

Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege (BStP) – Tätigkeitsbericht 2004

Anmeldung

**Zur Tagesordnung der Sitzung
des Gesundheits- und Sozialausschusses
am 16.6.2005**

-öffentlicher Teil-

I. Sachverhalt

1. Ziele und Aufgaben der BStP

Die BStP existiert seit September 1999 und ist eine neutrale und unabhängige Anlaufstelle für Pflegebedürftige, Angehörige und Mitarbeiter in der Pflege. **Ziel** der Arbeit ist die:

- ⇒ Vorbeugung von Missständen in der Pflege,
- ⇒ Verbesserung der Lebensqualität für Pflegebedürftige,
- ⇒ Verbesserung der Rahmenbedingungen der Pflege und die
- ⇒ Förderung des Verbraucherschutzes.

Aufgabe der BStP ist es, im Vorfeld von Kontroll- und Aufsichtsinstanzen bei Beschwerden und Anregungen über Einrichtungen und Institutionen der Altenpflege tragfähige Lösungen mit den Betroffenen zu erarbeiten. Hierbei vertritt die BStP die Belange der Betroffenen, wenn diese dazu selbst nicht in der Lage sind. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Analyse und die Thematisierung von Mängeln der Rahmenbedingungen der Pflege und die Mitarbeit bei der Behebung solcher struktureller Mängel. Die BStP spricht keine Empfehlung für oder gegen bestimmte Einrichtungen aus und leistet keinen Rechtsbeistand.

2. Arbeitsweise und Erfahrung der BStP - Umgang mit Beschwerden

Die BStP bearbeitet in erster Linie Einzelfälle. So nimmt sie Beschwerden entgegen, klärt Sachverhalte mit den Beteiligten ab und erarbeitet mit ihnen individuelle Lösungen. Für die Praxis bedeutet das, dass von der teils schwierigen Klärung von Sachverhalten und Unterstützung bei der Gesprächsführung der Beschwerdeführer bis hin zum Vermittlungsgespräch mit allen Beteiligten, der gesamte Vorgang begleitet werden muss.

2.1. Förderung der Eigeninitiative von Beschwerdeführern

Im Umgang mit Beschwerden ist es wichtig, dass jede Beschwerde ernst genommen und jede Beschwerde - bis andere Informationen vorliegen - als zutreffend betrachtet wird. Zunächst muss aber „herausgefiltert“ werden, ob eine Beschwerde vorliegt.

Sehr häufig stehen bei telefonischen Kontakten Beschwerden nicht im Vordergrund. Diese Anfragen werden oft nicht als Beschwerden bezeichnet, sondern es wird um Sachverhaltsklärung gebeten. „Ich will mich nicht beschweren, ich möchte mich nur kundig machen“ ist eine Standardeingangsformel. Durch Hinweise auf Informationsmaterial und/oder Vermittlung an Fachberatungsstellen (z.B. Pflegekasse u.ä.) kann hier bereits Abhilfe geschaffen werden. Die weit überwiegendere Zahl von Beratungsanfragen beinhaltet aber Kritik oder versteckte Beschwerden über Unregelmäßigkeiten oder sind Nachfragen über die Rechtmäßigkeit von Vorgängen.

Viele Gesprächspartner wollen auch nicht als Querulanten und Meckerer erscheinen oder äußern ihre Befürchtungen über mögliche Repressalien durch den Beschwerdeadressaten gegen sich, ihren Angehörigen oder auch gegen das Personal der Dienste.

In diesem Stadium der Beschwerde ist es wichtig, die Beschwerdeführer nicht aus der Verantwortung zu entlassen, sondern sie zu ermutigen, selbst alle Möglichkeiten auszuschöpfen. Die Ermutigung zur rechtzeitigen Auseinandersetzung mit Unregelmäßigkeiten ist wichtig, da das Ertragen von Unzufriedenheit weder die Situation der Betroffenen, noch die Qualität der Pflege verbessert.

Die BStP versucht zur Entscheidungsfindung beizutragen und diesen Prozess als Hilfe zur Selbsthilfe durch z.B. Anleitung bei der Gesprächsführung oder Nennung weiterer Ansprechpartner zu unterstützen. Trotzdem fällt es Beschwerdeführern oft noch immer schwer, ihre Beschwerde – auch mit Unterstützung der BStP – vor Ort vorzubringen. Oft sind mehrere Gespräche notwendig, bis die Entscheidung für ein Vorbringen der Beschwerde gegenüber dem „Verursacher“ fällt.

