,9	4,0	1,7
Krankengeld	5,2	5,9	5,5	6,6	4,3
Fahrtkosten	6,6	5,8	5,4	13,4	7,2
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	3,9	3,6	2,5	1,9	5,4
Früherkennungsmaßnahmen	2,4	1,6	1,1	3,8	2,7
Häusliche Krankenpflege	5,5	3,1	4,4	15,1	7,3
Ausgaben für Leistungen insgesamt (inkl. Netto-Vwk)	2,6	1,4	3,0	4,4	3,1

Die Krankenkassen haben im ersten Quartal 2018 einen Überschuss von rund 416 Millionen Euro erzielt. Die Finanzreserven sind bis Ende März 2018 auf rund 19,9 Milliarden Euro gestiegen. Einnahmen in Höhe von rund 60,1 Milliarden Euro standen Ausgaben von rund 59,7 Milliarden Euro gegenüber. Die Leistungsausgaben je Versicherten inklusive der Verwaltungskosten wuchsen um 2,6 Prozent. Die Versichertenzahlen verzeichneten einen Anstieg von knapp einem Prozent.

*Ausgaben der Krankenkassen im Vergleich zum 1. Quartal 2017 in v. H. ...
(Quelle: KV 45, BMG)

Infos: www.bundesgesundheitsministerium.de

■ Gesundheitspolitische Köpfe der 19. Legislaturperiode

Die neuen Bundesminister und -ministerinnen sind nur die prominentesten Beispiele: Auch Regierungsbildungen ohne Regierungswechsel ziehen zahlreiche Personalwechsel nach sich. Wenn die Minister selbst nicht wechseln, kommen eventuell neue Staatssekretäre, oder Leitungsebenen sowie Presstellen werden mit neuen Köpfen besetzt. Es gibt Neulinge unter den gewählten Abgeordneten und damit einhergehend neue Gesichter in deren Büros. Der AOK-Bundesverband behält den Überblick mit der inzwischen sechsten Ausgabe seiner Broschüre „Wer sitzt wo in der 19. Legislaturperiode? – Politik, Verbände, Medien“.

Infos: www.aok-bv.de

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Erhebliche Qualitätsunterschiede bei der Gesundheitsversorgung in Pflegeheimen

Die Zahl der Antipsychotika-Verordnungen, Dekubitus-Fälle und Krankenhaus-Einweisungen ist in vielen Pflegeheimen zu hoch. Das zeigt eine aktuelle Analyse, die das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) im Rahmen des Pflege-Reports 2018 durchgeführt hat. Die Ergebnisse machen die zum Teil gravierenden Qualitätsunterschiede zwischen den Pflegeheimen deutlich. Das WIdO hat erstmals auch Versorgungsbereiche ausgewertet, die bislang nicht Bestandteil der gesetzlich vorgesehenen Qualitätssicherung sind, da sie über das Elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI) hinausgehen.

„Wichtig ist, dass wir auch die uns bekannten Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern aufgreifen und nicht nur die Pflege im engeren Sinne beleuchten“, so Dr. Antje Schwinger, Leiterin des Forschungsbereichs Pflege im WIdO und Mitherausgeberin des Pflege-Reports. Für den Pflege-Report 2018 hat das WIdO Kennzahlen zur pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Pflegeheimen berechnet.

Neben den Antipsychotika-Verordnungen, den Dekubitus-Raten sowie vermeidbaren Krankenhauseinweisungen wurden außerdem noch der ärztliche Versorgungsgrad sowie Harnwegsinfekte in Pflegeheimen gemessen. Grundlage waren Abrechnungsdaten von AOK-versicherten Pflegebedürftigen aus rund 5.600 Pflegeheimen.

» Die wichtigsten Ergebnisse

Ein wesentlicher Befund: Je 100 Heimbewohner treten jährlich im Durchschnitt 8,5 neue Dekubitus-Fälle auf. Das auffälligste Viertel der Heime mit 12 oder mehr Fällen hat dreimal so viele Fälle wie das Viertel der Heime mit den niedrigsten Raten.

„Zwar muss die unterschiedliche Risikostruktur der Pflegeheimbewohner berücksichtigt werden“, so Schwinger. Allerdings gebe es bewährte Standards in der Dekubitusprophylaxe. Experten gehen davon aus, dass das Auftreten eines Dekubitus bei entsprechender Pflege meist verhindert werden kann. Schwinger: „Insofern sind die großen Unterschiede auch in den noch nicht-risikoadjustierten Raten sehr auffällig.“ Pflegeheime mit mehr Risikopatienten müssten verstärkt Aktivitäten zur Dekubitus-Vermeidung durchführen.

