

**(Fach-)ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
und Weiterentwicklung der Pflegeberufe**

**Zahl der Dekubitus-Fälle auch für München
ermitteln und senken**

Antrag Nr. 2159 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL
vom 03.08.2000

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12380

3 Anlagen

Beschluss des Sozialausschusses vom 27.09.2018 (SB)
Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin
Zusammenfassung

Mit dem Beschluss des Sozialausschusses vom 05.06.2014 (Sitzungsvorlage Nr.14 – 20 / V 00310) wurde das Sozialreferat gemeinsam mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt beauftragt, 2015 ein zweites Fachgespräch zur ärztlichen und fachärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchzuführen und über die Situation der ärztlichen Versorgung zu berichten. Der Aspekt der Weiterentwicklung der Pflegeberufe ist zu berücksichtigen.

Der Antrag „Zahl der Dekubitus-Fälle auch für München ermitteln und senken“ (Antrag Nr. 2159 der Stadtratsfraktion Die GRÜNEN/RL vom 03.08.2000) wurde zuletzt im Gesundheits- und Krankenhausausschuss am 06.12.2001 eingebracht und aufgegriffen (Anlage 1). In Absprache zwischen dem Referat für Gesundheit und Umwelt und dem Sozialreferat wurde die abschließende Bearbeitung im Jahr 2016 vom Sozialreferat übernommen und mit der Bearbeitung der (fach-)ärztlichen Versorgung in der vollstationären Pflege verknüpft.

In dem vorliegenden Beschluss wird über die drei oben genannten Themen berichtet.

1. Fachgespräche zur ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Das erste Fachgespräch zum Thema der ärztlichen und fachärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen fand am 14.04.2010 statt. Fazit des Fachgesprächs war u.a., dass eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen vollstationären Pflegeeinrichtungen und Ärztinnen und Ärzten die Grundlage für eine gute haus- und fachärztliche Versorgung ist.

Mit Beschluss des Sozialausschusses vom 05.06.2014 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 00310) wurde das Sozialreferat beauftragt, gemeinsam mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt ein zweites Fachgespräch zu veranstalten und erneut über die Situation der ärztlichen Versorgung in den Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen auch unter dem Aspekt der Weiterentwicklung der Pflegeberufe zu berichten.

Das zweite Fachgespräch wurde vom Sozialreferat und dem Referat für Gesundheit und Umwelt am 14.12.2017 durchgeführt. Im Fokus des Fachgesprächs standen die Fragen:

- Wie hat sich die haus- und fachärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren entwickelt?
- Welche Herausforderungen und Chancen gehen damit einher?
- Welche Empfehlungen und Forderungen gibt es?

Von Seiten der Ärzte waren als Expertinnen und Experten ein Facharzt für Allgemeinmedizin, ein Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie eine Vertreterin der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns anwesend. Die Seite der vollstationären Pflegeeinrichtungen wurde von einem Einrichtungsleiter und einem Wohnbereichsleiter zweier vollstationärer Pflegeeinrichtungen in München sowie von zwei Mitgliedern einer Bewohnervertretung vertreten. Am Podiumsgespräch waren außerdem Vertreterinnen und Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK), der AOK Bayern und der Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht - FQA (Heimaufsicht) München beteiligt. Unter den ca. 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren beruflich Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte, Einrichtungsleitungen und Vertretungen aus verschiedenen Referaten und Behörden. Die Veranstaltung wurde vom Institut „aufschwungalt“ moderiert.

1.1 Ergebnis des zweiten Fachgesprächs

Das Ergebnis des zweiten Fachgesprächs kann folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Die hausärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in München ist überwiegend gesichert und gut aufgestellt.
- In der fachärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in München besteht Verbesserungsbedarf. Fachärztinnen und Fachärzte müssen für diese Versorgung gewonnen werden.
- Grundlage einer guten ärztlichen und fachärztlichen Versorgung ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- Die strukturellen Rahmenbedingungen müssen gesichert und weiterhin verbessert werden. Unverzichtbar sind dafür gut ausgebildete und fachkompetente beruflich Pflegende und ein verbesserter Stellenschlüssel.

