



Zentrum für Qualität in der Pflege
Die Stiftung, die Wissen vernetzt.

ZQP-REPORT

Rechte pflegebedürftiger Menschen





Zentrum für Qualität in der Pflege
Die Stiftung, die Wissen vernetzt.

ZQP-REPORT

Rechte pflegebedürftiger Menschen

Herausgeber

Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtstr. 45
10117 Berlin
V. i. S. d. P. : Dr. Ralf Suhr

Redaktion

Daniela Vähjunker, Zentrum für Qualität in der Pflege
Daniela Sulmann, Zentrum für Qualität in der Pflege

Fotos

S. 5, Portrait Dr. Ralf Suhr, Laurence Chaperon
S. 15, Portrait Prof. Dr. Gerhard Igl, privat
S. 17, Portrait Dr. Claudia Mahler, DIMR/S. Pietschmann
S. 21, 29, Portrait Daniela Sulmann, Laurence Chaperon
S. 29, Portrait Daniela Vähjunker, Laurence Chaperon
S. 36, Portrait Katrin Markus, Fotostudio Stock-Müller
S. 39, Portrait Franz Wagner, DBfK
S. 44, Portrait Nora Roßner, privat
S. 48, Portrait Jürgen Brüggemann, MDS
S. 60, Portrait Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück
S. 65, Portrait Jens Abraham, UKH/Zentrale Fotostelle
S. 65, Portrait Christin Richter, UKH/Zentrale Fotostelle
S. 65, Portrait Prof. Dr. Gabriele Meyer, privat
S. 69, Portrait Prof. Dr. Doris Schaeffer, privat

Grafik und Satz

zwoplus, Berlin

Druck

Druckteam Berlin

Alle Rechte vorbehalten

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.
© Zentrum für Qualität in der Pflege

Stand der Informationen

Dezember 2017. Trotz sorgfältiger Recherche und Prüfung übernimmt der Herausgeber keine Gewähr für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Bei den Inhalten handelt es sich um unverbindliche Informationen.

1. Auflage, Berlin 2018

ISSN 2198-865X, ISBN 978-3-945508-22-0

Inhaltsverzeichnis

Vorwort Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP.....	5
Analyse	7
Pflegerechtliche Entwicklung in Deutschland Gerhard Igl.....	8
Pflegerechtliche Entwicklung aus menschenrechtlicher Perspektive Claudia Mahler.....	13
Die Pflege-Charta – Ziele, Umsetzung und Wirkung Daniela Sulmann.....	18
ZQP-Analyse: Rechte Pflegebedürftiger und Funktion der Pflege-Charta – Einschätzung von Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste und stationärer Einrichtungen Daniela Vähjunker und Daniela Sulmann.....	22
Akteure	31
„Seitdem Pflegebedürftige als Verbraucher gesehen werden, hat sich das Tempo der Rechteentwicklung beschleunigt“ Katrin Markus.....	32
„Die Pflege-Charta stärkt die professionelle Pflege – sie erinnert an den Auftrag, den Pfleger haben“ Franz Wagner.....	37
„Das Dienstleistungsverständnis der Pflegeanbieter hat sich weiterentwickelt“ Nora Roßner	40
„Auch die externen Qualitätsprüfungen haben zur Stärkung der Rechte Pflegebedürftiger beigetragen“ Jürgen Brüggemann	45
Impulse	49
Qualitätsmaßstäbe in Europa setzen: European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People (WeDO).....	50
Rechte europaweit fördern: AGE's Toolkit on the Dignity and Wellbeing of Older Persons in Need of Care.....	51
Politik für Pflegebedürftige durchsetzen: Patientenbeauftragte/-r und Pflegebevollmächtigte/-r der Bundesregierung	52
Rechte vertreten: Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA).....	53
Rechte verbreiten: Webseite zur Pflege-Charta	54
Perspektive im Pflegealltag wechseln: Die Methode Schattentage.....	55
Pflegebedürftige schützen: Onlineportal Gewaltprävention in der Pflege.....	56
Reflexion.....	57
Recht auf gute Pflege Andreas Büscher.....	58
Recht auf Freiheit Jens Abraham, Christin Richter und Gabriele Meyer	61
Recht auf Information und Beratung Doris Schaeffer	66

Service	71
Informationsportal „Wege zur Pflege“ und Pflegetelefon	72
Beschwerdestellen in der Pflege	73
Arbeitsmaterial zur Pflege-Charta für die Praxis	74
Acht Artikel der Pflege-Charta auf einen Blick.....	75
Weitere kostenlose Produkte des ZQP	76

Über die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) ist eine bundesweit tätige, operative und gemeinnützige Stiftung mit Sitz in Berlin. Das ZQP wurde 2009 vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. errichtet. Ziel ist die wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung der Pflegequalität. Als Wissensinstitut für die Pflege richtet die Stiftung ihre Arbeit auf Forschung, Wissensmanagement und den Theorie-Praxis-Transfer aus. Das ZQP unterstützt mit seinem Wissen Pflegende, Wissenschaftler und politische Akteure. Dies soll pflegebedürftigen Menschen dienen; sie stehen im Fokus der Stiftungsarbeit.

Dafür trägt die Stiftung zu einer kritischen Bestandsaufnahme der Pflegequalität in Deutschland bei und entwickelt praxistaugliche Konzepte für eine qualitativ hochwertige, an den individuellen Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen ausgerichtete Versorgung. Thematische Schwerpunkte sind dabei: Patientensicherheit und Gewaltprävention | Prävention und Rehabilitation im Kontext Pflege | Stärkung von Pflegekompetenz und Pflegewissen | Qualitätsentwicklung und -darstellung | Pflegeberatung.

Die ZQP-Schriftenreihe, zu der auch der vorliegende Report gehört, und die Online-Produkte sind zentrale Instrumente der Stiftung für den Theorie-Praxis-Transfer. Hierdurch wird das Wissen aus den Projekten und Forschungsarbeiten kostenfrei unter anderem an pflegende Angehörige und professionell Pflegende, aber auch an Meinungsbildner und Entscheider vermittelt.

In die gesamte Stiftungsarbeit bindet das ZQP ausgewiesene Wissenschaftler sowie Vertreter von Verbraucher- und Selbsthilfeorganisationen, Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie Berufsverbänden und Politik ein.

Vorwort

Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender
des Zentrums für Qualität in der Pflege



Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,

in den vergangenen Jahren wurden die Rechte pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen durch verschiedene Initiativen merklich gestärkt. Eine dieser Initiativen war die Erarbeitung der Pflege-Charta. Sie fasst die Rechte pflegebedürftiger Menschen zusammen und stellt einen Leitfaden für würdevolle Pflege dar. Allerdings ist auch festzustellen, dass viele dieser Rechte immer noch nicht konsequent umgesetzt werden.

Mit diesem Report wollen wir dazu beitragen, das Wissen über die Rechte pflegebedürftiger Menschen zu erweitern, und die Debatte über deren Stärkung fördern. In Fachartikeln und Experteninterviews werden aktuelle Fakten dargelegt und kritisch diskutiert. Ergänzt wird der Report durch die Ergebnisse einer ZQP-Befragung zur Pflege-Charta sowie Informationen zu ausgewählten Handlungshilfen für die Praxis und Initiativen, die sich den Rechten pflegebedürftiger Menschen widmen und weitere Impulse setzen können.

Im Namen der Stiftung bedanke ich mich an dieser Stelle ausdrücklich bei allen Expertinnen und Experten für ihre Beiträge zu diesem Report: Jens Abraham (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Jürgen Brüggemann (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen), Prof. Dr. Andreas Büscher (Hochschule Osnabrück), Prof. Dr. Gerhard Igl, Dr. Claudia Mahler (Deutsches Institut für Menschenrechte), Katrin Markus (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen), Prof. Dr. Gabriele Meyer (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Christin Richter (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Nora Roßner (Deutscher Caritasverband), Prof. Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld) und Franz Wagner (Deutscher Pflegerat).

Außerdem danke ich dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Förderung dieser Schrift.

Ihr
Ralf Suhr

Analyse

Diese Rubrik enthält eine Bestandsaufnahme der Rechte pflegebedürftiger Menschen und ihrer Entwicklung bis heute. Zudem werden die Ziele und die bisherige Umsetzung der Pflege-Charta beleuchtet.

Die Beiträge auf einen Blick:

- Pflegerechtliche Entwicklung in Deutschland
- Pflegerechtliche Entwicklung aus menschenrechtlicher Perspektive
- Die Pflege-Charta – Ziele, Umsetzung und Wirkung
- ZQP-Analyse: Rechte Pflegebedürftiger und Funktion der Pflege-Charta – Einschätzung von Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste und stationärer Einrichtungen

Pflegerechtliche Entwicklung in Deutschland

Gerhard Igl

Wenn man von Pflegerechten und der pflegerechtlichen Entwicklung in Deutschland spricht, wird man fast reflexhaft auf die Einführung der Pflegeversicherung 1994 verweisen wollen. Würde man diesem Reflex nachgeben, könnten zwei wichtige Entwicklungen aus dem Blickfeld geraten: Schon 1974 wurde mit dem Heimgesetz ein gesetzliches Regelwerk geschaffen, das den Schutz von in ihrer geistigen und körperlichen Beweglichkeit eingeschränkten und hilflosen alten Menschen betraf. Außerdem gab es auch schon vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung Pflegeleistungen.

Schon 1974 wurde mit dem Heimgesetz ein gesetzliches Regelwerk zum Schutz von Heimbewohnern geschaffen.

Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz – HeimG) vom 14. Februar 1973 (Bundesrat, Drucksache 7/180).

Dementsprechend steht in § 2 HeimG (vom 7. August 1974, BGBl. I, S. 1873):

„Zweck dieses Gesetzes ist es sicherzustellen, daß in den Einrichtungen der in § 1 genannten Art das leibliche, geistige und seelische Wohl der Bewohner gewährleistet ist und daß zwischen dem Entgelt und der Leistung der Einrichtung kein auffälliges Mißverhältnis besteht.“

Vor Inkrafttreten der Sozialen Pflegeversicherung

Heimgesetz

Erste Aussagen zum rechtlichen Schutz Pflegebedürftiger finden sich in folgenden Zitaten:

„Der Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen ist nach geltendem Recht nicht erlaubnispflichtig. Eine präventive Kontrolle ist nicht möglich. Die Insassen dieser Heime sind alte oder behinderte Menschen. Das leibliche, geistige und seelische Wohl der Heimbewohner muß von den Behörden geschützt werden. Das geltende Recht reicht nicht aus, einen umfassenden Schutz sicherzustellen.“

Dieses Zitat stammt aus dem Gesetzentwurf des Bundesrats zum Entwurf eines Gesetzes über Altenheime, Altenwohnheime und

In der Gesetzesbegründung wird dazu ausgeführt (Bundesrat, Drucksache 7/180, S. 7):

„Der zu schützende Personenkreis umfaßt zudem vielfach in ihrer geistigen und körperlichen Beweglichkeit eingeschränkte und hilflose alte Menschen. Ihre Fähigkeit, sich bei auftretenden Mißständen selbst zu helfen, ist oft erheblich beeinträchtigt oder gar aufgehoben. Die Behörden müssen daher die Möglichkeit haben, das leibliche, geistige und seelische Wohl der Bewohner von Altenheimen, Altenwohnheimen, Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen nachhaltig zu schützen.“

Das sind die ersten gesetzgeberischen Äußerungen zur rechtlichen Situation von Bewohnern in Heimen. Von Rechten aber ist nicht ausdrücklich die Rede, sondern vom Schutz des leiblichen, geistigen und seelischen

Wohls der Bewohner. Immerhin: Von Bewohnern wird gesprochen, nicht von Insassen, wie es zu der Zeit noch oft zu hören war.

Der Zweck des HeimG wurde 1990 (BGBl. I, S. 758) um die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung und 2001 (BGBl. I, S. 2960) um die Würde der Bewohner erweitert (§ 2 Abs. 1 HeimG):

„Zweck des Gesetzes ist es,

1. die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen zu schützen,

2. die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und zu fördern, (...).“

Damit gibt es erstmals eine auf eindeutige Bewohnerrechte bezogene Perspektive von gesetzlichen Schutzrechten für Heimbewohner.

Pflegeleistungen

Pflegebedürftige waren auch vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung 1994 nicht ohne Schutz. Jeder hatte Anspruch auf entsprechende Leistungen der Sozialhilfe, sei es durch häusliche oder stationäre Pflege. Da die Sozialhilfe als nachrangiges Sicherungssystem organisiert ist, wurden Pflegebedürftige, ihre Ehepartner und Kinder mit ihrem Einkommen und Vermögen zur Finanzierung der Sozialhilfeleistungen herangezogen. Dennoch mussten die Sozialhilfeträger ein Drittel ihres Finanzaufkommens für Pflegeleistungen verwenden. Sie wurden damit zum Hauptleistungsträger für Pflegeleistungen. Daran konnte auch die Tatsache nichts ändern, dass

in anderen Bereichen der sozialen Sicherung Pflegeleistungen vorgesehen waren, so im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung und des Kriegsopferversorgungsrechts.

Nur am Rande sei erwähnt, dass damals auch in der DDR Pflegeleistungen existierten, nämlich das Pflegegeld, das Blindenpflegegeld und das Sonderpflegegeld. Für die

stationäre Versorgung waren die Feierabend- und Pflegeheime zuständig.

Von der Einführung der Pflegeversicherung bis zu den Pflegestärkungsgesetzen

Es ist heute kaum noch vorstellbar, mit welcher vielfältigen Vorschlägen und in welcher Breite die Einführung einer Pflegeversicherung diskutiert wurde. Dabei waren drei Zusammenhänge von Bedeutung: Ein sehr früher Vorschlag zur Einführung einer sozialen Heimversicherung (1973) hatte die Entlastung der Sozialhilfeträger im Auge. Bei einem anderen Vorschlag sollten die Renten bei Pflegebedürftigkeit im Alter verschont werden, wobei eine Lösung in der gesetzlichen Rentenversicherung gesucht wurde (1974). Schließlich wurde auch der Zusammenhang von Krankheit und Pflegebedürftigkeit hergestellt, was dann konsequenterweise zu einer Finanzierung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung führen sollte (1974).

In der 20 Jahre dauernden Diskussion wurden zahlreiche weitere Vorschläge, auch Gesetzesvorschläge eingebracht, bis dann zum ersten Mal in der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit

eingeführt wurden (1989). Bis kurz vor Verabschiedung des Sozialgesetzbuchs – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) im Mai 1994 war nicht sicher, ob es zur Einführung einer Pflegeversicherung kommen würde. Diese trat dann für die häusliche Pflege zum 1. Januar 1995 und für die stationäre Pflege zum 1. Juli 1996 in Kraft.