2.2 Clearing – und Vermittlungsgespräche

In meist telefonischen Clearinggesprächen erfolgt die Weitergabe von Beschwerden an den Adressaten unter Nennung, aber ohne Teilnahme des Beschwerdeführers am Gespräch. In den Fällen, die so nicht zu klären sind, die Beschwerdeführer nicht zum Erfolg kommen oder nicht in der Lage sind ein Gespräch alleine zu führen, bietet die BStP unter ihrer Leitung ein Vermittlungsgespräch an und – wenn notwendig - moderiert dieses.

Ziel ist dabei nicht unbedingt die Klärung, wer Recht hat. Im Vordergrund steht die Schlichtung. Das bedeutet, Wege zu finden,

- ▶ wie die als Missstände empfundenen Sachverhalte zukünftig vermieden werden können,
- ▶ welche gemeinsame tragfähige Basis noch gegeben ist,
- ▶ welche Vereinbarungen sinnvoll und möglich sind.

Die Resonanz bei den Einrichtungen und Diensten auf solche Vermittlungsgespräche war durchwegs positiv. Die Parteien verhielten sich kooperativ und gingen auch deswegen mit Erleichterung auseinander, da sie sich nicht als „Gewinner“ oder „Verlierer“ erleben mussten. Bemerkenswert ist, dass es als Ergebnis solcher Gespräche bei erneuten Beschwerden wesentlich leichter möglich war, eine Lösung mit den Einrichtungen zu erzielen.

3. Beschwerdemanagement

Es bestätigt sich immer wieder, dass meist nicht der hinter einer Beschwerde stehende Konflikt das Problem ist, sondern die unterentwickelte Art und Weise des Umgangs damit. Das zentrale Problem ist die mangelnde Kommunikation zwischen den Beteiligten.

Wichtig ist es deshalb, besonders bei den Einrichtungsträgern das Bewusstsein zu schärfen, Beschwerden im Grundsatz positiv aufzunehmen und als wesentlichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung zu verstehen, wenn sie ernst genommen und produktiv im Rahmen eines Beschwerdemanagements verwertet werden. Die BStP leistet Hilfestellung bei der Weiterentwicklung des Beschwerdemanagements, welches ohnehin seit 1.1.2002 nach dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz eine Pflichtaufgabe der Einrichtungsträger ist. In vielen neuen Heimverträgen wird deshalb auch nach § 5 Abs.10 HeimG auf die Existenz der BStP hingewiesen.

4. Auswertung der Statistik der BStP

Die seit Bestehen der BStP im Jahr 1999 bearbeiteten rund 1300 Beschwerden können nur ein eingeschränktes Abbild der Pflege- bzw. Versorgungsqualität wiedergeben, denn nur die der BStP bekannt gewordenen Beschwerden können ausgewertet werden. Allerdings sind Erkenntnisse über Tendenzen, Schwerpunkte und Probleme der pflegerischen Versorgung in Nürnberg sehr wohl erkennbar.

Durch die systematische Dokumentation und Auswertung der Beschwerden mit einem datenbankgestützten Programm, kann ein zuverlässiger Vergleich mit den vorangegangenen Berichtszeiträumen vorgenommen werden.

4.1 Inanspruchnahme der BStP

Die BStP hat sich zu einer generellen Anlaufstelle in Pflegefragen entwickelt, die auch z.B. von Einrichtungen aus dem Umland und Seniorenbeiräten anderer Kommunen in Anspruch genommen wird. Daher geben die nachfolgenden Zahlen nicht die gesamte Beratungstätigkeit, sondern die erfassten und bearbeiteten Beschwerdefälle wieder.

Die folgende Übersicht gibt einen Überblick über die Fallzahlen, über Strukturdaten von Beschwerdeführern und Betroffenen sowie über Adressaten und Inhalte der Beschwerden in den Berichtszeiträumen 2001 – 2004.

Im Berichtszeitraum wurden:

- **545 schriftliche, telefonische und persönliche „Kontakte“ erfasst.** Das ist gegenüber dem Vorjahr eine leichte Steigerung um 2 %, gegenüber 2001 ein Zuwachs um 14 %. Mit 78,3 % ebenfalls leicht gestiegen, überwiegt weiterhin die telefonische Form der Kontaktaufnahme.
- **272 Vorgänge mit Anfragen und Beschwerden bearbeitet.** Gegenüber dem Vorjahr ist dies eine Steigerung um 11 %, gegenüber 2001 eine Erhöhung um 45,5 %. Wobei diese Fallzahlsteigerung sich in der geringeren durchschnittlichen Einzelbearbeitungszeit von 53,2 Minuten niederschlägt.