1.2 Herausforderungen

Mit den Kooperationsvereinbarungen nach § 119b Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung, SGB V Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen, kann die Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und vollstationären Pflegeeinrichtungen verbessert werden.

Die bedarfsgerechte Versorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte stellt nach wie vor eine Herausforderung dar und ist auch in München nicht flächendeckend gesichert. In nahezu allen Fachbereichen und besonders in den Bereichen Urologie, Neurologie, Gynäkologie und Dermatologie werden nur wenige Hausbesuche in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Der Grund dafür liegt einerseits in der niedrigen Honorierung fachärztlicher Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern. Andererseits sind die Hausbesuche mit einem erheblichen Organisationsaufwand verbunden. Zudem müssen in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit z.B. alle wichtigen Informationen, die zur Diagnosestellung notwendig sind, erfasst werden und oft besteht aufgrund der Symptomatik ein hoher Entscheidungsdruck. Eine Absprache mit der behandelnden Hausärztin bzw. dem behandelnden Hausarzt vor Ort ist oft nicht möglich.

Eine exakte Diagnosestellung erfordert in vielen Fällen Untersuchungen mit medizinischen Geräten. Ein großer Teil der Geräte kann nicht in die vollstationäre Pflegeeinrichtung transportiert werden. Ein Besuch in der Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum ist dann unumgänglich. Auch für diese Situation braucht es verlässliche Absprachen, genügend Zeit und kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Der organisatorische Aufwand auf ärztlicher und fachärztlicher Seite sowie auf Einrichtungsseite kann sehr groß sein.

Viele Bewohnerinnen und Bewohner benötigen zur Untersuchung in der Praxis eine Begleitung. Von den vollstationären Pflegeeinrichtungen kann dies mit den vorhandenen Personalschlüsseln nicht gewährleistet werden. Ehrenamtlich Mitarbeitende sind für diese Tätigkeit nur bedingt geeignet. Darüber hinaus sind datenschutzrechtliche Anforderungen zu berücksichtigen.

Aus Sicht der vollstationären Pflegeeinrichtungen sind die Rahmenbedingungen für die Qualität der Versorgung und die gelingende Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten entscheidend. Die pflegerische Realität in der Langzeitpflege ist dabei auf der Personalseite geprägt von einem breiten Qualifikationsmix aus Fach- und Hilfskräften bis hin zu ehrenamtlich Mitarbeitenden, einem hohen Anteil von Mitarbeitenden, deren Muttersprache nicht deutsch ist und der großen Schwierigkeit, fachlich qualifiziertes und motiviertes Personal zu gewinnen und zu binden. Auf der anderen Seite steht die zunehmende Multimorbidität und der wachsende Anteil von demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren immer kürzer werdende Verweildauer.

Ein weiteres Problem ist der Qualifikationsbedarf von Ärztinnen und Ärzten in den Bereichen Geriatrie und palliative Versorgung sowie Verordnung von Psychopharmaka. Zum Teil fehlen hier die erforderlichen fachlichen Qualifikationen und Kompetenzen.

1.3 Erforderliche Rahmenbedingungen

Eine optimale ärztliche und fachärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen erfordert folgende Rahmenbedingungen:

- Regelmäßige und fest abgestimmte Zeiten für Hausbesuche, die von den vollstationären Pflegeeinrichtungen und den Ärztinnen und Ärzten verlässlich eingehalten werden,
- abgestimmte Rufbereitschaftszeiten außerhalb der Sprechstunden und an Wochenenden und Feiertagen,
- strukturierte Zusammenarbeit und Informationsaustausch zwischen Haus- und Fachärztinnen bzw. Haus- und Fachärzten,
- gezielte multidisziplinäre Team- und Fallbesprechungen, wenn es um komplexe Entscheidungen und Entscheidungen mit ethischen Fragestellungen geht, z.B. Beenden oder Weiterführen einer Behandlung.

1.4 Forderungen und Empfehlungen

Um zukünftig die haus- und fachärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in München weiter zu verbessern, sind zusätzliche Maßnahmen erforderlich. Die Wichtigste ist, dass die Rahmenbedingungen in finanzieller und personeller Hinsicht sowohl für die (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte als auch für die

vollstationären Pflegeeinrichtungen deutlich verbessert werden (z.B. materielle Punktebewertung der ärztlichen Leistungen oder Erhöhung der Stellenschlüssel). Gleichzeitig müssen mehr Fachärztinnen und Fachärzte für diese Versorgung gewonnen werden.