Die Pflegeversicherung hat die Welt der Pflege verändert. Nicht nur, dass seitdem für alle Pflegesituationen – häuslich, teil- und vollstationär – Pflegeleistungen vorgesehen sind, und zwar nicht nur für Ältere, sondern für Menschen jeden Alters; es wurden auch weite Teile der Bevölkerung in die Versicherungspflicht einbezogen, so auch Personen, die einen privaten Krankenversicherungsvertrag hatten. Allerdings kann die Pflegeversicherung bis heute keine vollumfänglichen Leistungen für alle Pflegebedarfe anbieten. Deshalb spricht man von einer Teilkaskolösung. Das heißt, die Leistungen sind finanziell begrenzt. In der häuslichen Pflege wird dies besonders spürbar. Hier sind Pflegebedürftige auf Angehörige, Nachbarn und sozial engagierte Personen angewiesen. Um ihnen den Einsatz zu erleichtern, wird dieser bei den Rentenleistungen angerechnet, zudem sind Pflegekurse vorgesehen. Anders als bei Sozialhilfeleistungen müssen Einkommen und Vermögen nicht mehr eingesetzt werden. Allerdings kann es Situationen geben, in denen Sozialhilfeleistungen ergänzend oder aufstockend in Anspruch genommen werden müssen, so vor allem bei stationärer Versorgung, bei der die Unterkunfts- und

Die Pflegeversicherung hat die Welt der Pflege verändert.

Verpflegungsleistungen nicht zu Lasten der Pflegeversicherung gehen.

Betrachtet man das damalige Konstrukt der Pflegeversicherung aus dem Blickwinkel der Rechte Pflegebedürftiger, so zeigen sich ganz unterschiedliche Ergebnisse. Zum ersten Mal spielte in einem Sozialleistungsgesetz die Qualität der Pflege eine Rolle. Bis heute bemüht man sich in der Pflegeversicherung, dem Qualitätsanliegen Rechnung zu tragen. Vor deren Einführung

gab es Pflegeskandale, aber keine qualitätssichernden Vorkehrungen gegen deren Auftreten. Außerdem können Pflegebedürftige durch die Schaffung eines Pflegemarkts Pflegeeinrichtung oder -dienst frei wählen.

Von Anfang an ist die Pflegeversicherung von einem Problem gekennzeichnet gewesen: Der enge auf körperliche Verrichtungen bezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff führte zu zunehmend als belastend wahrgenommenen Pflegesituationen bei der Betreuung von Menschen mit Demenz. Erst mit den Pflegestärkungsgesetzen konnte dies nach einer Phase mit Übergangslösungen besser bewältigt werden. Mit dem teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff, der seit dem 1. Januar 2017 gilt, und mit entsprechenden Leistungen sollen der Kreis der Personen mit Demenz und der sie versorgenden Menschen bessergestellt werden.

In der Pflegeversicherung spielte zum ersten Mal in einem Sozialleistungsgesetz die Qualität der Pflege eine Rolle.

Schon vorher wurden durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (2002) und das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) Struk-

turen der niederschweligen Betreuung und entsprechende Sozialleistungen geschaffen.

Bis zu den drei Pflegestärkungsgesetzen war die Entwicklung auch durch eine Verbesserung der Qualitätssicherung gekennzeichnet (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz 2001; Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008).

In den Nullerjahren wurde die Problematik des engen Zuschnitts der Pflegeversicherung vermehrt diskutiert. Insgesamt war ein sozialpolitischer Boden gegeben, auf dem das durch die Pflegeversicherung Erreichte grundsätzlich geschätzt wurde. Trotzdem sah man Entwicklungsbedarf. Die Bundesregierung beziehungsweise die zuständigen Ministerien richteten mehrere Runde Tische Pflege ein (2003), um die Diskussion zu bündeln. Im Rahmen eines dieser Runden Tische wurde die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen erarbeitet (2005). Sie enthält keine neuen Rechte, sondern fasst die bestehenden zusammen und erläutert sie. Mit dieser Charta

sollen die Rechte pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen gestärkt und deren Durchsetzung erleichtert werden. Gleichzeitig soll sie dazu beitragen, den Pflegeeinrichtungen und -diensten und dem verantwortlichen pflegerischen Personal die Rechtsausstattung von pflegebedürftigen Menschen verstehbar zu machen und sie in die Lage zu versetzen, diese Rechte in der täglichen Pflegearbeit wahrzunehmen und zu gewährleisten.

Wenig öffentlich beachtet wurden die Verstärkung der Pflegeberatung und die Schaffung von Pflegestützpunkten (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008). Mittlerweile verfügt das SGB XI über ein breites Instrumentarium zur Organisation eines individuellen Fallmanagements.

Heimrecht nach der Föderalismusreform

Mit der Föderalismusreform I (2006) erhielten die Länder die Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht. Es dauerte bis 2014, bis alle Bundesländer davon Gebrauch gemacht haben. Das Heimgesetz des Bundes ist damit nicht mehr wirksam. Die Länder haben zum Teil sehr unterschiedliche Nachfolgesetze verabschiedet. Diese sind von dem Grundgedanken getragen, bei der Person und nicht an der Institution anzusetzen, wie es im Heimgesetz mit dem Anknüpfen an die Versorgung in der stationären Einrichtung der Fall war. Zahl-

reiche Nachfolgesetze sind dem Teilhabegedanken verschrieben – nicht nur im Titel des Gesetzes. Insgesamt ist auch eine Öffnung hinsichtlich Wohnformen außerhalb von Einrichtungen zu verzeichnen.

Bis zu den drei Pflegestärkungsgesetzen war die Entwicklung auch durch eine Verbesserung der Qualitätssicherung gekennzeichnet.

Auch der vertragsrechtliche Schutz der Verbraucher, denen Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen überlassen wird, ist mit dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (2009) gestärkt worden.

Ausblick

Die Rechte pflegebedürftiger Menschen sind in Deutschland mittlerweile tief in der Sozialgesetzgebung und in den auf das Heimgesetz des Bundes folgenden Gesetzen der Länder verankert. Damit wird auch dem mit der UN-Behindertenrechtskonvention verfolgten Inklusionsprinzip Rechnung getragen. Auch im internationalen Vergleich können der Schutz und die Rechte Pflegebedürftiger in Deutschland als weitreichend angesehen

werden. In Zukunft wird auch die tatsächliche Betreuungssituation insbesondere im häuslichen Bereich eine besondere Rolle spielen. Man wird sehen, ob die entsprechenden Erleichterungen, die hier mit dem Pflegezeitgesetz (2008) und dem Familienpflegezeitgesetz (2011) für das kurz- und längerfristige pflegebedingte Fernbleiben vom Arbeitsplatz verschafft werden, in der Praxis wirksam angenommen werden.

Eine der Herausforderungen der Pflegepolitik wird sein, auf kommunaler Ebene mehr Mög-

lichkeiten zu schaffen, um pflegerischen Anliegen bürgernah nachzukommen. Hier rächt sich ein struktureller Fehler, der von Anfang an

Der vertragsrechtliche Schutz der Verbraucher wurde 2009 mit dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz gestärkt.

in der Pflegeversicherung angelegt ist: dass die Kommunen in der Umsetzung der Pflegeversicherung bislang keine Rolle gespielt haben. Seit einiger Zeit wird zugesehen, dass auch die Potenziale der Kommunen zukünftig

entsprechend ausgeschöpft werden. Die im Pflegestärkungsgesetz III vorgesehenen befristeten Modellvorhaben zur Beratung könnten hier einen Weg weisen.

Literatur

Dahlem, O., Giese, D., & Igl, G. (2001 ff.). Heimrecht, 3 Bände, Neuwied.

Igl, G. (2012). Pflegeversicherung. In B. von Maydell, F. Ruland, & U. Becker (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, 5. Auflage (S. 929-965). Baden-Baden.

Igl, G. & Sulmann D. (2017). 10 Jahre Pflege-Charta. Zeit, Bilanz zu ziehen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50(4), 287-293.

Klie, T., Krahmer, U., & Plantholz, M. (Hrsg.) (2014). Sozialgesetz XI Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar, 4. Auflage. Baden-Baden.

Sulmann, D. (2011). Ziele, Umsetzung und Wirkung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44(1), 39-47.

Udsching, P. (2017). SGB XI Soziale Pflegeversicherung, Kommentar, 5. Auflage. München.

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2015). ZQP-Report Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix. Berlin.

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2016). ZQP-Report Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Berlin.

Zum Autor

Prof. Dr. jur. Gerhard Igl, Universitätsprofessor a. D., ist Experte für Sozial- und Gesundheitsrecht. Unter anderem war er geschäftsführender Vorstand des Instituts für Sozialrecht und Gesundheitsrecht an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.



Pflegerechtliche Entwicklung aus menschenrechtlicher Perspektive

Claudia Mahler

Obwohl sich die Qualität der Pflege stetig verbessert hat und Pflegebedürftige heute zunehmend als selbstbestimmte Individuen mit eigenen Rechten betrachtet werden, werden viele Rechte älterer Menschen immer noch nicht ausreichend verwirklicht.

Menschenrechtliche Verpflichtungen

Menschenrechte sind individuelle Rechte: Ausgangspunkt ist die jedem Einzelnen unabhängig von seiner Hilfsbedürftigkeit innewohnende Würde. Zu den Menschenrechten gehören zum Beispiel das Recht auf Gesundheit, Nahrung, Teilhabe und Schutz vor Gewalt.

Die Menschenrechte sind durch viele internationale Menschenrechtsverträge verbrieft. Durch deren Ratifikation hat sich Deutschland verpflichtet, die menschenrechtlichen Standards und Prinzipien zu implementieren. Für die Pflege bedeutet dies, dass der Staat die Menschenrechte zu Pflegenden achten und sie vor Verletzung durch Dritte schützen muss. Aus der Gewährleistungspflicht ergibt sich, Gesetze und Programme für menschenwürdige Pflege zu schaffen. Für die Beurteilung der Pflege-

qualität müssen die Menschenrechte als Maßstab herangezogen werden. Dies sollte auch bei der Weiterentwicklung der Pflegequalität durch die Vorgaben des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs berücksichtigt werden.

Für die Altenpflege sind vor allem der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UN-Zivilpakt,

ICCPR), der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt, ICESCR) und die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) von Bedeutung. Der UN-Zivilpakt enthält Bestimmungen, die ältere Menschen in der Langzeitpflege betreffen, wie das Recht, nicht der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung unterworfen zu werden (Art. 7) und das Recht auf Privatheit und Familienleben (Art. 17). Der UN-Sozialpakt garantiert in Art. 12 das „erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“, während Art. 11 das Recht „auf einen angemessenen Lebensstandard (...) einschließlich ausreichender

Ernährung, Bekleidung und Unterbringung“ vorsieht. Diese Rechte sind für ältere Pflegebedürftige besonderes bedeutend, da sie aufgrund gesundheitlicher Probleme auf die Unterstützung von Pflegekräften angewiesen

Für die Beurteilung der Pflegequalität müssen die Menschenrechte als Maßstab herangezogen werden.

Für die Altenpflege sind vor allem der UN-Zivilpakt, der UN-Sozialpakt und die UN-Behindertenrechtskonvention von Bedeutung.

sind. Vor allem die UN-Behindertenrechtskonvention enthält Bestimmungen zum Schutz älterer Pflegebedürftiger: Sie macht Vorgaben zum Abbau von Barrieren (Art. 9), zur Selbstbestimmung (Art. 14, 15, 25) und zum Recht auf ein Leben in der Gesellschaft (Art. 19).

Wenngleich diese Bestimmungen auf die Situation älterer Menschen angewendet werden können, stehen sie bislang in keinem der internationalen

Menschenrechtsverträge im Fokus. Deshalb wird immer wieder eine eigene Konvention für die Rechte Älterer gefordert.¹ Diese könnte den größten menschenrechtlichen Schutz gewährleisten. Seit 2010 diskutiert bei den Vereinten Nationen eine offene Arbeitsgruppe, wie der Schutz verbessert werden kann. Daran nimmt Deutschland seit 2016 mit einer Delegation aus dem fachlich zuständigen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) teil. Sie stieß den offenen Dialog auch auf nationaler Ebene an. Zur Vorbereitung der achten Sitzung wurden zwei Expertengespräche zu den gesetzten Themen Altersdiskriminierung und Gewalt gegen Ältere durchgeführt, um Bedarfe und gute Praxisbeispiele in die internationale Diskussion einbringen zu können. Weitere Fachgespräche wurden bereits angekündigt. Auch die deutsche Zivilgesellschaft ist durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) vertreten und nationale Menschenrechtsinstitutionen können sich seit Juli 2017 mit einem eigenen Mandat an der Diskussion beteiligen.

Mehrere UN-Ausschüsse haben darauf hingewiesen, dass bei der Umsetzung der Menschenrechte Älterer in Deutschland Verbesserungsbedarf besteht.

Um den Rechten Älterer im Menschenrechtssystem mehr Gewicht zu verleihen, wurde 2014 vom UN-Menschenrechtsrat die

erste unabhängige Expertin für die Menschenrechte Älterer (Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons) ernannt.

Bereits in früheren Jahren haben mehrere UN-Ausschüsse darauf hingewiesen, dass bei der Umsetzung der Menschenrechte Älterer in Deutschland Verbesserungsbedarf besteht.

Der UN-Menschenrechtsausschuss, der die Umsetzung des Zivilpakts kontrolliert, wies schon 2004 auf „(...) die Verletzlichkeit älterer Menschen in Pflegeheimen hin; aufgrund dieser Situation ist es in einigen Fällen zu erniedrigender Behandlung und zur Verletzung ihrer Menschenwürde gekommen“ (UN-Menschenrechtsausschuss 2004).

2011 äußerte der UN-Sozialpaktausschuss seine Besorgnis darüber, dass Deutschland „(...) keine hinreichenden Maßnahmen zur Verbesserung der Lage in Pflegeheimen ergriffen hat, in denen ältere Menschen Berichten zufolge in menschenunwürdigen Verhältnissen leben und wegen eines Mangels an Fachkräften und der unzulänglichen Anwendung von Pflegevorschriften nach wie vor nicht die geeignete Pflege erhalten (Art. 12)“ (UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte 2011). Auch der UN-Ausschuss zur Behindertenrechtskonvention beschäftigte sich 2015 mit der Situation Pflegebedürftiger in Deutschland (UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2015).

¹ Gruppen von Staatsvertretern, NGOs und NHRI fordern die Entwicklung einer neuen Konvention für ältere Menschen, siehe Sitzungen der Open-ended Working Group on Ageing <http://social.un.org/ageing-working-group/> (13.10.2017).