Abb.1: Statistik der BStP 2001 – 2004

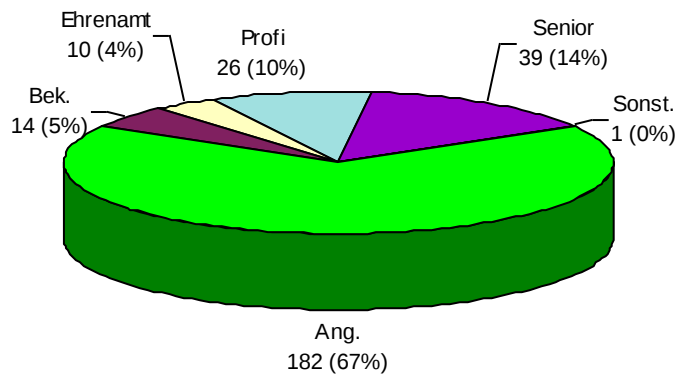
		2001	2002	2003	2004	Veränderung 2003 - 2004
Kontakte		478	643	533	545	+ 2,0 %
Bearbeitete Fälle		187	300	246	272	+ 11 %
Bearbeitungszeit / Fall (rechnerisch) in Min		69,1	49,7	58,7	53,2	- 9,0 %
Mehrfachkontakte bei den bearbeiteten Fällen in %	Insgesamt	44	41	42	40	
	Drei Kontakte und mehr	29	24	25	14	
Clearinggespräche bei den bearbeiteten Fällen in %		12	26	19	7	- 12%
Vermittlungsgespräche bei den bearbeiteten Fällen in %		6	3	5	7	+ 2%
Kontaktaufnahme des Beschwerde- führers in %	Telefonisch	80	81	77,5	78,3	
	Persönlich	14	12	14	13,4	
	Schriftlich	6	7	8,5	8,3	
Geschlecht der Ratsuchenden in %	Frauen	81	81	80	79	
	Männer	19	19	20	21	
Ratsuchende in %	Betroffene Pflegebedürftige	17	19	17	14	- 3,0 %
	Angehörige	63	59	67	67	
Altersstruktur der Betroffenen in %	70 Jahre und älter	87	90	87,5	91,5	+ 4,0 %
	80 Jahre und älter	62	64	67	69,3	+ 2,3 %
	85 Jahre und älter	40	45	49	42,2	- 6,8 %
Adressat der Beschwerde in %	Ambulanter Dienst	11	8	5	6,6	+ 1,6 %
	Tagespflege, Kurzzeitpflege	2	2,5	2,5	2,5	
	Vollstationäre Pflegeeinrichtung	60	57,5	65,5	64,4	- 1,1 %
	Pflegeeinrichtung insgesamt	73	68	73	73,5	+ 0,5 %
Inhalt der Beschwerde in %	Vertrags-Miet-, Betreuungsrecht	31	31	22	24	+ 2,0 %
	Pflege, Ernährung	23	24	30	30	
	Personal, Kundenorientierung	20	21	29	26	- 3,0 %
	Pflegestufe, Wohnbedingungen	26	24	19	18	- 1,0 %

► Es gab in 40 % der Fälle **Mehrfachkontakte**. In 14 % waren **drei und mehr** Kontakte notwendig. Die bearbeiteten Beschwerden sind um 11 % gestiegen, wogegen der Anteil der Mehrfachkontakte insgesamt von 25 % auf 14 % gesunken ist. Allerdings machen die Mehrfachkontakte mit 5 und mehr Kontakten alleine 8 % davon aus.

► In 7 % der 272 Beschwerdefälle kam es zu **Clearinggesprächen**, in weiteren 7 % wurden **Vermittlungsgespräche geführt**. Das bedeutet eine Abnahme der Clearinggespräche um 12 %, bei einer gleichzeitigen Zunahme der Vermittlungsgespräche von 5 % auf 7 % im Berichtszeitraum

4.2 Beschwerdeführer und Betroffene

Mit 14 % als Beschwerdeführer ist die Zahl der unmittelbar Betroffenen um 3 % zurückgegangen, während der Anteil der Angehörigen gleich geblieben ist. Auffallend sind die aus dem Bekannten- und Freundeskreis vorgetragenen Beschwerden, die sich von 7 % auf 14 % verdoppelt haben.