Ein weiterer Aspekt ist die psychotherapeutische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Neben demenziellen Erkrankungen zählen Depressionen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Allerdings kommt in den repräsentativen Krankenkassenstatistiken Psychotherapie für Menschen über 80 Jahren als tatsächliche Versorgungsleistung nicht mehr vor.¹

Im Setting vollstationärer Pflegeeinrichtungen muss vermehrt auf psychotherapeutische Behandlungen hingewirkt werden. Dazu ist es notwendig, innovative Behandlungsansätze zu entwickeln und zu erproben. Gesetzliche Regelungen für die aufsuchende Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in vollstationären Pflegeeinrichtungen müssen geschaffen werden.

Ein erstes Pilotprojekt „Psychotherapie der Depression im Pflegeheim“ der Universität Heidelberg von Frau Dr. Eva-Marie Kessler zeigt gute Behandlungsergebnisse. Sehr alte und pflegebedürftige Menschen sollten daher, nicht trotz, sondern wegen ihres Alters und der damit einhergehenden erheblichen körperlichen, psychologischen und sozialen Herausforderungen im Fall einer psychischen Erkrankung einen Anspruch auf Psychotherapie haben².

Im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung haben rechtliche Betreuerinnen und Betreuer eine wichtige Aufgabe, wenn ihnen der Aufgabenbereich der Gesundheitsfürsorge übertragen ist. Sie sind berechtigt, über jeden ärztlichen Eingriff, insbesondere auch über die Medikamentenverordnung, informiert zu werden und im Sinne der Betreuten bzw. des Betreuten über die Einwilligung zu entscheiden.

Die Erfahrungen mit dem Projekt „Initiative München“, in dem es um Verordnung von Psychopharmaka als freiheitseinschränkende Maßnahme geht, zeigen, dass dies in der Vergangenheit zu wenig beachtet wurde³. Hier gilt es, Ärzteschaft und rechtliche Betreuerinnen und Betreuer gleichermaßen zu sensibilisieren.

2. Weiterentwicklung der Pflegeberufe

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in verschiedenen Gutachten seine Positionen dargestellt. Im Gutachten

1 Psychotherapie mit Hochbetagten: Nicht angemessen versorgt, Online-Artikel Ärzteblatt vom März 2015, www.aerzteblatt.de, Letzter Zugriff am 22.05.2018, 12:17 Uhr

2 Tagungsbericht: Dialogsymposium - Psychotherapie im Pflegeheim, 23. Januar 2015, https://www.nar.uni-heidelberg.de/md/.../psis_tagungsbericht.pdf, letzter Zugriff am 22.05.2018

3 <https://www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/amtsgerichte/muenchen/presse/2014/26.php>, letzter Zugriff am 14.06.2018

von 2014 stellte er fest, dass „(...) die pflegerische Langzeitversorgung durch den andauernden Pflegenotstand und Fachkräftemangel stark gefährdet ist (...). Um dem entgegenzusteuern ist u.a. die Reform der Pflegeausbildung zu forcieren und die begonnene Professionalisierung und Akademisierung der Pflege weiter zu fördern. Dazu ist besonders der Aufbau grundständiger, primär-qualifizierender bzw. ausbildungsintegrierender Bachelorstudiengänge und daran anschließender konsekutiver Masterstudiengänge voranzutreiben. Darüber hinaus ist die wissenschaftliche Nachwuchsförderung zu intensivieren, denn sie wird benötigt, um ausreichend hochschulische Kapazitäten vorhalten zu können.“⁴
Zu den zentralen Erfordernissen zählen mehr Entscheidungsbefugnisse für den Gesundheits- und Sozialsektor, eine neue Aufgabenverteilung im System und mehr Handlungsautonomie der professionellen Pflege.⁵

2.1 Pflegeausbildung - Pflegeberufereformgesetz

Das Pflegeberufereformgesetz (PflBG) wurde im Juli 2017 verkündet und wird bis auf wenige Vorschriften am 01.01.2020 in Kraft treten.