Recht auf Pflege

Internationale Menschenrechtsverträge sehen für Ältere nicht explizit das Recht auf Langzeitpflege vor. Allerdings gibt es einige regionale Menschenrechtsverträge, die das Recht auf Pflege abdecken, beispielsweise die kürzlich verabschiedete Interamerikanische Konvention zum Schutz der Menschenrechte Älterer. Sie enthält in Art. 12 das Recht auf Pflege. Diverse Übereinkommen enthalten Bestimmungen zum Recht auf die Wahl des Pflegeumfelds sowie auf gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten und die Zusicherung, dass diese erschwinglich sein müssen.

Ausgangspunkt für die Wahl der Art der Pflege ist in Deutschland das Recht auf Selbstbestimmung und Freiheit. Gemäß Art. 19 der UN-Behindertenrechtskonvention muss Deutschland Menschen mit Behinderungen ermöglichen, unabhängig in der Gemeinschaft zu leben – wo und mit wem sie wollen. Dafür muss der Staat ausreichend Unterstützung sicherstellen. Der Zugang zu Pflege muss ohne Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, der Rasse, Hautfarbe, Sprache, Religion, politischer oder anderer Ansichten, nationaler oder sozialer Herkunft, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, Besitz, Geburt oder eines anderen Status gewährt werden. Dies ist von zentraler Bedeutung, um sicherzustellen, dass Ältere in einem Pflegeheim ihrer Wahl leben können.

Es wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Durchsetzung von Menschenrechten im Pflegesystem zu fördern.

Rechtliche und politische Rahmenbedingungen für die Pflege in Deutschland

Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 gab es zahlreiche Veränderungen der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen für die Pflege in Deutschland. Angestoßen unter anderem durch die Kritik des UN-Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte an menschenunwürdigen Bedingungen in Pflegeheimen in Deutschland im Jahr 2001 wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Qualität der Pflege zu verbessern und die Durchsetzung von Menschenrechten im Pflegesystem zu fördern. Dazu gehört die Erarbeitung der Pflege-Charta am Runden Tisch Pflege und deren Verbreitung. In der Pflege-Charta ist das Recht auf würdevolle Pflege konkret beschrieben.

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurde die häusliche Pflege gestärkt und der Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung verstärkt. Zur Verbesserung der Pflegequalität prüft der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) seit 2009 jährlich Pflegeeinrichtungen und -dienste und veröffentlicht die Kontrollberichte. Auf deren Grundlage erstellt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) alle drei Jahre einen Bericht über die Entwicklung der Pflegequalität. Zeitgleich wurden die Pflegenoten – der sogenannte Pflege-TÜV – eingeführt, mit denen die Qualität der Pflege bewertet und dargestellt wird. Die Aussagekraft der Pflegenoten wird allerdings immer wieder infrage gestellt.

Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurden 2015 die Leistungen für Pflegebe-

dürftige erhöht. Diese Reform hat pflegende Angehörige durch den Zugang zu mehr Unterstützung und zusätzlichen Diensten etwas entlastet. Auch die Zahl der Betreuungskräfte in Pflegeheimen wurde gesetzlich erhöht.

Mit dem zweiten Pflegeleistungsgesetz (PSG II) wurde 2016 eine neue Definition der Pflegebedürftigkeit eingeführt. Die Unterteilung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und Demenzerkrankungen (oder anderen psychischen Erkrankungen) wurde damit zum 1. Januar 2017 aufgehoben. Der Schwerpunkt liegt jetzt auf der individuellen Pflegebedürftigkeit. Da der reale Unterstützungsbedarf effektiver erfasst werden soll, profitieren Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Die Bundesregierung hat mit dem PSG III den letzten Baustein der Pflegereform vorgelegt. Es geht unter anderem um die Verbesserung der Beratung zur Pflege in der Kommune.

Inwieweit die letzten Reformen die Menschenrechte in der Praxis tatsächlich fördern, kann erst die zukünftige Umsetzung zeigen. Die Zielrichtung der Reformen ist menschenrechtlich jedenfalls positiv zu bewerten. Sie bieten die Chance zu weiteren Verbesserungen im Sinne eines paradigmatischen Wandels sowohl bei der Pflegequalität als auch bei bisher gültigen Pflegekonzepten.

Recht auf Beschwerde und Wiedergutmachung

Menschen, deren Rechte verletzt wurden, müssen die Möglichkeit einer wirksamen

Menschen, deren Rechte verletzt wurden, müssen die Möglichkeit einer wirksamen Beschwerde haben.

Beschwerde haben, mit der eine Wiedergutmachung erreicht werden kann. Neben gerichtlichen Verfahren können niedrigschwellige außergerichtliche Beschwerdestellen eine wichtige Rolle spielen. Das Recht auf Zugang zur Justiz ist in Art. 13 der UN-Behindertenrechtskonvention festgehalten. Art. 2 Abs. 3 des UN-Zivilpakts und Art. 13 der Europäischen Menschenrechtskonvention garantieren das Recht auf eine wirksame Beschwerde.

Das unabhängige Beschwerdemanagement ist in Deutschland derzeit nicht flächendeckend und transparent strukturiert. Dies liegt größtenteils daran, dass die Pflege föderal reguliert wird. MDK und Heimaufsichten fungieren als formale Beschwerdestellen. Allerdings ist nicht klar abgesteckt, unter welchen Bedingungen und in welchem Maß diese Funktion wahrgenommen und wie den Beschwerden nachgegangen und Abhilfe geschaffen wird. Bereits 2005 wurde in einem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beauftragten Bericht festgestellt, dass die Bedingungen, unter denen Beschwerdestellen arbeiten, neu bewertet werden müssten (Schmidt & Schopf 2005) – bislang ist eine solche systematische Bewertung allerdings nicht erfolgt.

Pflegeheimbetreiber und -leiter haben die Pflicht, Menschenrechte zu fördern und zu schützen. Dazu gehört es, die Bewohner über den Zugang zur Justiz sowie über ihre Rechte und Beschwerdeverfahren aufzuklären. Das Vorhandensein eines internen Beschwerdemechanismus wird vom MDK geprüft.

Einige Initiativen haben direkte Beschwerde- und Beratungseinrichtungen geschaffen, die

von Nichtregierungsorganisationen betrieben und von gemeinnützigen, karitativen Organisationen finanziert werden. Das sind zumeist Hotlines für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Allerdings sind solche Stellen nicht bundesweit vorhanden.

Fazit

In den letzten Jahrzehnten hat sich der Pflegesektor in Deutschland signifikant verändert. Pflegebedürftige werden zunehmend als selbstbestimmte Rechtsträger wahrgenommen. Die aktuelle Gesetzgebung unterstützt das auf den menschenrechtskongruenten Konzepten der Würde, Selbstbestimmung, Freiheit und Hilfe zur

Selbsthilfe basierende Pflegemodell. Allerdings sind trotz dieser positiven Entwicklungen weitere Schritte notwendig. Es fehlt an klaren, eindeutigen und verbindlichen menschenrechtlichen Handlungsrahmen, sowohl für das Pflegeangebot als auch für die

Qualitätskontrolle und das Beschwerdemanagement. Schlechte Arbeitsbedingungen, Überlastung und Frust können im schlimmsten Fall Gewalt und die Verletzung der Rechte älterer zu Pflegenden begünstigen. Ein menschenrechtlicher Ansatz

Ein menschenrechtlicher Ansatz in der Pflegepolitik muss sich an Menschenrechten und seinen Prinzipien messen lassen.

in der Pflegepolitik muss sich an Menschenrechten und seinen Prinzipien messen lassen.

Literatur

Schmidt, W. & Schopf, Ch. (2005). Beschwerden in der Altenpflege. Eine Analyse ausgewählter Dokumente. Im Auftrag von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Dortmund.

UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (2011). Abschließende Bemerkungen: Deutschland, UN Doc E/C.12/DEU/CO/5, 12. Juli 2011, Abs. 27.

UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015). Concluding observations on the initial report of Germany, CRPD/C/DEU/CO/1, 13. Mai 2015, Abs. 33.

UN-Menschenrechtsausschuss (2004). Abschließende Bemerkungen: Deutschland, UN Doc CCPR/CO/80/DEU, Mai 2004, Abs. 17.

Zur Autorin

Dr. Claudia Mahler ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Menschenrechtspolitik Inland/Europa des Deutschen Instituts für Menschenrechte e.V. Zu ihren Themenschwerpunkten zählen die Menschenrechte Älterer.



Die Pflege-Charta – Ziele, Umsetzung und Wirkung

Daniela Sulmann

Vor mehr als zehn Jahren wurde die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen – kurz Pflege-Charta – in Deutschland veröffentlicht. Dieser Rechkatalog für pflegebedürftige Menschen war auf Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Vertretern aus allen Bereichen der Pflege in einem komplexen Konsensprozess erstellt worden. Seither hat die Pflege-Charta in verschiedenen Bereichen der Pflege praktische Relevanz erlangt und ist in Gesetze eingegangen. Nach einer Dekade Pflege-Charta gilt es, Bilanz zu ziehen.

Verbreitung

Die Initiative zur Verbreitung und Umsetzung der Pflege-Charta geht seit 2005 maßgeblich vom BMFSFJ aus: Bisher wurden hunderttausende Charta-Broschüren verschickt und die Informationsplattform www.pflege-charta.de eingerichtet. Von der am Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) angesiedelten Leitstelle Altenpflege (2007 bis 2009) und der Servicestelle Pflege-Charta (2009 bis 2012) wurden unter anderem Praxisprojekte zur Umsetzung der Pflege-Charta durchgeführt, Arbeits- und Schulungsmaterialien für die Pflegepraxis entwickelt und Veranstaltungen organisiert.

In der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, zum Beispiel durch Pflegekassen, compass private pflegeberatung, Pflegestützpunkte oder Verbraucherzentra-

Die Kernbereiche der acht Artikel der Pflege-Charta

1. Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe
2. Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit
3. Schutz von Privatheit
4. Professionelle Pflege, Betreuung und Behandlung
5. Information, Beratung und Aufklärung
6. Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft
7. Religion, Kultur und Weltanschauung
8. Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Der vollständige Text kann von www.pflege-charta.de heruntergeladen werden.

len, wird die Pflege-Charta als Instrument zur Information über Rechte pflegebedürftiger Menschen eingesetzt.

Hinweise zur Umsetzung

Eine Bewertung der Wirkung der Pflege-Charta ist nur sehr begrenzt möglich, da keine systematische Implementierung und Evaluierung dessen erfolgte (Igl 2005). Hinweise darauf geben gesetzliche Bezüge, Einsatzfelder und Praxisprojekte (Igl & Sulmann 2017).

Die Pflege-Charta wird beispielsweise im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung eingesetzt. Die vom BMFSFJ herausgegebenen Arbeitsmaterialien zur Pflege-Charta können kostenlos von der Webseite heruntergeladen und genutzt werden.

Praxisberichte, Selbstverpflichtungserklärungen und Beiträge in Fachzeitschriften geben Hinweise darauf, dass Einrichtungen und Dienste die Pflege-Charta im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nutzen. Beispiele dafür sind Selbstbewertungen, Qualitätszirkel und Leitbildentwicklung (Sulmann 2011). 2016 wurde eine Studie zur Wirkung der Charta in der Pflegepraxis vorgelegt (Emmer De Albuquerque 2016). Trotz ihrer regionalen Begrenztheit zeigt die Erhebung, dass die Charta eine wichtige Orientierungshilfe für eine menschenwürdige Pflegepraxis darstellen kann.

Im externen Qualitätsmanagement und für die Qualitätsbewertung wird die Pflege-Charta zum Beispiel als Grundlage genutzt. Medizinische Dienste wie der MDK Baden-Württemberg und Aufsichtsbehörden der Länder, etwa die Hessische Aufsicht über Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen, beziehen die Pflege-Charta in die Prüfungs- und Beratungsprozesse mit ein.

Auch in der wissenschaftsbezogenen Diskussion um die Entwicklung von Indikatoren für die Beurteilung von Ergebnisqualität stellt die Pflege-Charta einen Bezugsrahmen dar.

Hinweise auf die Wirkung der Pflege-Charta geben gesetzliche Bezüge, Einsatzfelder und Praxisprojekte.

Mit der Föderalismusreform I (2006) wurde die Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht den Ländern übertragen (Dinter 2015). In verschiedenen Nachfolgegesetzen der Länder zum (Bundes-) Heimgesetz wird direkt oder indirekt auf die in der Charta formulierten Rechte Bezug genommen. Indirekt zum Beispiel in § 1 Abs. 4 des Wohn- und Teilhabegesetzes Nordrhein-Westfalen; direkt unter anderem in § 1 Abs. 3 des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe Rheinland-Pfalz, § 1 Abs. 2 des Wohn- und Teilhabegesetzes Sachsen-Anhalt, § 2 Abs. 5 des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes Schleswig-Holstein. Damit wird die Pflege-Charta zu einem gesetzlich wahrgenommenen Referenztext. Indem Inhalte der Pflege-Charta in Gesetze einfließen, erhöht sich ihre Relevanz.

Darüber hinaus wirkt die Pflege-Charta auf europäischer Ebene: So dient sie beispielsweise als Grundlage für die europäische Charta für hilfe- und pflegebedürftige Menschen. Der Entwurf lehnt sich in Struktur und Inhalt stark an die deutsche Pflege-Charta an.

Die Pflege-Charta wirkt auch auf europäischer Ebene.

Seit ein paar Jahren befassen sich auch Initiativen für Menschenrechte mit der Wirkung von international garantierten Rechten auf hilfe- und pflegebedürftige Menschen. Dies geschieht vor allem vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention und der Diskussion um eine internationale Konvention zu den Rechten Älterer. Auch hierbei wird Bezug auf die Pflege-Charta genommen (Aronson et al. 2016).

Weitere Hinweise auf die Wirkung der Pflege-Charta können aus einer bundesweiten Befragung gewonnen werden, die das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) mit Fördermitteln des BMFSFJ durchgeführt hat (→ Seiten 22-29).

Aktueller Stand und Ausblick

Mehr als zehn Jahre nach Veröffentlichung der Pflege-Charta ist es an der Zeit, neue Impulse für die Verbreitung, Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflege-Charta zu setzen. Dazu fördert das BMFSFJ zwei Projekte, die

vom ZQP durchgeführt werden. Diese zielen darauf ab, Informationen über die Umsetzung der Pflege-Charta zu erhalten. Daher wurden bundesweit professionell Pflegende zur Pflege-Charta befragt (→ ZQP-Analyse ab Seite 22) und die bisherige Entwicklung auf der Fachkonferenz „10 Jahre Pflege-Charta“ im November 2016 diskutiert. Zentrale Ergebnisse sind in diesen Report eingeflossen.