Abb. 2: **Beschwerdeführer**

Nahezu unverändert ist der Anteil der Frauen mit 79 %. Bei den betroffenen Pflegebedürftigen ist eine deutliche Veränderung um plus 4 % auf 91,5 % der 70 Jahre und älteren festzustellen, wobei der Anteil der über 85 jährigen deutlich von 49% auf 42,2 % gesunken ist.

Diese Entwicklung und der weiter um 3 % abgesunkene Anteil der Betroffenen bei den Beschwerdeführern bestätigt die Rückschlüsse:

- Dass Pflegebedürftige – meist aus gesundheitlichen Gründen - nicht in der Lage sind, ihre Interessen selbst zu vertreten.
- Wenn keine Angehörigen oder sonstige Dritte vorhanden bzw. Angebote wie die BStP nicht ausreichend bekannt sind, besteht die Gefahr, dass Beschwerden unterbleiben.

4.3 Adressaten der Beschwerden

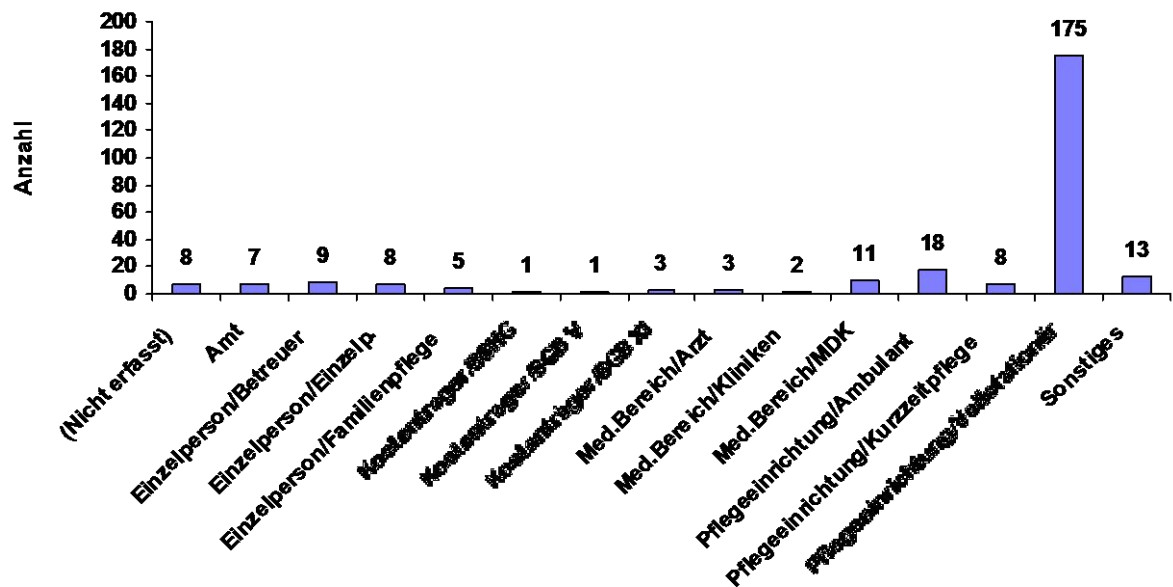
Der größte Teil der Beschwerden richtet sich wie in den Vorjahren gegen **Pflegeeinrichtungen**. Wobei der Anteil bei den stationären Einrichtungen um 1,1 % gesunken und bei den ambulanten Diensten um 1,6 % gestiegen ist.

Die Beschwerden gegen die **vollstationären Pflegeeinrichtungen** sind mit 64,4 % nach wie vor mit zwei Dritteln aller eingegangenen Beschwerden der größte Teil.

Die **ambulanten Dienste** folgen in sehr großem Abstand, aber hier ist eine leichte Steigerung um 1,6 % festzustellen. Bei diesen Beschwerden handelt es sich fast regelmäßig um Mehrfachkontakte mit mehr als 5 Kontakten.

Auf die Deutung der einerseits sehr hohen Zahl an Beschwerden im stationären Bereich und der sehr niedrigen Beschwerdezahlen bei den ambulanten Diensten wurde schon im Bericht für 2003 ausführlich eingegangen. Ergebnis war, dass die niedrige Beschwerdequote im ambulanten Bereich nicht unbedingt eine hohe Dunkelziffer unterlassener Beschwerden bedeutet. Ebenso ist eine hohe Beschwerdequote in vollstationären Bereich mehr ein Zeichen höherer Beschwerdebereitschaft als ein Beleg für eine schlechte Pflegequalität.