Die bisherigen Ausbildungsgänge in der Altenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflege wurden in dem neuen Gesetz zusammengeführt.

Ab dem Jahr 2020 erhalten alle Auszubildenden zwei Jahre gemeinsam eine generalistisch, d.h. nicht spezialisierte, ausgerichtete Ausbildung. Im dritten Ausbildungsjahr kann eine Vertiefung in der Altenpflege oder Kinderkrankenpflege erfolgen oder der generalistische Abschluss gemacht werden. Die Berufsbezeichnung der Absolventen mit generalistischer Ausbildung lautet dann „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“. Das Gesetz sieht als Normalfall eine generalistische Ausbildung vor. Im Sonderfall können sich Auszubildende, die eine Vertiefung gewählt haben, im letzten Drittel der Ausbildung entscheiden, in die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder in der Altenpflege zu wechseln. Die Berufsbezeichnung lautet dann Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in bzw. Altenpfleger/-in. Nach sechs Jahren in der neuen Ausbildung soll überprüft werden, ob für die gesonderten Berufsabschlüsse in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege weiterhin Bedarf besteht. Die getrennten Abschlüsse in den nach wie vor drei Berufen werden dann eventuell abgeschafft bzw. zusammengeführt.

Jedoch zeigt der im Juni 2018 vorgelegte Kabinettsentwurf der Pflegeberufe-/Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV), dass der Ausbildungsabschluss in der Altenpflege eine deutliche Absenkung der zu erwerbenden Kompetenzen erfährt und damit teilweise hinter das derzeit geltende Altenpflegegesetz zurück fällt. Die Gleichwertigkeit mit der Ausbildung zur Pflegefachfrau/Pflegefachmann ist damit nicht mehr gegeben. Besonders in der Langzeitpflege werden hochkomplexe Versorgungssituationen zunehmen, die eine hohe pflegewissenschaftlich begründete

4 Gutachten 2014 des Sachverständigenrats zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ Seite 147

5 z.B. European Federation of Nurses Associations mit dem Positionspapier zur Gestaltung von Pflege in der Gesellschaft

Kompetenz erfordern. Mit der Absenkung der Anforderungen wird die Altenpflegeausbildung von der dringend notwendigen Weiterentwicklung abgekoppelt. Es droht ein Qualitätseinbruch sowohl in der Ausbildung als auch in der pflegerischen Versorgung alter Menschen.

Ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung wird eine hochschulische Pflegeausbildung eingeführt. Das Studium dauert mindestens drei Jahre und findet an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen statt. Das Studium schließt mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann und dem akademischen Grad Bachelor im vierten Jahr ab.

Die Gestaltung und Finanzierung hochschulischer Pflegeausbildung erfolgt durch die Wissenschaftsministerien der Länder, wobei die Bereitschaft dazu noch unklar ist. Hinzu kommt, dass wegen der erforderlichen Umsetzung der EU Richtlinie 2013/55 mit 4.600 Stunden Gesamtumfang die hochschulische Ausbildung teuer ist und die Perspektiven potentieller Absolventinnen und Absolventen oftmals wenig definiert sind. Das Pflegeberufereformgesetz sieht hierzu vor, dass es nur noch zwei Lernorte geben wird, Hochschule und Pflegeeinrichtung. Bis zum 31.12.2031 gibt es eine Übergangsfrist für die bisherige hochschulische Pflegeausbildung (PflegeDual zusätzlich an Berufsfachschulen). Für die Umsetzung der Prüfungsberechtigung besteht aktuell ein Mangel an qualifiziertem Hochschulpersonal.

2.2 Akademisierung der Pflegeberufe

Der Wissenschaftsrat hat 2012 Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen veröffentlicht.⁶ Er empfiehlt u.a. eine akademische Durchdringung von 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahres.

In München sind mit Stand Mai 2018 an zwei Hochschulen verschiedene Studiengänge im Bereich Pflege etabliert.

Hochschule für angewandte Wissenschaften München und Katholische Stiftungshochschule München:

- **Duales Studium Pflege** (Abschluss Bachelor of Science)
In einem dualen Pflegestudium werden Ausbildung und Studium miteinander verknüpft.