Um festzustellen, ob aufgrund sozialrechtlicher Weiterentwicklungen eine Aktualisierung erforderlich ist, wurde

die Pflege-Charta von Professor Gerhard Igl und Rechtsanwältin Katrin Markus im Rahmen eines gemeinsamen Projekts von ZQP und BMFSFJ rechtlich überprüft. Diese Analyse zeigt, dass offenbar einige Anpassungen – insbesondere in den einzelnen Kom-

Es ist an der Zeit, neue Impulse für die Verbreitung, Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflege-Charta zu setzen.

Die Pflege-Charta sollte standardmäßig bei der Pflegeberatung ausgedrückt werden.

mentierungen der acht Artikel – notwendig sind. Das BMFSFJ plant daher eine Neuauflage der Charta. Dies wird durch das ZQP und eine Expertenkonferenz begleitet. Die Arbeitsmaterialien zur Pflege-Charta werden 2018 vom ZQP überarbeitet. Darüber hinaus empfiehlt das ZQP weitere Maßnahmen zur Umsetzung der Pflege-Charta: So sollte die neu aufgelegte

Pflege-Charta durch das BMFSFJ und das BMG an alle Einrichtungen und Dienste in Deutschland versendet werden. Die Webseite www.pflege-charta.de sollte aktualisiert und zeitgemäßen Gestaltungsanforderungen angepasst werden. Um

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen über ihre Rechte zu informieren, sollte die Pflege-Charta als Broschüre oder eine entsprechende Bestellkarte mit jedem Bescheid über Pflegeleistungen durch Pflegekassen beziehungsweise private Pflegeversicherungen versendet werden. Im Rahmen der Pflegeberatung und bei Vertragsabschluss mit einem Pflegeanbieter sollte die Pflege-Charta standardmäßig ausgehändigt werden.

Darüber hinaus sollte ein systematisches Monitoring-Verfahren über die Verankerung der Pflege-Charta in Deutsch-

land, etwa beim BMFSFJ, dem BMG oder einem Projektträger institutionalisiert werden.

Zweifelloos bleibt in der Umsetzung und Weiterentwicklung der in der Pflege-Charta beschriebenen Rechte noch einiges zu tun.

Literatur

Aronson P. & Mahler, C. (2016). Menschenrechte in der Pflegepraxis. Herausforderungen und Lösungsansätze in Pflegeheimen. Deutsches Institut für Menschenrechte. Berlin.

Dinter, K. (2015). Die Entwicklung des Heimrechts auf der Ebene des Bundes und der Bundesländer (S. 103 ff). Hamburg.

Emmer De Albuquerque, C. (2016). Auf dem Weg zu menschenwürdiger Pflege in deutschen Pflegeeinrichtungen. Ansätze für eine lösungsorientierte Weiterentwicklung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. München.

Igl, G. & Sulmann D. (2017). 10 Jahre Pflege-Charta. Zeit, Bilanz zu ziehen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50(4), 287-293.

Sulmann, D. (2011). Ziele, Umsetzung und Wirkung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44(1), 39-47.

Zur Autorin

Daniela Sulmann ist Diplom-Pflegewirtin und examinierte Krankenschwester. Sie arbeitet als Bereichsleiterin im Zentrum für Qualität in der Pflege.



ZQP-Analyse: Rechte Pflegebedürftiger und Funktion der Pflege-Charta – Einschätzung von Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste und stationärer Einrichtungen

Daniela Vähjunker und Daniela Sulmann

In den letzten Jahren zielten zahlreiche Initiativen und Gesetze auf die Verbesserung der Pflegequalität und die Stärkung der Rechte pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen ab.

Eine dieser Initiativen war die Erarbeitung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, kurz Pflege-Charta, die vor mehr als zehn Jahren veröffentlicht wurde. Darin wird konkret formuliert, wie sich allgemeingültige Rechte wie Selbstbestimmung, Teilhabe und eine individuelle Pflege im Alltag hilfe- und pflegebedürftiger Menschen widerspiegeln sollen. Seither hat die Pflege-Charta in verschiedenen Bereichen der Pflege Relevanz erlangt und sie ist in Gesetze eingegangen (↗ Seiten 18-21).

Die Pflege-Charta dient nicht nur Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen als Maßstab, um die Qualität der in Anspruch genommenen Leistungen zu beurteilen. Auch Institutionen – insbesondere ambulante Pflegedienste und stationäre Einrichtungen – können ihre Angebote mit der Pflege-Charta abgleichen. Ob und wie dies in der Praxis gelingt, ist bisher allerdings kaum bekannt.

Ziel dieser Untersuchung war es, ein Bild darüber zu erhalten, wie die Entwicklung der Qualität der Pflege und die Berücksichtigung von Rechten Pflegebedürftiger von Mitarbei-

tern in Pflegeeinrichtungen und von Pflegediensten eingeschätzt wird, wie verbreitet die Pflege-Charta ist und welche Funktion sie aus ihrer Sicht hat.

Methoden und Vorgehensweise

Die Studie wurde als computergestützte Telefonbefragung (CATI) durchgeführt. Daran nahmen 1.008 Pflegedienste und -einrichtungen teil, davon 502 stationäre Einrichtungen und 506 ambulante Dienste. Davon betreuten 162 Dienste weniger als 30 Personen, 258 Einrichtungen 30 bis 60 Personen, 225 Dienste 60 bis 90 Personen, 135 Einrichtungen 90 bis 120 Personen, 107 Einrichtungen 120 bis 150 Personen und 121 Dienste mehr als 150 Personen. Die meisten Gespräche wurden mit der Pflegedienstleitung (398 Befragte) oder Angehörigen der Geschäftsführung (391 Befragte) geführt. Sie erfolgten zwischen dem 27. Juli und dem 31. August 2016. Die Fehlertoleranz beträgt +/- drei Prozent in der Gesamtstichprobe.

Ergebnisse

Einschätzungen zur Entwicklung der Pflegequalität und zu Rechten Pflegebedürftiger

Die Mehrheit der befragten Mitarbeiter stationärer Pflegeeinrichtungen und ambulanter Dienste (60 Prozent) war der Ansicht, dass die Pflegequalität in Deutschland in den letzten Jahren viel (23 Prozent) oder etwas (37 Prozent) besser geworden ist. Diesen Eindruck teilten mehr Beschäftigte stationärer Einrichtungen (66 Prozent) als ambulanter Dienste (54 Prozent). Für jeden Fünften der Befragten (19 Prozent) war die Qualität in der Pflege unverändert geblieben. 13 Prozent waren der Auffassung, die Qualität sei in den letzten Jahren etwas schlechter geworden, und fünf Prozent meinten, sie habe sich deutlich verschlechtert.

Außerdem waren 84 Prozent (kumuliert aus 41 Prozent „stimme voll zu“ und 43 Prozent „stimme eher zu“) der Meinung, dass die Rechte pflegebedürftiger Menschen in den

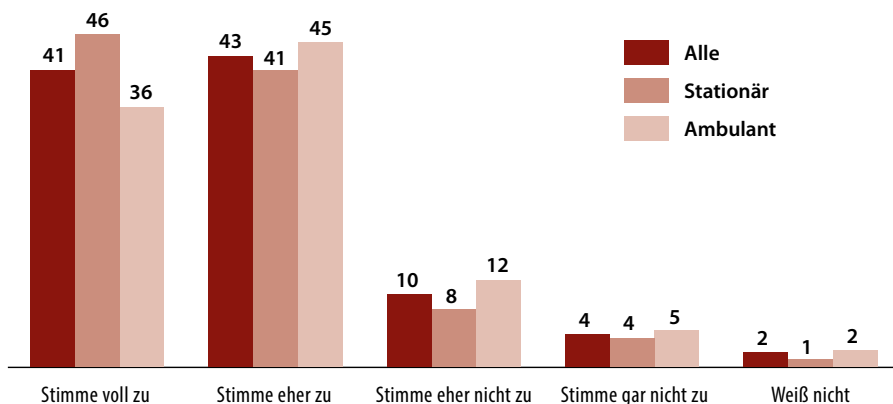
letzten Jahren spürbar gestärkt worden sind. Zehn Prozent stimmten dem eher nicht und vier Prozent gar nicht zu (Abbildung 1).

Nach Ansicht der meisten Befragten (81 Prozent) sind die Menschen heute besser über ihre Rechte und Ansprüche in Bezug auf Pflege informiert als vor zehn Jahren. 13 Prozent gingen eher nicht und vier Prozent gar nicht davon aus.

Fordern Pflegebedürftige ihre Rechte aber auch ein oder beschwerten sie sich? 71 Prozent der professionell Pflegenden haben das bereits erlebt, 24 Prozent ein oder zwei Mal, 27 Prozent mehrere Male und 20 Prozent häufig. Insgesamt berichteten mehr Mitarbeiter stationärer Einrichtungen, dass Pflegebedürftige ihre Rechte einfordern (77 Prozent) als Kollegen ambulanter Dienste (64 Prozent). 28 Prozent aller Befragten gaben an, eine solche Situation noch nie erlebt zu haben.

Für die Wahrung der Rechte eines Pflegebedürftigen im Sinne eines Anwalts setzen

Abbildung 1: „Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Die Rechte pflegebedürftiger Menschen sind in den letzten Jahren spürbar gestärkt worden.“ n = 1.008; Angaben in Prozent.



sich nach Erfahrung der Studienteilnehmer in erster Linie die Angehörigen (65 Prozent) ein. Daneben wären es auch Berufsbetreuer (zehn Prozent), professionell Pflegende (zehn Prozent) oder Pflegedienst- beziehungsweise Heimleitungen (acht Prozent).

Etwa ein Drittel (34 Prozent) der Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen beziehungsweise von Pflegediensten gaben in der Befragung an, Situationen erlebt zu haben, in denen Rechte pflegebedürftiger Menschen nicht beachtet worden waren (zwölf Prozent ein oder zwei Mal, 13 Prozent mehrere Male, neun Prozent häufig). Zum Beispiel wurde dann über den Willen des Pflegebedürftigen hinweg gehandelt (58 Prozent) oder dessen Privatsphäre missachtet (39 Prozent), Pflegebedürftige seien auch respektlos angesprochen oder beschämt worden (36 Prozent) oder hätten die notwendige Hilfe nicht (49 Prozent) oder nicht rechtzeitig (46 Prozent) erhalten.

Die Frage, für wie schwierig die Befragten die Umsetzung der in der Pflege-Charta benannten Rechte halten, konnte mithilfe einer Skala von 1 (keine Schwierigkeiten) bis 5 (sehr große Schwierigkeiten) beantwortet werden. Insgesamt zeigt sich ein eher positives Bild: Alle Mittelwerte liegen unter 3, der Mitte der Skala.

In der Gesamtschau fällt auf, dass bei ambulanten Diensten, die Schwierigkeiten größer eingeschätzt wurden als bei stationären Einrichtungen. Bei der Umsetzung des Rechts auf Selbstbestimmung ergab sich ein Mittelwert von 2,05. Der Wert für die ambulanten Dienste war dabei geringfügig höher als der bei den stationären Einrichtungen (2,11 vs. 2,00). Das Recht Pflegebedürftiger, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden, erzielte einen Mittelwert von 2,08. Die Befragten ambulanter Dienste sahen hier etwas grö-

ßere Schwierigkeiten (2,22) als die stationärer Einrichtungen (1,94). Das Recht auf eine individuelle, gesundheitsfördernde, qualifizierte Pflege umzusetzen wurde insgesamt mit 2,20 bewertet, wobei in stationären Einrichtungen etwas weniger Schwierigkeiten gesehen wurden (2,10) als bei ambulanten Diensten (2,30). Erwartungsgemäß recht groß war der Unterschied zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen bei der Umsetzung des Rechts auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (1,96 vs. 2,49), des Rechts, in Würde zu sterben (1,75 vs. 2,12), und des Rechts, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben (1,98 vs. 2,21). Die geringsten Schwierigkeiten wurden beim Recht auf Schutz der Privat- und Intimsphäre gesehen (gesamt: 1,89), die größten beim Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe (gesamt: 2,29).

Wenn Rechte Pflegebedürftiger in der Praxis nicht umgesetzt werden könnten, liegt das nach Ansicht der Befragten meistens an den Rahmenbedingungen wie fehlenden Räumlichkeiten oder finanziellen Mitteln (38 Prozent) sowie nicht genug qualifiziertem Personal (28 Prozent). Nur wenige Mitarbeiter (sieben Prozent) gaben an, dass fehlende Strukturen oder die Abwesenheit von Prozessen, die sich mit Aspekten der Umsetzung dieser Rechte ernsthaft befassen, der Grund sind, dass Rechte nicht gewahrt werden. Sehr selten wurden die Atmosphäre und die Umformsformen einer Organisation als Ursache angegeben (zwei Prozent).

Verbreitung und Einschätzungen zur Funktion der Pflege-Charta

Grundsätzlich scheint die Pflege-Charta in stationären Einrichtungen bekannter zu sein als bei ambulanten Diensten. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (58 Prozent) hatte

bereits von der Pflege-Charta gehört, darunter deutlich mehr Mitarbeiter stationärer Einrichtungen (66 Prozent) als ambulanter Dienste (51 Prozent). Außerdem gaben Erstere weitaus häufiger an, die Pflege-Charta ziemlich genau zu kennen, als die Beschäftigten ambulanter Dienste (35 vs. 21 Prozent derjenigen, denen die Pflege-Charta bekannt war). 60 Prozent der Studienteilnehmer, die die Charta kannten, gaben an, allgemein zu wissen, was darin steht (Abbildung 2).

In 24 Prozent der befragten Einrichtungen und Dienste wird den Antworten zufolge in irgendeiner Weise mit der Pflege-Charta gearbeitet. Das bedeutet, dass die Mitarbeiter ganz überwiegend über die Pflege-Charta informiert sind (73 Prozent), dass das Pflegekonzept daran ausgerichtet ist (66 Prozent), dass die Umsetzung der Pflege-Charta Teil des Qualitätsmanagementsystems ist (62 Prozent) oder sich die Einrichtung oder der Dienst öffentlich zur Umsetzung der Pflege-Charta verpflichtet hat (54 Prozent) – zum Beispiel durch das Leitbild. Fast die Hälfte (47 Prozent) gab an, dass die Pflege-

Charta in der Einrichtung oder beim Dienst ausliegt beziehungsweise Pflegebedürftigen und Angehörigen regelmäßig ausgehändigt wird. Einige Pflegeanbieter haben bereits mindestens ein Projekt zur Umsetzung der Pflege-Charta durchgeführt (32 Prozent) oder die kostenlos im Internet zur Verfügung stehenden Arbeits- und Schulungsmaterialien genutzt (26 Prozent). 14 Prozent arbeiten in anderer Weise mit der Pflege-Charta (Abbildung 3).