Abb.3: Adressaten der Beschwerden



Offensichtlich hängt die Beschwerdeneigung mehr von individuellen und subjektiven „Zufriedenheiten“ ab, die im häuslichen Bereich größer sind als gegenüber Institutionen. So zeigten zwei Untersuchungen des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums der Universität Erlangen – Nürnberg von 2001 und 2003 deutlich auf, dass bei allen Beteiligten die Zufriedenheit mit den ambulanten Diensten hoch ist.

- Eine Befragung von pflegenden Angehörigen in Jahr 2001 ergab, dass 72 % die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften als gut bewerteten.
- Eine Befragung über Arbeitsbedingungen und –zufriedenheit von ambulanten Pflegekräften aus dem Jahr 2003 ergab, dass mit ihrer Tätigkeit 86 % zufrieden oder sogar sehr zufrieden sind.

In den Untersuchungen wurden auch verschiedene Ursachen der unterschiedlichen Zufriedenheit mit ambulanten bzw. stationären Einrichtungen deutlich:

- Ambulante Hilfe orientiert sich sehr stark an der Wohn- und der gesundheitlichen Situation des Pflegebedürftigen und ist damit individueller, als dies die vollstationäre Einrichtung je sein kann. Bei ambulanten Diensten funktioniert aufgrund der direkteren Beziehung das Beschwerdemanagement besser als vielfach im vollstationären Bereich. Beschwerden haben schließlich auch deswegen rascher spürbare positive Konsequenzen, weil ein Wechsel des Pflegedienstes vergleichsweise problemlos ist..
- Das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit ist ein so hohes Gut, dass dafür von den Pflegebedürftigen und den Angehörigen sehr viele beschwerliche Lebensumstände sowie physische und psychische Belastungen und Mühen in Kauf genommen werden. In dieser Situation wird oft ein Gefühl der Dankbarkeit gegenüber ambulanten Pflegediensten empfunden, die in dieser Situation Hilfe leisten, Entlastung schaffen und für die Betroffenen Sozialkontakte bieten. Dieses Gemenge von Dankbarkeit und Abhängigkeit ist ein schlechter Nährboden für Unzufriedenheit und Kritik.

- Ambulante Dienste können das Verhältnis von Leistung und Vergütung plausibler darstellen als vollstationäre Einrichtungen, wo dieses Verhältnis aufgrund der vergleichsweise hohen Sätze unausgewogen erscheint. Dadurch steigen die Ansprüche an das Heim, von dem „für das viele Geld“ makellose Arbeit verlangt wird und damit auch die Beschwerdebereitschaft. Allerdings müssen sich auch ambulante Dienste zunehmend kritischen Fragen zu Leistungsabrechnungen stellen.
- Andererseits kann bei den Angehörigen als Beschwerdeführern ein schlechtes Gewissen (den Angehörigen ins Heim „abgeschoben“ zu haben) mitschwingen, was wiederum die Ansprüche steigen lässt. Erhöhend auf die Beschwerdebereitschaft wirkt schließlich auch die Tatsache, dass im Gegensatz zum ambulanten Dienst die Forderung nach umfassenderen Leistungen im Heim zu keinen wesentlichen finanziellen Konsequenzen für den Fordernden führt.

4.4 Inhalt der Beschwerden.

Wie schon in den vorhergegangenen Berichtszeiträumen

- gab es auch diesmal keine gravierende Fälle von gefährlicher Pflege,
- verteilten sich die Beschwerden über Pflegeheime auf die freigemeinnützigen, öffentlichen und privaten Träger in der Größenordnung ihres Anteils an der Gesamtzahl der Pflegeplätze in Nürnberg.

Aufgrund der Konzentration der Beschwerden über Pflegeeinrichtungen und hierbei auf vollstationäre Einrichtungen stehen einrichtungsspezifische Themen zwangsläufig im Vordergrund. In der folgenden Abb.4 wurden diese Themen wieder zu 3 größeren Bereichen zusammen gefasst, die zusammen 80% aller Fälle abdecken.