Katholische Stiftungshochschule München:

- **Pflegemanagement** (Abschluss Bachelor of Arts)
Im Studium Pflegemanagement erwerben die Studierenden in diversen Schwerpunkten Kompetenzen für die Tätigkeitsfelder Pflege- und Gesundheitsmanagement.

⁶ https://www.wissenschaftsrat.de/presse/veranstaltungen/gesundheitsberufe_der_zukunft_perspektiven_der_akademisierung.html letzter Zugriff 25.05.2018, 12::15 Uhr

- **Pflegepädagogik** (Abschluss Bachelor of Arts):
Im Studium Pflegepädagogik erwerben die Studierenden in diversen Schwerpunkten Kompetenzen für die Tätigkeitsfelder in der Pflegepädagogik.
- **Pflegewissenschaften - Angewandte Versorgungsforschung** (Abschluss Master of Science):
Der forschungsorientierte Studiengang vermittelt in diversen Schwerpunkten vertiefte theoretische und methodische Kompetenzen.

Hochschule für angewandte Wissenschaften München:

- **Advanced Nursing Practice** (Abschluss Master of Science):
ANP (Advanced Nursing Practice) bedeutet erweiterte und vertiefte Pflegepraxis und steht für die Berufstätigkeit von Pflegefachpersonen, die in spezifischen Versorgungsbereichen selbstständig arbeiten. Sie verfügen über Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis.

Hier ist eine akademische Laufbahn möglich, die dem Deutschen Qualifikations-rahmen (DQR) entspricht und über eine Promotion zur Professur führen kann.

Für alle Studiengänge, insbesondere für den Studiengang Advanced Nursing Practice gilt, dass u.a. der Diskurs über die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben, die Einbindung in interdisziplinäre Teams der Gesundheitsversorgung und die tarifliche Eingruppierung noch geführt werden muss. Die Träger der Gesundheitseinrichtungen sind aufgefordert, spezifische Personalentwicklungsprogramme für die Studien-abgänger anzubieten.

Vielfältige pflegerische Versorgungsbedarfe verlangen eine entsprechende Vielfalt von Leistungsangeboten. Für eine zukunftsorientierte Entwicklung der Pflegeberufe werden in der direkten Pflege unterschiedliche Qualifikationen – von der Pflegeassistenz bis zur promovierten Pflegefachperson – benötigt.

3. Entwicklung der Vermeidung von Dekubitus

Der am 06.12.2001 aufgegriffene Antrag Nr. 2159 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN/RL „Zahl der Dekubitus-Fälle auch für München ermitteln und senken“ wurde in Absprache zwischen dem Referat für Gesundheit und Umwelt und dem Sozialreferat zur abschließenden Behandlung vom Sozialreferat übernommen. Dem Änderungsantrag, Rahmenbedingungen für eine Studie analog der Stadt Hamburg zu erstellen, wurde nicht entsprochen, da zwischenzeitlich sowohl einschlägige Untersuchungen zur Entstehung von Dekubitus ("Wundliegen") als auch zur Prophylaxe (Vorbeugung) bestehen. Im Fokus der Studie standen verstorbene

Hamburger Bewohnerinnen und Bewohner, die im Rahmen der zweiten Leichenschau auf das Auftreten von Dekubitus untersucht wurden.

3.1 Entwicklungen in der Gesetzgebung

Seit der Antragstellung gab es in der Pflege mehrere gesetzliche Änderungen, die einen Einfluss auf die Qualitätssicherung und -entwicklung haben.

Dazu zählen u.a.:

- Im Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) von 2002 wurden die Anbieter erstmals verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wurde beauftragt, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK zusammenzufassen und um eigene Erkenntnisse zu ergänzen. Der entsprechende Bericht des MDS wird seit 2004 alle drei Jahre vorgelegt.
- Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 wurden Qualitätsprüfungen und die sogenannten „Pflegenoten“ eingeführt. Die Erkenntnisse aus den Prüfungen des MDK werden in Transparenzberichten festgehalten, durch Noten wiedergegeben und im Internet veröffentlicht. Außerdem wurden Expertenstandards als vorgeschriebene Instrumente der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Pflege gesetzlich verankert.
- Im Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) aus dem Jahr 2008 sind u.a. Qualitätsanforderungen für stationäre Einrichtungen festgelegt. Die FQA (Heimaufsicht) ist verpflichtet, einmal jährlich die stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe zu prüfen, bei festgestellten Mängeln aufzuklären und zu beraten sowie bei Bedarf Anordnungen zu erlassen.