Nach Ansicht der befragten Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen und von Pflegediensten, denen die Pflege-Charta bekannt war beziehungsweise die mit dieser gearbeitet hatten, hat sie folgenden Nutzen: Die Mehrheit der Befragten (73 Prozent, kumuliert aus 40 Prozent „stimme voll zu“ und 33 Prozent „stimme eher zu“) war der Meinung, dass die Rechte Pflegebedürftiger aufgrund der Pflege-Charta besser eingefordert werden können. 70 Prozent (kumuliert aus 35 Prozent „stimme voll zu“ und 35 Prozent „stimme eher zu“) waren außerdem der Ansicht, dass durch die Pflege-Charta der Wissensstand über die Rechte von

Abbildung 2: „Die Pflege-Charta ist ein Rechkatalog für pflegebedürftige Menschen. Die Rechte sind in dem Dokument konkret auf den Alltag bezogen beschrieben. Ist Ihnen das bekannt?“

n = 589 (Befragte, die von der Pflege-Charta gehört hatten); Angaben in Prozent.

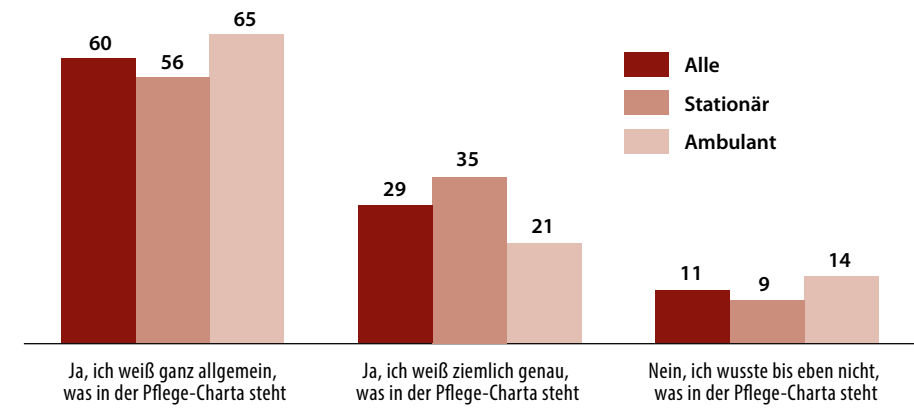


Abbildung 3: „In welcher Weise arbeitet Ihre Einrichtung/Ihr Dienst mit der Pflege-Charta?“
n = 238 (Befragte in Einrichtungen und bei Diensten, die mit der Pflege-Charta arbeiten); Angaben in Prozent.

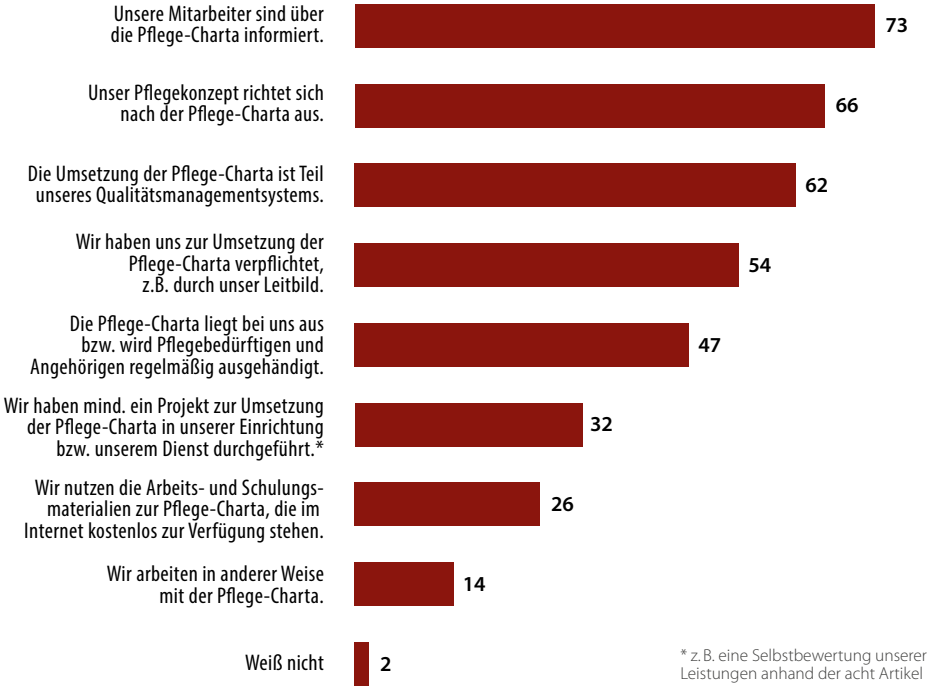
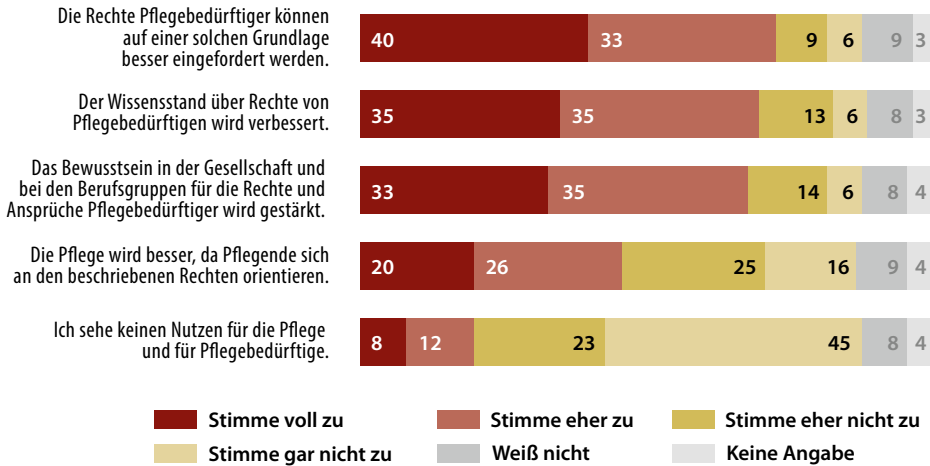


Abbildung 4: „Welchen Nutzen hat die Pflege-Charta Ihrer Einschätzung nach?“
n = 589 (Befragte, die von der Pflege-Charta gehört hatten); Angaben in Prozent.

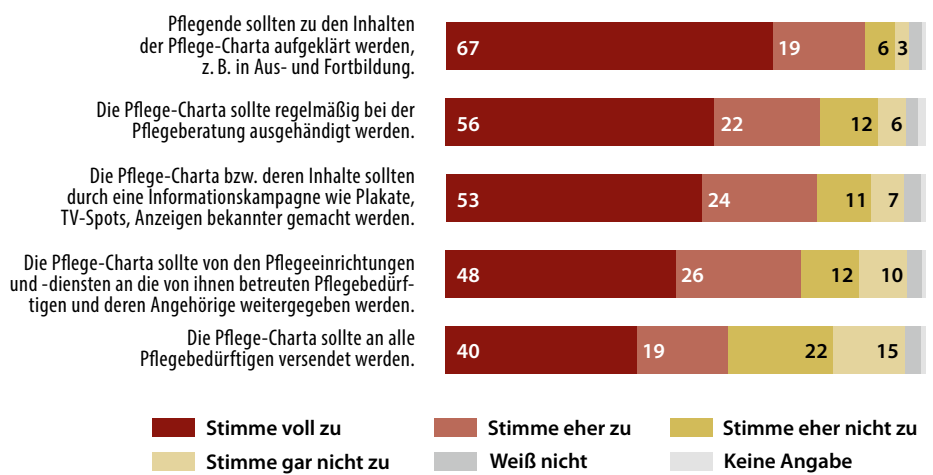


Pflegebedürftigen verbessert wird. 19 Prozent der Beschäftigten (kumuliert) stimmten dieser Ansicht nicht oder gar nicht zu. Dass in der Gesellschaft und bei den Berufsgruppen das Bewusstsein für die Rechte und Ansprüche Pflegebedürftiger gestärkt wird, bejahten insgesamt 68 Prozent. Und fast die Hälfte der Befragten (46 Prozent) gab an, dass die Pflege besser wird, weil Pflegende sich an den beschriebenen Rechten orientieren. Allerdings stimmten 41 Prozent dieser Aussage eher nicht oder gar nicht zu. 20 Prozent sahen in der Pflege-Charta keinen Nutzen für Pflegebedürftige (kumuliert aus acht Prozent „stimme voll zu“ und zwölf Prozent „stimme eher zu“) (Abbildung 4).

Um die Pflege-Charta und damit auch die Rechte Pflegebedürftiger bekannter zu machen, sollten Pflegende nach Ansicht der meisten Befragten, die die Pflege-Charta kannten, über die Inhalte der Pflege-Charta beispielsweise in der Aus- und Fortbildung

aufgeklärt werden (67 Prozent „stimme voll zu“ und 19 Prozent „stimme eher zu“). Viele waren außerdem der Ansicht, dass Pflegebedürftige und deren Angehörige über das Dokument informiert werden sollten: Die Meisten (56 Prozent „stimme voll zu“, 22 Prozent „stimme eher zu“) hielten es für sinnvoll, die Pflege-Charta regelmäßig bei der Pflegeberatung auszuhändigen. 18 Prozent lehnten dies eher (zwölf Prozent) oder ganz (sechs Prozent) ab. Außerdem sollten Pflegeanbieter die Pflege-Charta an die von ihnen betreuten Personen und deren Angehörige weitergeben. Diesem Vorschlag stimmten 48 Prozent voll und 26 Prozent eher zu. Für eine Informationskampagne mit Plakaten, TV-Spots und Anzeigen sprachen sich 53 Prozent voll und 24 Prozent eher aus. Vor allem Mitarbeiter ambulanter Dienste unterstützten dieses mögliche Vorgehen (60 Prozent gegenüber 48 Prozent bei stationären Einrichtungen). Sie konnten auch der Idee, die Pflege-Charta an Pflegebedürftige zu versenden, deutlich

Abbildung 5: „Was sollte Ihrer Ansicht nach getan werden, damit die Pflege-Charta und somit auch die Rechte Pflegebedürftiger bekannter werden?“
n = 589 (Befragte, die von der Pflege-Charta gehört hatten); Angaben in Prozent.



mehr abgewinnen als die Beschäftigten stationärer Einrichtungen (46 vs. 35 Prozent „stimme voll zu“). Insgesamt befürworteten diesen Vorschlag 59 Prozent (kumuliert aus 40 Prozent „stimme voll zu“ und 19 Prozent „stimme eher zu“). 37 Prozent lehnten dies eher (22 Prozent) oder voll (15 Prozent) ab (Abbildung 5).

Zusammenfassung

In dieser Analyse werden die Entwicklung der Pflegequalität und der Rechte pflegebedürftiger Menschen sowie die Funktion der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Pflege-Charta) beleuchtet. Hierfür wurden Mitarbeiter von bundesweit 1.008 Pflegediensten und -einrichtungen telefonisch nach ihren Einschätzungen und Erfahrungen befragt, davon 502 aus stationären Einrichtungen und 506 von ambulanten Diensten.

Nach Ansicht der Mehrheit der Befragten (60 Prozent) ist die Pflegequalität in Deutschland in den letzten Jahren viel (23 Prozent) oder zumindest etwas (37 Prozent) besser geworden. 84 Prozent waren auch der Ansicht, dass die Rechte Pflegebedürftiger in den letzten Jahren spürbar gestärkt wurden.

Ebenfalls meinte eine deutliche Mehrheit (81 Prozent), dass die Menschen heute besser über ihre Rechte und Ansprüche in Bezug auf die Pflege informiert sind als vor zehn Jahren. Viele (71 Prozent) – insbesondere Mitarbeiter stationärer Einrichtungen – berichteten von Erlebnissen, bei denen Pflegebedürftige ihre Rechte einforderten. Hatten sich andere für die Rechte Pflegebedürftiger eingesetzt, so waren es ihrer Erfahrung nach meist Angehörige (65 Prozent), seltener professionell Pflegendе oder Berufsbetreuer (je zehn Prozent).

34 Prozent berichteten auch von Situationen, in denen Rechte pflegebedürftiger Menschen nicht beachtet worden waren, zum Beispiel dass über den Willen des Pflegebedürftigen hinweg gehandelt oder der Pflegebedürftige respektlos angesprochen wurde (58 beziehungsweise 36 Prozent derjenigen, die solche Situationen schon erlebt hatten). Die Befragten berichten außerdem von unterschiedlich großen Schwierigkeiten bei der Umsetzung der in der Pflege-Charta genannten Rechte. Insgesamt zeigt sich jedoch ein eher positives Bild: Die Umsetzung wurde tendenziell eher für weniger schwierig gehalten.

Als Gründe dafür, dass Rechte Pflegebedürftiger missachtet werden, wurden am häufigsten Rahmenbedingungen wie unzureichende finanzielle Mittel (38 Prozent) sowie fehlendes qualifiziertes Personal angegeben (28 Prozent). Selten wurde gesagt, dass Prozesse, Strukturen oder die Umformsformen in der jeweiligen Organisation Ursache dessen sind (insgesamt 9 Prozent).

Den Nutzen der Pflege-Charta sahen viele Befragte darin, den Wissensstand über Rechte Pflegebedürftiger zu verbessern (70 Prozent derer, die die Charta kannten). Dass in der Gesellschaft und bei den Berufsgruppen das Bewusstsein für die Rechte und Ansprüche Pflegebedürftiger gestärkt wird, bejahten insgesamt 68 Prozent. Zudem war die Hälfte (46 Prozent) der Meinung, dass Pflegendе sich an den beschriebenen Rechten orientieren könnten und die Pflege dadurch besser werde.

24 Prozent der Studienteilnehmer gaben an, in ihrer Einrichtung beziehungsweise bei ihrem Dienst würde in irgendeiner Weise mit der Pflege-Charta gearbeitet werden, zum Beispiel im Rahmen des Qualitätsmanage-

ments (62 Prozent derjenigen, die mit der Pflege-Charta arbeiten). Einige Pflegeanbieter hatten bereits mindestens ein Projekt zur Umsetzung der Pflege-Charta durchgeführt (32 Prozent) oder die kostenlos im Internet zur Verfügung stehenden Arbeits- und Schulungsmaterialien genutzt (26 Prozent).