Abb.4: Inhalte der Beschwerden nach Themenbereichen

Beschwerdeinhalte	2001 (in%)	2002 (in%)	2003 (in%)	2004 (in%)
1. Vertrags-, Miet- und Betreuungsrecht				
1.1 BGB (Betreuungen, Mietrecht)	6	6	6	5
1.2 SGB (BSHG, Krankenhilfe)	5	5	3	4
1.3 SGB XI, HeimG (Abrechnungen, Erhöhungen, Verträge)	20	20	13	15
Zusammen	31	31	22	24
2. Pflege und Ernährung				
2.1 Ernährung (Qualität, Verabreichung)	8	8	10	16
2.2 Medizinische und pflegerische Versorgung (Ärztliche Versorgung, Körperpflege, Hilfsmittel)	15	16	20	14
Zusammen	23	24	30	30
3. Personal und Kundenorientierung				
3.1 Personal (Anzahl, Organisation, Qualifikation)	7	8	9	4
3.2 Kundenorientierung (Leitung und Mitarbeiter)	13	13	20	22
Zusammen	20	21	29	26

4.4.1 Vertrags-, Miet- und Betreuungsrecht

In diesem Themenbereich – der rd ¼ aller bearbeiteten Fälle ausmacht - nahmen in den letzten Monaten des Jahres 2004 die Beschwerden über den ambulanten Bereich spürbar zu. Dieser Trend setzte sich im ersten Quartal 2005 mit einem Beschwerdeanteil von ca. 30 % fort. Meist führten hier unterschiedliche Auffassungen über die zu erbringenden Pflegeleistungen bzw. deren Dokumentation zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragspartnern. Das macht sich häufig erst bei Abrechnung der Pflegeleistungen am Monatsende bemerkbar und ist für beide Seiten selten sachlich nachvollziehbar. Hier fehlen geeignete Kontrollmechanismen.

Für den stationären Bereich hat das seit 1.1.2002 gültige, novellierte Heimgesetz die Transparenz bei den Heimverträgen, Heimkostenerhöhungen, Kündigungen etc. tatsächlich verbessert. Die Beschwerden sind aus diesem Grund sukzessive zurückgegangen.

4.4.2 Pflege und Ernährung

Im Pflege- und Ernährungsbereich hat sich im vergangenen Berichtszeitraum die absolute Zahl der Beschwerden nicht verändert. Es schlägt aber der Sektor Ernährung mit einer Steigerung von 6 % stärker zu Buche. Das lag in erster Linie an der 2004 noch aktuellen Regelung zur Sondenernährung. In gleichem Maße reduzierten sich mit -6% die Beschwerden zur pflegerischen und ärztlichen Versorgung.

4.4.3 Personal und Kundenorientierung

Dieser Themenbereich verzeichnet insgesamt einen Rückgang und umfasst nur mehr rd. 1/4 der an Beschwerden. Allerdings ist eine Zunahme von Beschwerden bei der mangelnden Kundenorientierung festzustellen. Mängel in der **Kundenorientierung** bei Mitarbeitern und Einrichtungsleitungen ziehen sich wie ein roter Faden durch sehr viele Beschwerden. Der Pflegebedürftige und seine Angehörigen werden noch immer zu wenig als Verbraucher und Kunde angesehen, die ein Anrecht auf Versorgung und Pflege haben.

Eine häufige Beschwerde ist unverändert, dass Besuche von Angehörigen in Heimen nicht gerne gesehen werden. Ein weiterer Punkt ist, dass noch immer Angehörige und ehrenamtliche Kräfte zu wenig in die Betreuung eingebunden werden und den Eindruck haben, manchmal eher als Störfaktor empfunden zu werden. Hier fehlen Konzepte der Einrichtungen für die Schulung und Einbindung Angehöriger und Ehrenamtlicher.

Korreliert man diesen Befund

- mit dem Erfahrungswert aus der Arbeit der BStP, dass meist nicht der hinter einer Beschwerde stehende Konflikt das Problem ist, sondern die unterentwickelte Art und Weise, wie damit umgegangen wurde und wird,
- mit dem Handicap stationärer Einrichtungen, als „Institution“ auch ohne wesentliche Qualitätsmängel von einer erhöhten Beschwerdebereitschaft betroffen zu sein,

so drängt sich als Ergebnis auf, dass ein nicht zu unterschätzender Teil der Probleme von Heimen mit Beschwerden und ihrem Image in der Öffentlichkeit durch ein effektiveres Beschwerdemanagement und durch eine bessere Einbindung der Angehörigen gelöst werden könnte. In einer Reihe von Nürnberger Heimen zeigt dieser Weg sehr gute Erfolge.