Durch diese gesetzlichen Vorgaben waren und sind die Pflegeeinrichtungen aufgefordert, ein strukturiertes Qualitätsmanagement zu etablieren und z.B. pflegerische Risiken zu erfassen, zu beobachten und bei Bedarf geeignete Maßnahmen zur Risikoreduzierung anzuwenden. Dies trifft besonders für das Risiko der Dekubitus-Entstehung zu.

3.2 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

In Deutschland wurde bereits im Jahr 2000 vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) mit der Entwicklung von nationalen Expertenstandards begonnen. Dieses Instrument zeigt den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patientinnen/Patienten bzw. Bewohnerinnen/Bewohnern sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken auf und bietet eine Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in

Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Es stellt ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der Bevölkerung Rechnung trägt und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt. Durch aktiven Theorie/Praxis-Transfer tragen Expertenstandards zur Entwicklung und Professionalisierung der Pflegepraxis bei.⁷

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe war 2004 der erste, der verabschiedet wurde. Er steht in der aktuellen Fassung seit Juni 2017 der Fachöffentlichkeit zur Verfügung. Er richtet sich an Pflegefachkräfte in ambulanten Pflegediensten, in vollstationären Pflegeeinrichtungen und stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Die Zielgruppe des Standards sind Menschen jeder Altersgruppe, die durch gesundheitliche Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit und/oder Einschränkungen in ihrer Mobilität ein erhöhtes Risiko für Dekubitus aufweisen. Der Standard bezieht die Angehörigen und andere informelle Pflegekräfte ausdrücklich mit ein, denn sie übernehmen insbesondere in der häuslichen Versorgung eine wichtige Rolle im Rahmen einer wirksamen Dekubitusprophylaxe.

Ein Dekubitus wird in vier Grade eingeteilt entsprechend der Ausdehnung in die Tiefe des Gewebes:

- Stadium I: Bei Fingerdruck nicht ablassende, umschriebene Hautrötung bei intakter Haut. Findet keine Druckentlastung statt, kommt es zur verstärkten Einlagerung von Flüssigkeit mit anschließender Blasenbildung.
- Stadium II: Teilverlust der Haut, der Druckschaden ist oberflächlich (Blase, Hautabschürfung).
- Stadium III: Verlust aller Hautschichten und Schädigung oder Nekrose (abgestorbenes Gewebe) des Gewebes, die bis auf den darunter liegenden Muskel reichen kann.
- Stadium IV: Verlust aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen (Sehnen, Gelenk).

3.3 Ergebnisse der externen Prüfungen in der Langzeitpflege

Externe Qualitätsprüfungen werden durch den MDK durchgeführt. Die Ergebnisse der Prüfungen werden seit 2004 alle drei Jahre durch den MDS veröffentlicht. In vollstationären Pflegeeinrichtungen werden von der FQA (Heimaufsicht) zusätzliche Qualitätsprüfungen durchgeführt.

Im ersten Bericht des MDS⁸ von 2004 konnten noch keine Aussagen zur Dekubitusrate getroffen werden. Es war lediglich eine Aussage zur angemessenen

7 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards Version Juni 2015

8 Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI, November 2004

Vorgehensweise möglich. Die Datenerfassung und Darstellung der Berichte hat sich kontinuierlich weiterentwickelt. In den letzten Berichten finden sich zum Thema Dekubitusmanagement konkrete und vergleichbare Zahlen.

Ambulante Pflege

Bei der Bewertung der Ergebnisse im ambulanten Bereich müssen zwei Dinge berücksichtigt werden. Erstens können ambulante Pflegedienste nur für die Qualität der Leistungen nach dem SGB XI verantwortlich gemacht werden, für die sie vom Pflegebedürftigen einen Auftrag erhalten. Zweitens haben ambulante Pflegedienste die fachliche Verpflichtung, die Pflegebedürftigen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zu beraten.