Ein weiteres Ergebnis ist auffällig: 41 Prozent der Demenzkranken im Pflegeheim erhalten mindestens einmal pro Quartal ein Antipsychotikum. Dabei verstößt die dauerhafte Gabe von Antipsychotika an Demenzkranke gegen medizinische Leitlinien. Genauso wie die Häufigkeit von Dekubitus-Fällen ist auch die Zahl der Antipsychotika-Verordnungen ein wichtiger Indikator, um die Qualität der Versorgung in einem Heim zu bewerten. Im auffälligsten Viertel der Pflegeheime sind es so viele, dass statistisch gesehen jeder Bewohner mit Demenz in zwei Quartalen eine Antipsychotikaverordnung erhält. Damit liegt diese Rate um das 1,5-fache höher als beim Viertel der Heime mit den niedrigsten Werten.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

Problematisch erscheinen auch Kennzahlen, die die Schnittstelle zwischen Pflegeheim und Krankenhaus beleuchten. Krankenhausaufenthalte können für die in der Regel hochbetagten, kognitiv eingeschränkten Menschen im Pflegeheim selbst zu einem Gesundheitsrisiko werden. Die Auswertungen des WIdO zeigen nun, dass jeder fünfte Pflegeheimbewohner innerhalb eines Quartals ins Krankenhaus eingewiesen wird. Gleichzeitig gelten aber 40 Prozent dieser Einweisungen in Fachkreisen als potenziell vermeidbar.

Bei einer besseren ambulant-ärztlichen Versorgung wären sie zum Teil gar nicht notwendig. „Selbst wenn nicht alle Fälle von Krankenhauseinweisungen tatsächlich vermeidbar sind – die breite Ergebnisspanne zwischen den Pflegeheimen wirft auch hier Fragen auf“, betont Schwinger. Pro Jahr summieren sich die so genannten ambulant-sensitiven Krankenhaufälle durchschnittlich auf 32 Fälle pro 100 Bewohner. Die fünf Prozent der Heime, die am auffälligsten sind, haben doppelt so hohe Raten wie der Durchschnitt. Das heißt, dort sind es 63 Fälle pro 100 Bewohner.

» Zu wenig Transparenz über Versorgungsgeschehen

Um die Defizite abzustellen, ist aus Sicht der Pflege-Expertin Schwinger zunächst noch mehr Transparenz über das tatsächliche Versorgungsgeschehen erforderlich. Dadurch gewonnene Kennzahlen könnten dann dabei helfen, den Erfolg von Maßnahmen, zum Beispiel eine regelmäßige Überprüfung der Medikation oder die verbesserte Zusammenarbeit der Pflegeheime mit Ärzten, zu messen und zu bewerten. Für die Betroffenen sei entscheidend, dass bessere Qualität dann auch bei den Pflegeheimbewohnern ankomme. Wer für schlechte Ergebnisse eines Pflegeheims verantwortlich ist, ob nun Pflegekräfte, Pflegeheimleitung oder Ärzte, sei nachrangig. „Hier müssen wir gemeinsam Verantwortung tragen“, so Schwinger.

Aus wissenschaftlicher Perspektive unterstreicht Schwinger die Bedeutung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung. „Es ist gut, dass jetzt der Pflege-TÜV völlig neu aufgestellt wird. Aber die gesundheitliche Versorgung der Pflegebedürftigen wird er weiterhin nicht abbilden. Analog zum Krankenhaus, wo die sektorübergreifende Qualitätssicherung über Routinedaten längst etabliert ist, sollten wir auch im Pflegebereich die Abrechnungsdaten für die Verbesserung der Versorgungstransparenz nutzen. Unsere Untersuchung macht hier einen Anfang und schafft ein erweitertes Instrumentarium der Qualitätsmessung.“

Die Umsetzung einer sektorübergreifenden Perspektive mit Hilfe von Abrechnungsdaten der Kranken- und Pflegekassen ist aus Sicht von Schwinger machbar. Das WIdO hat sich deshalb zum Ziel gesetzt, ein pflege- und gesundheitsbezogenes Indikatorenset für die vollstationäre Pflege auf Basis von Routinedaten zu entwickeln. „Perspektivisch sollen damit nicht zuletzt auch Impulse für die intersektorale Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenvorgaben zur Qualitätssicherung gegeben werden“, so Schwinger.

Infos: www.aok-bv.de