4.5 Besondere Problembereiche

Als Ergebnis der Fallbearbeitung sollen abschließend noch einige Bereiche angesprochen werden, die von den Betroffenen in der Vergangenheit wieder als besonders belastend erlebt wurden, bzw. zunehmend belastend erlebt werden:

- ▶ Unverändert problematisch ist im häuslichen Bereich die Versorgung von alleinstehenden, schwer pflegebedürftigen, behinderten oder gerontopsychiatrisch veränderten älteren Menschen, da die Leistungseinschränkungen bei der häuslichen Krankenpflege und die Verschiebung von Leistungen in den gedeckelten SGB XI – Bereich dazu führen, dass der finanzielle Eigenanteil steigt. Besonders bei niedrigen Einkommen verzichten Betroffene auf professionelle Hilfe, um Sozialhilfebedürftigkeit zu vermeiden.
- ▶ Ein mittlerweile stärker auftretendes Problem ist die von vielen Leistungsempfängern und/oder Angehörigen vorgetragene fehlende Nachvollziehbarkeit der Abrechnungen ambulanter Dienste. Sehr häufig handelt es sich hierbei um alleinstehende Pflegebedürftige oder Pflegebedürftige, deren Angehörige nicht in Nürnberg ansässig sind. Bei den Clearinggesprächen ergaben sich häufiger Fehler bei der Vertragsgestaltung, wie z.B. nicht ausgehändigte oder nicht der tatsächlichen Pflegeleistung entsprechend ausgefüllte Kostenvoranschläge. Als teilweise unzureichend wurde von Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen auch die Information über Leistungen und deren Kosten beschrieben.
- ▶ Positive Veränderungen sind bei der Bewältigung der Situation und der besonderen Bedürfnisse der stark wachsenden Zahl an gerontopsychiatrisch veränderten Menschen spürbar. Dies betrifft sowohl die Weiterqualifikation des Personals, entlastende Angebote wie das einer heiminternen gerontopsychiatrischen Tagespflege und vor allem Bauvorhaben, die das Wohngruppenkonzept berücksichtigen.

5. Schlussfolgerungen: Zur Qualität der pflegerischen Versorgung in Nürnberg

Wie bereits oben erwähnt, ist durch die Ergebnisse der Arbeit der BStP allein keine gesicherte Einschätzung der Qualität der pflegerischen Versorgung in Nürnberg möglich. Der Beitrag der BStP muss dazu durch die Erkenntnisse der Heimaufsicht und vor allem durch die Ergebnisse der Kontrollen des medizinischen Dienstes der Kassen ergänzt werden.

5.1 Pflegequalität in Nürnberg

Die Beschwerden über Pflegeeinrichtungen bezogen sich in erster Linie auf Qualitätsmerkmale. Beschwerden über schwere pflegerische Vernachlässigung wurden aber nicht an die BStP herangetragen und konnten auch nicht bestätigt werden. Auch mussten weder Heimaufsicht noch Staatsanwaltschaft wegen gravierender Mängel eingeschaltet werden.

Die Einschätzung von Qualität ist jedoch eine Frage des Maßstabs. Daher steht dieses Ergebnis keineswegs im Widerspruch zur Einschätzung der BStP, dass die Vergütungen der Kostenträger auch bei funktionierendem Personal- und Qualitätsmanagement nicht ausreichen, um die von Betroffenen und dem Pflegepersonal gewünschte und auch im SGB XI vorgeschriebene Pflegequalität zu gewährleisten.

Diese in den vorhergegangenen Tätigkeitsberichten getroffene Bewertung der Situation trifft grundsätzlich noch immer zu. Da die wesentlichen strukturellen Probleme, nämlich

- die mangelnde finanzielle „Unterfütterung“ des SGB XI,
- die überwiegend somatische Ausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs,
- die daraus resultierende Benachteiligung der dementiell Erkrankten und
- die kontraproduktive Zuordnung der geriatrischen Rehabilitation zum SGB V

nicht nur ungelöst blieben, sondern sich die Rahmenbedingungen durch die Finanzknappheit der öffentlichen Hände und der Selbstverwaltungen eher noch verschlechtert haben, war dies auch nicht anders zu erwarten.

Die Forderung nach besseren Personalschlüsseln und leistungsgerechter Vergütungen dürfen aber andererseits nicht das Aufspüren von Wirtschaftlichkeitsreserven behindern und auch nicht den Blick auf die Verbesserung des Personal- Qualitäts- und Beschwerdemanagements verstellen. Dass es diese Verbesserungspotentiale gibt, folgt auch daraus, dass oftmals sehr große qualitative Unterschiede sowohl zwischen den Einrichtungen, als auch innerhalb von Einrichtungen anzutreffen sind, obwohl für alle Einrichtungen die gleichen restriktiven Rahmenbedingungen gelten.