Im ersten Bericht von 2004 wurde bei 51 % aller begutachteten Versicherten in der ambulanten Versorgung eine angemessene Vorgehensweise bei vorliegendem Dekubitusrisiko oder einem entstandenen Dekubitus festgestellt. Im vierten und fünften Bericht wurden bei den im Rahmen der Prüfung aufgesuchten Pflegebedürftigen folgende Zahlen zum Thema Dekubitus ermittelt:

	2014 (4. Bericht)	2017 (5. Bericht)
Beratung zum Dekubitusrisiko erforderlich	32,6 %	29,4 %
davon Beratung nachvollziehbar	73,5 %	82,4 %
Dekubitus festgestellt	3,2 %	2,9 %

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

In vollstationären Pflegeeinrichtungen konnte im ersten Bericht des MDS von 2004 bei 56,9 % aller begutachteten Versicherten eine angemessene Vorgehensweise bei vorliegendem Dekubitusrisiko oder einem entstandenen Dekubitus festgestellt werden. Im vierten und fünften Bericht wurden bei den im Rahmen der Prüfung aufgesuchten Pflegebedürftigen folgende Zahlen zum Thema Dekubitus ermittelt:

	2014 (4. Bericht)	2017 (5. Bericht)
Maßnahmen zur Vermeidung von Dekubitus erforderlich	43,3 %	43,7 %
davon Maßnahmen durchgeführt	75,6 %	80,7 %
Dekubitus festgestellt	3,8 %	3,9 %

Die FQA (Heimaufsicht) prüft bei ihren Begehungen unter anderem auch die Umsetzung von Expertenstandards z.B. zur Dekubitusprophylaxe. Die Prüfberichte der Einrichtungen können mit deren Einverständnis im Internet veröffentlicht werden. Im letzten Qualitätsbericht der FQA/Heimaufsicht in München von 2015/2016 wurden im Bereich Prophylaxen und Expertenstandards (z.B. Dekubitusprophylaxe,

Sturzprophylaxe) insgesamt 64 Mängel festgestellt.⁹

3.4 Internes Qualitätsmanagement in der Langzeitpflege am Beispiel der MÜNCHENSTIFT GmbH¹⁰ (Anlage 2)

Die MÜNCHENSTIFT GmbH erhebt seit 2007 die individuellen Pflegerisiken aller Bewohnerinnen und Bewohner mit dem Instrument der Risikopotential-Analyse (Vivendi RiP®) und ist damit wegweisend. Im Qualitätsbericht für das Jahr 2016 wurden folgende Ergebnisse für Dekubitusrisiko und entstandene Dekubitalwunden ermittelt:

Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Dekubitus, der in einer vollstationären Pflegeeinrichtung der MÜNCHENSTIFT GmbH entstanden ist, lag in Relation zu den gefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern 2016 bei 3,6 % und ist weiterhin rückläufig. Bei der Bewertung dieses Ergebnisses ist zu berücksichtigen, dass in der Vivendi RiP® nahezu alle Bewohnerinnen und Bewohner der MÜNCHENSTIFT GmbH erfasst werden. Bei den Prüfungen des MDK werden nur die geprüften Bewohnerinnen und Bewohner erfasst. Ein Vergleich der Ergebnisse ist somit nur bedingt möglich.

Dekubitus (Quelle: Qualitätsbericht MÜNCHENSTIFT 2016)

Jahr	Anzahl Bew. mit RiP®-Einschätzung	davon dekubitus gefährdet	davon mit Dekubitus	davon intern entstanden	Anteil intern entstandener Dekubitus bei gefährdeten Bewohnern	extern ent-stande n
2014	3.575	2.045	268 (13 %)	119	5,8 %	149
2015	3.831	2.253	263 (12 %)	109	4,8 %	154
2016	4.402	2.403	188 (8 %)	86	3,6 %	102

3.5 Internes Qualitätsmanagement der Kliniken am Beispiel der Städtischen Klinikum GmbH (Anlage 3)

Seit 2013 sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht auf Standortbasis zu erstellen. Im Berichtsteil werden Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate veröffentlicht. Zum Bereich Dekubitusprophylaxe werden die Fallzahlen und die Dokumentationsrate angegeben. Eine Bewertung dieser Daten ist schwierig, da nicht ersichtlich ist, wie viele Patientinnen und Patienten ein Dekubitusrisiko hatten und bei wie vielen tatsächlich ein Dekubitus entstanden ist.