Um die Rechte Pflegebedürftiger zu stärken beziehungsweise auch die Pflege-Charta bekannter zu machen, sollten Pflegende nach Ansicht der meisten Befragten darüber aufgeklärt werden, zum Beispiel in der Aus-

und Fortbildung (67 Prozent derjenigen, die die Pflege-Charta kannten, stimmten voll und 19 Prozent eher zu). Pflegebedürftige und deren Angehörige sollten außerdem die Pflege-Charta in der Beratung (78 Prozent), durch den betreuenden Pflegeanbieter (74 Prozent) oder per Post (59 Prozent) erhalten. Viele waren auch der Ansicht, dass breite, öffentliche Informationskampagnen sinnvoll wären, um die Pflege-Charta und somit auch die Rechte Pflegebedürftiger bekannter zu machen (77 Prozent).

Zu den Autoren

Daniela Vähjunker ist Geisteswissenschaftlerin und Projektleiterin im Zentrum für Qualität in der Pflege.

Daniela Sulmann ist Dipl.-Pflegerin und examinierte Krankenschwester. Sie ist Bereichsleiterin im ZQP.





„Seitdem Pflegebedürftige als Verbraucher gesehen werden, hat sich das Tempo der Rechteentwicklung beschleunigt“

Interview mit Katrin Markus, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO)

Worin unterscheidet sich die Position eines Pflegebedürftigen im Jahr 2000 von der 2017 in Bezug auf seine Rechte?

Insgesamt wurden die Rechte von Verbrauchern gegenüber Staat und Gesellschaft in den letzten 17 Jahren gestärkt. 2000 galt noch die allgemeine Rechtsordnung: Im Heimgesetz des Bundes gab es Mindestvoraussetzungen für Verträge mit dem Einrichtungsträger. Die Heimaufsicht hatte den gesetzlichen Auftrag, Strukturqualität zu prüfen. Aus der Einhaltung struktureller Normen wurde auf die Beachtung der Bewohnerinteressen geschlossen. Was die sozialen Rechte angeht, beanspruchten Pflegekassen und Einrichtungsträger, neben der Heimaufsicht Sachwalter der Pflegebedürftigen zu sein.

Die heutige Position von Pflegebedürftigen wurde nicht unwesentlich durch die Pflege-Charta beeinflusst. Im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz, das am 1. Oktober 2009 in Kraft trat, wurden Pflegebedürftige erstmals als Verbraucher benannt. Die Heimgesetze der Länder verfolgen das Ziel, die Rechte der Bewohner zu stärken und Teilhabe zu fördern.

Auch bei den zahlreichen Änderungen des SGB XI, insbesondere durch das Pflege-Neu-

ausrichtungsgesetz 2013 und die Pflegestärkungsgesetze wurden Pflegebedürftige über ihre Interessenvertretungen mit eigenen Rechten ausgestattet, insbesondere mit Informations-, Beteiligungs- und Nutzungsrechten.

Seit Pflegebedürftige als Verbraucher gesehen werden, hat sich das Tempo der Rechteentwicklung und die Verbesserung ihrer Lebenssituation beschleunigt.

In welchen Bereichen wurden die Rechte Pflegebedürftiger in den letzten Jahren gestärkt?

Alle Rechtsnormen, die sich an die Bürger richten beziehungsweise deren Rechte stärken, beziehen auch die Pflegebedürftigen ein. Da sie von Pflegeleistungen abhängig sind, haben sie einen besonderen Schutzbedarf. Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz legt Mindestanforderungen für die zivilrechtliche Vertragsgestaltung fest.

Die Position von Pflegebedürftigen wurde nicht unwesentlich durch die Pflege-Charta beeinflusst.

Die Landesheimgesetze liefern im öffentlich-rechtlichen Bereich Vorgaben für die staatliche Heimaufsicht, um strukturelle Mindeststandards im stationären Bereich sicherzustellen und die Mitwirkung über den Bewohnerbeirat zu fördern.

Im sozialrechtlichen Bereich normieren vor allem die Pflegeversicherung und die Sozialhilfe die Ansprüche in Bezug auf die Pflege nach Art, Inhalt, Umfang, Qualität und Preis. An deren Aushandlung sind nunmehr auch Pflegebedürftige über ihre Interessenverbände beteiligt – wenn derzeit auch nur mit Anhörungs- und nicht mit Stimmrechten.

Welche Initiativen, Maßnahmen oder Gesetze haben zur Stärkung der Rechte beigetragen?

Das Verständnis von Verbraucherrechten hat sich verändert. Die Diskussion über Missstände in der Pflege, Inklusion und europäische Verbraucherrechte hat den Blick auf die Rechte Hilfebedürftiger gelenkt. Die Politik ist nicht zuletzt wegen des demografischen Wandels zum Handeln gezwungen worden.

Bürgerbewegungen und die Digitalisierung der Kommunikation haben dazu beigetragen, dass das „Nicht-über-und-ohne-uns“ in Politik und Gesetzgebung eingedrungen ist.

Selbsthilfeorganisationen und Interessenverbände fordern Mitwirkung, wenn Verbraucherrechte tangiert werden. Erste Erfolge zeigen sich in den Länder-Heimgesetzen und den Mitwirkungsverordnungen sowie im Pflegeversicherungsrecht (§ 118 SGB XI). Nach dem Recht auf Anhörung wird künftig Mitbestimmung der nächste Schritt in der gesetzgeberischen Umsetzung sein.

Mit der Pflege-Charta hat dieser Prozess vor etwa zehn Jahren einen kräftigen Schub bekommen. Sie ist der Nährboden, auf dem die Initiativen, Maßnahmen und Gesetze zu Transparenz, Information, Beteiligung und

Teilhabe gedeihen konnten. Auch heute noch hat sie die Aufgabe, die Emanzipation der Pflegebedürftigen zu befördern.

Woran ist im Alltag zu bemerken, dass die Position Pflegebedürftiger gestärkt worden ist?

Jeder Pflegebedürftige ist bei stationärer Betreuung umfassend darüber zu informieren, welche Rechte und Pflichten der Vertrag beinhaltet. Leichtere Widerrufsrechte und Kündigungsrechte sollen es Pflegebedürftigen ermöglichen, Rechtsbeziehungen kurzfristig beenden zu können, aber umgekehrt Rechtsgarantien zum Beispiel für ein lebenslanges Wohnrecht festschreiben.

Ergänzend wurden die Ansprüche auf Pflegeberatung normiert. Hier gibt es noch Nachbesserungsbedarf, um die Unabhängigkeit der Pflegeberatung sicherzustellen. Die Beratung durch die Pflegekassen, Sozialhilfeträger oder Leistungsanbieter kann naturgemäß nicht unabhängig sein.

Die schrittweisen Reformen der Pflegeversicherung, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der Anspruch auf Pflegeberatung, die Entlastungsleistungen sowie die Finanzierungshilfen für Wohnraumanpassung und Hilfsmittel tragen zu quantitativen und qualitativen Verbesserungen bei. Dies ist begrüßenswert, allerdings müssen weitere Schritte folgen.

Zwar gibt es bessere Beschwerderechte und spezifische Beschwerdestellen. Da Pflegebedürftige in der Regel nicht mehr konfliktfähig oder konfliktbereit sind, besteht auch hier noch erheblicher Verbesserungsbedarf. Es

Das Verständnis von Verbraucherrechten hat sich verändert.

müssen andere Formen der Rechtsgarantien greifen. In diese Richtung zielen auch die erweiterten Überwachungs- und Beratungsrechte von Aufsichtsbehörden und MDK, wenn in Pflegesettings bedingt durch Abhängigkeiten die Gefahr von Nachteilen besteht.

Was ist aus Ihrer Sicht dringend noch zu tun, um die Lebenssituation von Pflegebedürftigen zu verbessern?

Das betrifft zum Beispiel Gefahren von Diskriminierung, Vernachlässigung und Gewalt in der Gesundheitsversorgung. In ländlichen Gebieten fehlt es teils an der erforderlichen Infrastruktur, um Hilfen und Entlastungen gewährleisten zu können. Das Abrechnungssystem der Ärzte bietet keinen wirtschaftlichen Anreiz für die Versorgung älterer, multimorbider Menschen. Rechte nützen nichts, wenn die Rahmenbedingungen einer Erfüllung entgegenstehen.

Die Überlastung der Pflegenden ist oftmals Ursache für Vernachlässigung und Gewalt gegen Pflegebedürftige. In der häuslichen

Pflege sind mangelndes Wissen über und fehlende Möglichkeiten zur Entlastung, Unterstützung und Beratung in Krisensituationen die stärksten Risikofaktoren. Solange sich die Ursachen nicht ändern, ist der Kampf gegen die Symptome vergeblich.

Gesellschaft und Gesetzgeber haben auszuhandeln, was ihnen die Verbesserung der Lebenssituation Pflegebedürftiger wert ist.

Wie schätzen Sie das Wissen und den Informationsbedarf Pflegebedürftiger über ihre Rechte ein?

Pflegebedürftige sind in der Regel mental und körperlich nicht in der Lage, sich Informationen zu beschaffen und ihre Rechte einzufordern. Auch die Angehörigen sind in dem Dickicht der gesetzlichen Regelungen meist überfordert.

Zwar gibt es viele Ratgeber, doch sie allein helfen nicht. Hier wird die Bedeutung einer unabhängigen Pflegeberatung deutlich, die individualisierte und umfassende Informationen bereitstellt. Sie darf nicht erst auf Anforderung fernab vom Wohnumfeld oder am Telefon erfolgen, sondern muss zugehend angeboten und kontinuierlich weitergeführt werden. Unsere holländischen Nachbarn praktizieren es als „Küchentischgespräch“ beim Pflegebedürftigen zu Hause, um einen passgenauen Versorgungsplan aufzustellen, der alle Lebensbereiche einbezieht.

Es ist Aufgabe der Gesellschaft, die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen – organisatorisch, personell, finanziell.

Es ist Aufgabe der Gesellschaft, die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen – organisatorisch, personell, finanziell.

Aus Ihrer Erfahrung: Setzen Pflegebedürftige ihre Rechte auch durch?

Wer abhängig von Hilfe ist, ist bereit, Kompromisse einzugehen. „Man muss zufrieden sein mit dem, was man bekommt“, wird oft auf Fragen nach der Gewährung von Rechten geantwortet. Die meisten Pflegebedürftigen haben weder Willen noch Kraft, ihre Rechte durchzusetzen – oder gar den Rechtsweg zu beschreiten. Auch die Angehörigen sind

erfahrungsgemäß eher zurückhaltend als fordernd. Ablehnungsbescheiden wird selten widersprochen, Gerichtsverfahren zur Durchsetzung von Rechtsansprüchen werden noch seltener angestrengt.

Rechtsmittel und Gerichtsverfahren betreffen einklagbare Rechte. Viele

Rechte in der Pflege-Charta sind allerdings nicht einklagbar, sondern betreffen eine Haltung, die auf Respekt und Achtung der Würde ausgerichtet ist. Sie einzufordern, verlangt in Pflegesituationen kaum zu erwartenden Mut und ein Gegenüber, das auf der Sachebene zuhört und entsprechend reagiert.

Viele Rechte in der Pflege-Charta betreffen eine Haltung, die auf Respekt und Achtung der Würde ausgerichtet ist.

Es gilt, die Umsetzung der Pflege-Charta weiterhin einzufordern und unterstützend zu begleiten.

Was sollte man tun, wenn ein Pflegebedürftiger nicht so versorgt scheint, wie es sein sollte?

Für die Überwachung der Einrichtungen und Dienste sind die auf Landesebene angesiedelten Aufsichtsbehörden (Heimaufsichten) und die Pflegekassen beziehungsweise Pflegeversicherungen und deren Prüfdienste (MDK und QPP) zuständig. Die Heimaufsichten haben das Augenmerk auf die Strukturqualität, die Pflegekassen beziehungsweise -versicherungen auf die Pflegequalität zu richten. Sie verfügen auch über Sanktionsmittel.

Ob man sogleich diese Stellen informiert, wird sicherlich davon abhängen, welcher Mangel vorliegt. Oftmals hilft ein Gespräch mit den Verantwortlichen der Einrichtungen und

Dienste, in dem man – eventuell gemeinsam – nach einer Lösung sucht. Werden pflegefachliche Standards unterlaufen, sind Fachleute hinzuzuziehen. Angehörige und Freunde sollten dabei zum Sachwalter der Pflegebedürftigen werden und auf Unterstützung durch Fachverbände und örtliche Beratungsstellen zurückgreifen.

Allgemein gesagt: Man muss hinschauen und Klartext reden. Morgen kann man selbst betroffen sein. Die Tatsache, dass die Pflege-Charta inzwischen von allen namhaften Entscheidungsträgern als Richtschnur und Verhaltenskodex anerkannt wurde, zeigt die Richtigkeit des eingeschlagenen Wegs. Es gilt, die Umsetzung weiterhin einzufordern und unterstützend zu begleiten.

Was tut man am besten, wenn das Problem nicht behoben wird?

Dann sind wie gesagt die zuständigen Aufsichtsstellen oder Pflegekassen einzuschalten. Wenn dies nicht zum Ziel führt oder das Verhältnis zum Anbieter nachhaltig belastet ist, besteht die Möglichkeit, den Vertrag zu kündigen. Allerdings kann den Anbieter nur wechseln, wenn Alternativen zur Verfügung stehen, also zum Beispiel gerade ein Platz in einer anderen Einrichtung frei ist.

Wer hilft, wenn rechtliche Schritte notwendig sind, um seine Rechte durchzusetzen?

Geht es in der stationären Pflege etwa um Mängel beim Wohnen oder Essen, die trotz

Beschwerde nicht behoben wurden, können Ansprüche auf Gewährleistung oder Schadensersatz geltend gemacht und das Heimentgelt entsprechend gemindert werden. Dies ist allerdings nicht so einfach, wenn die Kosten für Unterkunft und Verpflegung vom Sozialhilfeträger übernommen werden. Wenn es sich um Mängel in der pflegerischen Versorgung handelt, muss die Pflegekasse für die Behebung der Defizite sorgen.

Durch das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz besteht die Möglichkeit, einen Streit zum Beispiel mit einem Pflegeanbieter außergerichtlich beizulegen. Betroffene können sich dafür schriftlich an die Allgemeine Verbraucherschlichtungsstelle des Zentrums für Schlichtung e.V. wenden. Ob dies von Pflegebedürftigen angenommen wird, bleibt abzuwarten. Eine spezielle Schlichtungsstelle für Wohn- und Betreuungsverträge gibt es derzeit nicht. Unabhängig davon kann man sich auch rechtlichen Beistand holen.

Im Gespräch

Katrin Markus ist Rechtsanwältin und im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO). Bis 2013 war sie Geschäftsführerin der Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA), die sie mitgegründet hat.



„Die Pflege-Charta stärkt die professionelle Pflege – sie erinnert an den Auftrag, den Pflegenden haben“

Interview mit Franz Wagner, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

Welche maßgeblichen Entwicklungen hat es in den letzten zehn Jahren in der professionellen Pflege mit Blick auf die Rechte Pflegebedürftiger aus Ihrer Sicht gegeben?