5.2 Strukturelle Beeinträchtigung der Lebensqualität

In der vollstationären und in der häuslichen Versorgung zeigen sich die negativen Auswirkungen struktureller Mängel sehr deutlich. Es ist besonders auf dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der Änderungen im Krankenhausbereich (DRGs) überaus kontraproduktiv, die für eine von den Betroffenen eindeutig präferierte und volkswirtschaftlich kostengünstige häusliche Versorgung durch finanzielle Austrocknung der ambulanten Dienste zu gefährden. Gerade bei Angeboten für dementiell Erkrankte in der eigenen Häuslichkeit, aber auch in der Einrichtung besteht deshalb nach wie vor ein dringender Handlungsbedarf. Auch wenn dies mittlerweile bundesweit bekannt ist, verbessert sich die Situation nur zögerlich.

Im vollstationären Bereich gibt es deutliche Beeinträchtigungen der Lebensqualität, die nicht als Einzelfall oder als heimspezifisch abgetan werden können, sondern strukturbedingt sind. Dafür spricht auch, dass die meisten Einrichtungen kooperations- und veränderungswillig waren und die BStP als neutralen Mittler begrüsst haben. Die Veränderungswilligkeit hat aber häufig - meist finanzielle - Grenzen.

Diese Defizite bewirken, dass durch permanenten Zeitdruck die notwendige Zuwendung, das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und eine Förderung verbliebener Fähigkeiten nicht möglich ist. Dies nimmt den Pflegemitarbeitern häufig die Motivation, den pflegebedürftigen älteren Menschen die Lebensfreude und die Würde und trifft in besonderem Maß alleinstehende und dementiell erkrankte ältere Menschen, bei denen aus finanziellen Gründen die vorhandenen Konzepte für die adäquate Versorgung nicht umsetzbar sind.

5.3 Beitrag der Stadt

Die Stadt Nürnberg stellt sich mit einer parteiübergreifend vom Stadtrat getragenen **Konzeption kommunaler Seniorenpolitik** schon seit langem der „demographischen Heraus-

forderung“. So wurde in den letzten Jahrzehnten im Zusammenwirken von Rat, Verwaltung, Wohlfahrtsverbänden, privaten Anbietern und nicht zuletzt durch das Engagement von Bürgern in Vereinen, Initiativen und Selbsthilfegruppen ein dichtes Netz an Angeboten, Dienstleistungen und Hilfen für hilfs- und pflegebedürftige Senioren geschaffen.

In Bayern hat die Kommune die Verantwortung für die Vorhaltung einer **bedarfsgerechten (offenen und pflegerischen) Infrastruktur**. Die Stadt Nürnberg nimmt dies sehr ernst, kann dies allerdings nur im Rahmen der gesetzlichen und finanziellen Möglichkeiten leisten. Die Stadt kam bisher ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenförderung der ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtung mit jährlich rd. 1 Mio € auch in finanziell schwierigen Zeiten nach. Im teil- und vollstationären Bereich bezuschusste die Stadt bevorzugt Massnahmen, die bauliche Änderungen zur Verbesserung der Situation der dementiell Erkrankten zum Inhalt hatten.

Leider wurde in den Jahren 2004 und 2005 der Förderbeitrag des Freistaates Bayern ausgesetzt, so dass auch die Stadt Nürnberg keine Förderung ausreichen konnte. Noch immer ist die Situation ungeklärt, ob und in welchem Umfang in Bayern die Investitionskostenförderung im teil- und vollstationären Bereich weitergehen kann.

Die **Qualität der Pflege** wird durch Bundes- und Landesgesetze und die Vergütungen bestimmt, die Kassen und Einrichtungen aushandeln. Für die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Versorgung und Pflege sind neben der Heimaufsicht (die in Vollzug des Heimgesetzes den Schutz der Heimbewohner in stationären Einrichtungen zur Aufgabe hat) der Verbraucherschutz und die Gewährleistung der Zugänglichkeit zu den Leistungen zentrale Anliegen kommunaler Seniorenpolitik.

Hier bemühen sich die Stadt Nürnberg und die Zentrale Anlaufstelle Pflege ZAPf seit Jahren, eine Gemeinschaftsfinanzierung für die Beratungs-, Vermittlungs- und Casemanagementleistungen dieser richtungsweisenden Institution zu erreichen. Mittlerweile konnten dabei wesentliche Fortschritte erzielt werden, über die dem Sozialausschuß in einer der nächsten Sitzungen berichtet wird.

II. Beilagen

- 5.Tätigkeitsbericht der Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege

III. Beschlussvorschlag

- Entfällt, da Bericht

IV. Herrn SRD

V. Herrn OBM

V. Herr Ref V

Am
Referat V