In der Stellungnahme des Städtischen Klinikums München wird auf die interne

⁹ <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Kreisverwaltungsreferat/Heimaufsicht/Qualitaetsberichte.html>

¹⁰ <https://www.muenchenstift.de/cms-media/media-94620.pdf> letzter Zugriff 19.06.2018, 17:01 Uhr

Umsetzung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ Bezug genommen. Die Häufigkeit und der Verlauf von Dekubitusfällen für die Jahre 2014, 2015 und 2016 sind aufgeführt.

Die Dekubitusfälle werden unterteilt in:

	2014	2015	2016
a) Gesamtzahl der Patienten mit Dekubitus	1.887	1.836	1.861
b) Anzahl der Dekubitalulcera mitgebracht von extern*	1.867	1.742	1.891
c) Anzahl Dekubitalulcera erworben in der StKM*	746	795	723

*bei einem Pat. können mehrere Dekubitalulcera vorliegen

Die ausführliche Stellungnahme mit weiteren Daten liegt als Anlage 3 bei.

3.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die Daten aus dem Qualitätsmanagement der Langzeitpflege und der Kliniken zeigen unterschiedliche Ansätze der statistischen Erfassung und sind daher nicht vergleichbar.

Die dargestellten Ergebnisse veranschaulichen dennoch, dass in den vergangenen Jahren im Qualitätsmanagement in der Pflege deutliche Fortschritte erzielt werden konnten und wichtige Maßnahmen in Richtung Transparenz der Pflegequalität eingeleitet wurden. Um die erreichten Qualitätsniveaus in beiden Versorgungssektoren zu halten und weiterhin zu verbessern, sind förderliche Rahmenbedingungen unerlässlich. Die wichtigste Grundlage für eine gute Ergebnisqualität sind gut ausgebildete Pflegefachpersonen, nachhaltige Personalentwicklung, Arbeitszufriedenheit und auskömmliche Finanzierung der Pflege. Der Antrag Nr. 2159 der Stadtratsfraktion Die Grünen/RL wurde somit geschäftsordnungsmäßig behandelt.

Abstimmung mit anderen Referaten und Stellen

Der Beschluss ist mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt abgestimmt.

Dem Korreferenten, Herrn Stadtrat Müller, dem Verwaltungsbeirat, Herrn Stadtrat Utz, der Stadtkämmerei, dem Referat für Gesundheit und Umwelt, der Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege im Direktorium, dem Behindertenbeirat, dem Seniorenbeirat, der Frauengleichstellungsstelle, der Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, dem Sozialreferat/Stelle für interkulturelle Arbeit sowie dem Sozialreferat/Koordinierungsbüro zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist

ein Abdruck der Sitzungsvorlage zugeleitet worden.

II. Antrag der Referentin

1. Der Bericht über die (fach-)ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Weiterentwicklung der Pflegeberufe und die Ausführungen zum Stadtratsantrag „Zahl der Dekubitus-Fälle auch in München ermitteln und senken“ wird zur Kenntnis genommen.
2. Der Antrag Nr. 2159 Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/ RL vom 03.08.2000 ist damit geschäftsordnungsgemäß behandelt.
3. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss

nach Antrag

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Die Vorsitzende

Christine Strobl
Bürgermeisterin

Die Referentin

Dorothee Schiwy
Berufsm. Stadträtin

IV. Abdruck von I. mit II.

über D-II-V/SP

an das Direktorium – Dokumentationsstelle

an die Stadtkämmerei

an das Revisionsamt

z.K.

V. Wv. Sozialreferat

1. Die Übereinstimmung vorstehenden Abdrucks mit der beglaubigten Zweitschrift wird bestätigt.

2. **An das Sozialreferat, S-III-MI/IK**

An die Frauengleichstellungsstelle

An die Stadtkämmerei

An das Referat für Gesundheit und Umwelt

An die Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege im Direktorium

An den Behindertenbeirat

An den Seniorenbeirat

An die Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen

An das Koordinierungsbüro zur Umsetzung der UN-BRK

z.K.

Am

I.A.