Ich denke, die Sicht auf pflegebedürftige Menschen hat sich verändert. Trotz der oft schwierigen Bedingungen des Alltags ist der Umgang miteinander partnerschaftlicher geworden. Die Pflege-Charta ist selbstverständlicher Bestandteil von Aus-, Fort- und Weiterbildung.

In der Pflege-Charta sind grundlegende Rechte Pflegebedürftiger beschrieben – quasi ein Mindeststandard für die Pflege. Warum ist es wichtig, dass die Rechte festgeschrieben und verbreitet werden?

Pflegebedürftig zu sein, ist für Betroffene und Angehörige eine schwierige Situation. Es muss in gewisser Weise auch gelernt werden, damit umzugehen. Teil dieses Prozesses ist es, zu erfahren, was mir zusteht und was ich erwarten kann. Insofern ist die Pflege-Charta eine große Hilfe bei der Orientierung in einer neuen Lebensphase und Richtschnur im Umgang mit all den verschiedenen Partnern.

Welchen Nutzen hat die Pflege-Charta für professionell Pflegende?

Die Pflege-Charta schreibt Dinge fest, die einen hohen Deckungsgrad mit dem ethischen Selbstverständnis der Pflegefachpersonen haben. Sie stärkt die professionelle Pflege – und erinnert an den Auftrag, den Pflegenden haben.

Die Pflege-Charta ist selbstverständlicher Bestandteil von Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Laut einer bundesweiten Befragung des ZQP ist die Pflege-Charta in vielen Einrichtungen und Diensten immer noch nicht bekannt. Welche Maßnahmen könnten helfen, den Wissensstand

zu verbessern? Könnte auch der DBfK hier noch aktiver werden?

Vermutlich müsste ein neuer Anlauf genommen werden, um die Charta auch auf andere Weise, zum Beispiel über Social Media, zu verbreiten. Auch eine Ansprache über Cartoons könnte ich mir vorstellen. Gute Erfahrungen haben wir im DBfK mit Postern gemacht, die Sachthemen übersichtlich aufbereiten.

Die Pflege-Charta schreibt Dinge fest, die einen hohen Deckungsgrad mit dem ethischen Selbstverständnis von Pflegefachpersonen haben.

Immer wieder wird berichtet, dass es teilweise Schwierigkeiten gibt, die Pflege-Charta

in der Praxis umzusetzen, etwa individuell zu pflegen. Woran könnte das Ihrer Ansicht nach liegen?

Das hat ganz wesentlich mit Rahmenbedingungen zu tun, im Besonderen mit der Personalausstattung – also der Zeit pro Bewohner beziehungsweise Patient. Wenn Pflege unter enormem Zeitdruck geschieht oder die Zeit nicht reicht, ist es nur schwer möglich, den fachlichen

Anspruch aufrechtzuerhalten. Manchmal mag es vor diesem Hintergrund auch eine Frage der Haltung sein. Die chronische Überlastung führt zum Coolout.

Wo sehen Sie derzeit die wichtigsten Stellschrauben, um die Qualität der Pflege weiter zu verbessern? Was sollte konkret getan werden?

Wir müssen dringend die Arbeitsbedingungen der Pflegenden verbessern. Dazu braucht es mehr und besser qualifiziertes Personal. Leistungsangebote müssen flexibler gestaltbar werden, sodass die Betroffenen mehr Wahlmöglichkeiten haben. Die Professionalität der Pflegenden muss wieder einen größeren Freiraum erhalten. Zudem müssen wir die Kultur des Misstrauens in eine Kultur der Qualität umwandeln.

Inwiefern hat auch die Ausbildung Pflegenden Einfluss auf die Umsetzung von Rechten pflegebedürftiger Menschen?

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist höchst anspruchsvoll. Dazu

braucht es hohe Kompetenz, die ich nur über eine gute Ausbildung erreichen kann. Statt Qualifizierungsoffensiven, die vor allem auf

die Zahl der Köpfe zielen, benötigen wir eine Exzellenzinitiative in der Pflege. Dazu gehört auch, dass wir in der Altenpflege akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der direkten Versorgung brauchen. Mit der generalistischen

Ausbildung sind wir dem auch einen Schritt nähergekommen. Es müssen aber noch etliche weitere Schritte folgen.

Was können professionell Pflegende tun, um Pflegebedürftige bei der Durchsetzung ihrer Rechte zu unterstützen?

Informieren, informieren, informieren. Informationen zur Pflege-Charta gehören in jedes Begrüßungspaket und sollten in den Einrichtungen ausliegen. Ähnlich wie am Flughafen die Fluggastrechte.

Wie sollten professionell Pflegende reagieren, wenn sie beobachten, dass Rechte Pflegebedürftiger zum Beispiel durch Kollegen verletzt werden?

Sie sollten immer zuerst das Gespräch mit dem jeweiligen Kollegen suchen. Darüber reden, warum er sich so verhält. Ist es ihm überhaupt bewusst? Und dann beraten, wie es besser hätte laufen können. Wenn das nicht zum Erfolg führt, ist der Vorgesetzte einzuschalten.

Informationen zur Pflege-Charta gehören in jedes Begrüßungspaket und sollten in den Einrichtungen ausliegen.

Um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, braucht es mehr und besser qualifiziertes Personal.

Und was raten Sie professionell Pflegenden, die sich aufgrund problematischer Beobachtungen in der Pflege an Vorgesetzte, zum Beispiel die Pflegedienstleitung wenden, aber keine wirksame Reaktion feststellen?

Die weiteren Anlaufstellen sind bekannt, also zum Beispiel die Heimaufsicht. Leider werden Whistleblower in Deutsch-

land nicht ausreichend geschützt. Ich hoffe trotzdem, dass die Pflegenden im Fall von gravierenden Verstößen den Mut finden,

dagegen anzutreten. Ich finde, das sind sie den Pflegebedürftigen, sich selbst, aber auch ihrer Profession schuldig. Rat finden die Kollegen in so einem Fall auch bei ihrem Berufsverband.

Pflegende sollten im Fall von gravierenden Verstößen den Mut finden, dagegen anzutreten.

Im Gespräch

Franz Wagner ist Präsident des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) und Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. (DBfK).



„Das Dienstleistungsverständnis der Pflegeanbieter hat sich weiterentwickelt“

Interview mit Nora Roßner, Deutscher Caritasverband e. V.

In den letzten zehn Jahren entstanden Initiativen und wurden Gesetze geschaffen, die zur Stärkung der Rechte Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen beitragen sollen. Welche Fortschritte sind dabei aus Ihrer Sicht am wichtigsten?

Die wichtigsten Verbesserungen haben sich sicher durch die dreistufige Pflegereform ergeben, insbesondere das Erste und Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG I und PSG II).

Bereits mit dem PSG I wurden die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen flexibilisiert und ausgeweitet, auch für Menschen mit Demenz. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im PSG II und das neue Begutachtungsinstrument hat sich 2017 für alle Pflegebedürftigen der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung verbessert – egal ob sie psychische, geistige oder körperliche Beeinträchtigungen haben. Zudem wurde der Anspruch auf Beratung für Pflegebedürftige und Angehörige deutlich erweitert.

Die Initiativen und Gesetze zielten auch auf die Verbesserung der Pflegequalität ab. Wie sehen Sie das: Welche spürbaren Verbesserungen für Pflegebedürftige gibt es hierbei?

Das PSG II enthält Regelungen wie in § 113 SGB XI, die direkt auf eine Verbesserung der Pflegequalität gerichtet sind. Vor allem wurden auch die gesetzlichen Grundlagen dafür

geschaffen, Pflege deutlich personenzentrierter und bedarfsgerechter zu gestalten und Leistungen anzubieten, die sowohl Menschen mit körperlichen als auch mit kognitiven Einschränkungen gerecht werden. Eine große Herausforderung für die Pflege besteht nun darin, dies in der Praxis umzusetzen.

Die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) und Heimaufsichten prüfen, ob die verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitäts-

entwicklung und Qualitätssicherung realisiert werden. Zwar ist dies immer noch in erster Linie auf Strukturen und Prozesse der Anbieter ausgerichtet und nicht auf die Ergebnisse der

Pflege. Dennoch konnte dadurch zumindest erreicht werden, dass bestimmte Qualitätsstandards inzwischen (fast) überall eingehalten werden.

Auch die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) können unmittelbar zu einer Verbesserung der Pflegepraxis beitragen.

Inwiefern haben sich auch das Selbstverständnis und die Anforderungen an die Leistungen von Einrichtungen und Diensten in den letzten Jahren verändert?

Das Dienstleistungsverständnis der Pflegeanbieter hat sich weiterentwickelt. Ihre Angebote sind deutlich bedürfnisorientierter

Eine große Herausforderung für die Pflege besteht darin, die Pflegereform in der Praxis umzusetzen.

und flexibler: Es gibt zum Beispiel spezielle Wohnbereiche für Menschen mit Demenz oder ambulant betreute Wohngemeinschaften. Hinzu kommt das Bemühen, stationäre Einrichtungen nach außen und innen zu öffnen und stärker mit örtlichen Strukturen wie Vereinen oder Kirchgemeinden zu vernetzen.

Auch der Konkurrenzdruck führt dazu, dass flexiblere und vielfältigere Leistungen angeboten werden. Dadurch ist vor allem in städtischen Regionen eine breite Auswahl entstanden. In anderen, dünner besiedelten Gegenden bleiben meist nur wenige Anbieter – oft von der Caritas oder der Diakonie –, da das Geschäft hier meist unrentabel oder gar defizitär ist.

Aus meiner Sicht ist die Pflege insgesamt in den letzten Jahren professioneller geworden. Dies zeigt sich etwa in der Umsetzung (pflege)wissenschaftlicher Erkenntnisse wie der Expertenstandards. Im ambulanten Bereich hat zudem die Beratung einen sehr hohen Stellenwert bekommen.

In der Pflege-Charta sind konkrete Rechte und Qualitätsansprüche von Pflegebedürftigen formuliert. Für die Umsetzung sind auch Dienste und Einrichtungen verantwortlich. Wie sorgen sie dafür?

Soweit die Rechte und Qualitätsansprüche auch an anderer Stelle formuliert sind, wie etwa im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) oder in den Qualitätsprüfungsrichtlinien, werden sie in der Regel verwirklicht. Dabei handelt es sich jedoch nur um ausgewählte Aspekte der Pflege-Charta.

Einige Pflegeanbieter nehmen Teile der Charta in ihr Leitbild und ihr Qualitätsmanagement auf. Viele Anforderungen werden bereits völlig selbstverständlich umgesetzt, ohne dass den Einrichtungen und Diensten dabei immer bewusst ist, dass sie explizit in der Pflege-Charta formuliert sind, wie Beschwerdemanagement, Angehörigenarbeit oder das Recht auf freie Gestaltung des privaten Wohnbereichs in der Einrichtung.

Dennoch sind die Pflege-Charta und vor allem die Konsequenzen der dort formulierten Rechte für die Pflegepraxis immer noch zu wenig bekannt.

Wo besteht in der Pflegepraxis noch Verbesserungsbedarf?

Pflegeanbieter müssten sich bewusst mit der Charta auseinandersetzen und reflektieren, wie sie umgesetzt wird und wo es immer wieder zu Einschränkungen kommt.

Die Pflege ist in den letzten Jahren professioneller geworden.

Pflegebedürftige sind nicht in erster Linie Hilfeempfänger, sondern sie haben selbstverständlich eigene Vorstellungen

von der Alltagsgestaltung. Bisher aber wird der Alltag vor allem in stationären Einrichtungen oft noch zu sehr von den dortigen Strukturen und nicht vom Lebensrhythmus der Bewohner bestimmt. Auch bei der Personalplanung ist noch viel zu tun. Vor allem in der stationären Pflege gibt es zu wenig Personal, um den Bedürfnissen der Bewohner wirklich gerecht werden zu können.

Pflegekräfte müssen es als ihre Aufgabe betrachten, Selbstbestimmung und Teilhabe zu fördern, zu unterstützen und zu erhalten. Pflegebedürftige haben das Recht, Leistun-

gen abzulehnen, selbst wenn sie dadurch Risiken eingehen. Im Sinne der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung sollten sie aktiv dabei unterstützt werden, ihre Wünsche zu äußern und verwirklichen zu können. Hierfür stellt die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine wesentliche Grundlage dar. Es ist auch sinnvoll, sich mit dem Sozialraum zu vernetzen und dessen Ressourcen zu erschließen, um einer Isolation der Bewohner entgegenzuwirken.

Die Rechte von Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die ihre Bedürfnisse nicht oder nur schwer äußern können, sollten besonders geschützt werden. Grundlegend sind ethische Fallbesprechungen und eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen.

Woran könnte es aus Ihrer Sicht liegen, wenn Rechte Pflegebedürftiger nicht beachtet werden?

In der Pflege besteht oft ein Spannungsverhältnis zwischen Schutz und Autonomie. Pflegebedürftige sind aufgrund ihres Hilfebedarfs abhängig von den Pflegenden. Bereits daraus kann ein Verlust an Selbstbestimmtheit resultieren: Pflegenden entscheiden häufig darüber, was wie getan werden soll – zwar mit der Absicht, gut zu pflegen, aber meist ohne den Pflegebedürftigen ausreichend einzubinden.

Eine wesentliche Ursache liegt in den Rahmenbedingungen. Hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck werden immer dazu führen, dass die Rechte Pflegebedürftiger nicht ausreichend

beachtet werden. Menschen mit Demenz haben zum Beispiel häufig einen anderen Rhythmus und können sich nur schwer auf eine Tätigkeit konzentrieren. Jeder Versuch, hier zu beschleunigen, indem einfach „versorgungorientiert“ gepflegt wird oder Tätigkeiten übernommen werden, schränkt deren Rechte ein. Andererseits wirken sich Zeitverzögerungen auf andere Pflegebedürftige aus, die ebenfalls ein Recht auf die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse haben – ein Dilemma für die Pflegekräfte.

Was sollten Einrichtungsleitungen hier vorbeugend tun?

Bereits bei der Organisation und der Personalplanung sollte daran gedacht werden, die täglichen Abläufe den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen anzupassen. Das heißt auch, dass es entsprechende Arbeitsbedingungen geben muss beziehungsweise geeignete

Strukturen und Ressourcen zur Verfügung stehen müssen, die eine personenzentrierte Pflege ermöglichen.

Eine Missachtung der Rechte pflegebedürftiger Menschen entsteht in der Praxis oft aus

einer Situation der Überforderung heraus. Um dem vorzubeugen, sollte es einen offenen Umgang mit Fehlern und Unterstützung beim Umgang mit herausforderndem Verhalten geben.

In der Pflege besteht oft ein Spannungsverhältnis zwischen Schutz und Autonomie.

Missachtung der Rechte entsteht oft aus einer Situation der Überforderung heraus.

Alle Mitarbeiter sollten im Rahmen von Fortbildungen oder bei Teambesprechungen für die Rechte Pflegebedürftiger sensibilisiert werden, auch die aus den Berei-

chen Hauswirtschaft und Verwaltung sowie Ehrenamtliche.

Wie können Pflegeanbieter Pflegebedürftige bei der Durchsetzung ihrer Rechte unterstützen?

Pflegebedürftige und Angehörige müssen zunächst einmal über ihre Rechte aufgeklärt werden. Denn nur wer sie kennt, kann sie einfordern.

Pflegeanbieter sollten sich auch mit Wünschen und besonderen Anforderungen auseinandersetzen. Gerade im stationären Bereich müssen Wege gefunden werden, um die Interessen stark pflegebedürftiger oder demenziell erkrankter Bewohner angemessen zu berücksichtigen.

Zudem müssen niedrigschwellige unabhängige Beschwerdemöglichkeiten besser ausgebaut und bekannt gemacht werden. Durch eine Neuregelung im Medizinproduktegesetz wird etwa gefordert, dass Gesundheitseinrichtungen auf ihrer Webseite eine Funktions-E-Mail für den Kontakt zum Medizinproduktebeauftragten hinterlegen. Vergleichbares wäre aus meiner Sicht für das Beschwerdemanagement der Pflegeanbieter sinnvoll.

Kann die Verbreitung der Pflege-Charta Ihrer Ansicht nach zur Verbesserung der Pflege beitragen?

Werte wie Menschlichkeit, Fürsprache, Respekt, Selbstbestimmung, Individualität und Teilhabe, wie sie in der Pflege-Charta postuliert werden, sind grundlegend für

Nur wer seine Rechte kennt, kann sie einfordern.

eine würdevolle Pflege und damit auch Maßstab für eine Pflegequalität, die sich an den Rechten und Bedürfnissen Pflegebedürftiger bemisst. Deshalb kann die Verbreitung der Pflege-Charta sicher einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Pflege insgesamt leisten.

Wenn Pflegebedürftige und Angehörige nicht über ihre Rechte Bescheid wissen, führt das zu geringeren Erwartungen. Selbst massive Einschränkungen der Selbstbestimmung werden dann eventuell als unveränderbar hingenommen. Oder es besteht

aufgrund eines Abhängigkeitsverhältnisses Angst davor, sich zu beschweren, Wünsche zu äußern oder Bedürfnisse anzumelden.

Bei den Mitarbeitern kann die Auseinandersetzung mit der Pflege-Charta dazu beitragen, dass pflegerisches Handeln stärker auf Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und soziale Teilhabe gerichtet wird.

Wie können Dienste und Einrichtungen dazu beitragen, dass die Pflege-Charta noch mehr verbreitet und verankert wird?

Informationsmaterial reicht hier nicht aus. Mitarbeiter sollten vielmehr aktiv auf Pflegebedürftige und Angehörige zugehen, etwa bei Bewohnertreffen und Angehörigenabenden. Pflegeanbieter sollten sich ferner etwa

bei Gemeindeabenden oder Veranstaltungen auf kommunaler Ebene für die Verbreitung der Pflege-Charta und die Umsetzung der Rechte stark machen.

Pflegeanbieter sollten sich für die Verbreitung und Umsetzung der Pflege-Charta stark machen.

Auch Projekte mit Praktikanten und Auszubildenden wären denkbar. Gerade jüngere Menschen sind häufig noch sehr sensibel für die Rechte Pflegebedürftiger, sie werden weniger von der institutionellen Sicht beherrscht.

Welche Rahmenbedingungen sind vorrangig zu ändern, damit die Rechte Pflegebedürftiger noch besser umgesetzt werden?

An erster Stelle steht eine deutlich bessere Personalausstattung. Denn eine bedürfnisorientierte Pflege benötigt nicht nur gut qualifiziertes Personal – es muss auch über ausreichend Zeit verfügen. Eine engere Vernetzung mit dem nicht-beruflichen Sektor bietet die Möglichkeit, das Hilfesystem insgesamt mit mehr Ressourcen anzureichern, und die verschiedenen Akteure können sich gut ergänzen.

Auch die Wiederaufnahme von geförderten Einzelprojekten könnte sinnvoll sein, wie sie bis 2012 mit Unterstützung einer Geschäftsstelle der Pflege-Charta gegeben war. Wünschenswert wäre eine bundesweite Umsetzung – ergänzend (und unterstützend) zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Aber auch die nunmehr über zehn Jahre alte Charta selbst sollte weiterentwickelt werden. Da es mehr schwerstpflegebedürftige Menschen mit Demenz geben wird, muss überlegt werden, wie auch deren Rechte besser umgesetzt werden können. Gegebenenfalls könnte dabei eine Orientierung an der Charta der Kinderrechte (im Krankenhaus) sinnvoll sein. Es sollte überprüft werden, ob und inwieweit die dort verankerten Rechte generell auf die Pflege übertragbar sind.

Im Gespräch

Nora Roßner ist Referentin im Referat Alter, Pflege, Behinderung des Deutschen Caritasverbands e.V. und Vorsitzende des Fachausschusses Altenhilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW).



„Auch die externen Qualitätsprüfungen haben zur Stärkung der Rechte Pflegebedürftiger beigetragen“

Interview mit Jürgen Brüggemann, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Der MDS gibt alle drei Jahre einen Bericht über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen aller Einrichtungen und Dienste in Deutschland heraus. Zudem nehmen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) Beschwerden über Leistungen von Pflegediensten und Einrichtungen entgegen. Wie schätzen Sie vor diesem Hintergrund die Entwicklung der Pflegequalität in den letzten zehn Jahren ein?

Die Qualitätssituation sowohl in der ambulanten wie in der stationären Pflege hat sich laut 4. Pflege-Qualitätsbericht im Vergleich zum 3. Pflege-Qualitätsbericht in allen Kriterien weiter verbessert. Erfreulich ist, dass ein Anstieg auch bei den Kriterien eingetreten ist, bei denen dies bislang nicht festgestellt werden konnte. Verbesserungen betreffen die Vermeidung von Dekubitalgeschwüren, die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung sowie die regelmäßige Überprüfung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen.

Unser Qualitätsbericht zeigt, dass – ausgehend von personenbezogenen Ergebniskriterien – die große Mehrheit der Pflegebedürftigen angemessen versorgt ist. Nur eine Minderheit der Pflegebedürftigen weist nach Feststellun-

gen des MDK erhebliche Versorgungsdefizite auf und ist damit schlecht versorgt.

Auch gemessen an Prozesskriterien wird die Mehrheit der Pflegebedürftigen entsprechend den anerkannten Prozessstandards einer guten Pflege versorgt. Allerdings besteht hier Verbesserungsbedarf, und zwar vor allem beim Schmerz- und Medikamentenmanagement und in der Inkontinenzversorgung. Aber auch in den Bereichen, in denen sich wie bei der Ernährungssituation und den

Druckgeschwüren anerkannte Verbesserungen ergeben haben, erhalten nach unseren Feststellungen 10,7 Prozent beziehungsweise 24,4 Prozent der Heimbewohner noch immer nicht die benötigte

Unterstützung. Hierdurch entstehen Risiken, die zu einer akuten defizitären Versorgung führen können.

Insgesamt betrachtet ist die Qualitätsentwicklung der Pflege in Deutschland jedoch auf einem guten Weg. Hierzu haben die externen Qualitätsprüfungen der MDK und des PKV-Prüfdiensts einen wesentlichen Impuls geliefert.

Für Qualitätsprüfungen von Einrichtungen und Diensten durch den MDK gibt es fest-

Insgesamt betrachtet ist die Qualitätsentwicklung der Pflege in Deutschland auf einem guten Weg.

gelegte Prüfkriterien. Inwiefern wird dabei auch auf die Umsetzung der Pflege-Charta geachtet?

Die in der Pflege-Charta beschriebenen Rechte der Pflegebedürftigen werden zum Teil direkt und zum Teil indirekt bei den externen Qualitätsprüfungen berücksichtigt. Direkt beachtet wird zum Beispiel der Artikel 2, körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit.

Hierunter fällt unter anderem der Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. Wie bereits erwähnt, hat sich hier eine Verbesserung eingestellt. Auch der Artikel 4, Pflege, Betreuung und Behandlung, wird berücksichtigt, indem wir bei der Bewertung der entsprechenden Kriterien auch prüfen, ob die Pflege und Versorgung auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner zugeschnitten ist. Artikel 5, Information, Beratung und Aufklärung, wird insbesondere bei Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege bewertet. Hier stellen wir fest, dass die Pflegebedürftigen zu Risiken und gegebenenfalls erforderlichen Maßnahmen besser als in der Vergangenheit beraten und informiert werden.

Hingegen werden Aspekte, die eher Artikel 1, Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe, zuzuordnen sind, nicht gleichermaßen bei den Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdiensts berücksichtigt. Punkte wie die Regelung finanzieller, behördlicher oder

rechtsgeschäftlicher Angelegenheiten fallen eher in den Zuständigkeitsbereich der Heimaufsichten.

Welche Maßnahmen oder Faktoren haben Ihrer Ansicht nach in den letzten Jahren entscheidend zur Stärkung der Rechte Pflegebedürftiger und zur Verbesserung ihrer Position gegenüber Pflegeanbietern beigetragen?

Durch die Entwicklung der Charta sind die Rechte Pflegebedürftiger vermehrt in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung gerückt worden. Zudem sind die Prüfrechte ausgebaut worden. Auch die jährlichen externen Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste und in stationären Pflegeeinrichtungen haben zur Stärkung der Rechte Pflegebedürftiger beigetragen. Nicht zuletzt ist die aktuelle Reform der Pflegeversicherung mit Leistungsverbesserungen, der Erweiterung des Leistungsspektrums und der Verbesserung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein wesentlicher Meilenstein, der sich auch auf die Rechte Pflegebedürftiger Menschen positiv auswirken wird.

Welche Rolle spielen dabei die externen Qualitätssicherer wie der MDK?

Durch die jährlich stattfindenden Qualitätsprüfungen des MDK konnte ein wichtiger Impuls für die Qualitätsentwicklung in der Pflege gegeben werden. Dies gilt ungeachtet der Kritik an der bisherigen Art der Information für Pflegebedürftige über die Qualität

Die in der Pflege-Charta beschriebenen Inhalte werden teils direkt und teils indirekt bei den externen Qualitätsprüfungen berücksichtigt.

Die jährlichen externen Qualitätsprüfungen haben zur Stärkung der Rechte Pflegebedürftiger beigetragen.

(Transparenzberichte), die wir in wesentlichen Punkten teilen. Daher begrüßen wir ausdrücklich, dass derzeit mit wissenschaftlicher Unterstützung das System der internen Qualitätssicherung, der externen Qualitätsprüfungen und der Qualitätsdarstellung fortentwickelt wird. Diesen Prozess begleiten wir und bringen unsere langjährigen Prüfungserfahrungen mit ein.

Wie geht der MDK dagegen vor, wenn Rechte Pflegebedürftiger missachtet werden?

Wesentliches Element der Qualitätsprüfungen des MDK ist die Prüfung der Versorgungsqualität bei den Pflegebedürftigen. Der MDK weist in den Prüfberichten, die an die Landesverbände der Pflegekassen gehen, festgestellte Qualitätsdefizite aus. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen auf der Grundlage der Qualitätsprüfungen Bescheide gegenüber den Pflegeeinrichtungen, in denen diese verpflichtet werden, Qualitätsdefizite abzustellen. Kommen die Pflegeeinrichtungen diesen Auflagen nicht nach, können die Landesverbände der Pflegekassen diese sanktionieren, etwa durch die Kürzung der Vergütung oder im schlimmsten Fall auch die Kündigung des Versorgungsvertrags. Solche Fälle sind selten. Aber wenn die Qualität schlecht ist, werden die Pflegebedürftigen durch solche Maßnahmen vor schlechten Leistungserbringern geschützt. Wenn die Qualität sehr schlecht ist, können die Kassen den Versorgungsvertrag auch umgehend fristlos kündigen und gemeinsam mit den Heimaufsichten darauf hinwirken, dass die Pflegeeinrichtung geschlossen wird.

Die Pflege-Charta spielt für die Arbeit der Prüfer der MDK eine bedeutende Rolle.

Was meinen Sie – wie bekannt ist die Pflege-Charta bei den Mitarbeitern der MDK? Und wie ausgebildet ist bei ihnen das Bewusstsein für die Rechte Pflegebedürftiger?

Die Mitarbeiter der MDK kennen die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Dafür sorgt das Fortbildungs- und Schulungsprogramm, das der MDS für die MDK anbietet. Die Prüfer durchlaufen auch bei den MDK umfassende Schulungen und müssen

sowohl gesetzliche als auch fachliche und sonstige für die Qualitätsprüfung wichtigen Informationen kennen. Sie haben ein sehr ausgeprägtes Bewusstsein für die Rechte Pflegebedürftiger und ihnen ist unter anderem die Charta als Maßstab für die Bewertung von Prüfkriterien präsent. Sie spielt daher für die Arbeit der Prüfer der MDK eine bedeutende Rolle.

Welche Maßnahmen wären Ihrer Meinung nach geeignet, um die Pflege-Charta auf den unterschiedlichen Ebenen weiter bekannt zu machen und die Umsetzung voranzubringen?

Der Bekanntheitsgrad der Charta sollte erhöht werden. Zur besseren Nutzbarkeit wäre es hilfreich, eine Kurzfassung in leicht verständlicher Sprache für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bereitzustellen. Als Distributionsweg kommen nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch Beratungsstellen oder

Der Bekanntheitsgrad der Pflege-Charta sollte erhöht werden.

kommunale Altenhilfestellen in Betracht. Bei der Weiterentwicklung des Qualitätssicherungssystems in der Pflege wird die Charta

Beachtung finden; dies wird zu einer besseren Umsetzung der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen beitragen.

Wie kann die Pflege-Charta Pflegebedürftigen nützen?

Die Charta ist eine wesentliche Leitplanke, die den Bürgern helfen kann, ihre Rechte kennenzulernen und bei Bedarf auch durchzusetzen.

Viele Betroffene werden aber auf gute Begleitung und Beratung dabei angewiesen sein. Daher ist es sinnvoll und wichtig, dass die Pflegeversicherung eine umfassende Beratung der Pflegebedürftigen bereitstellt.

Im Gespräch

Jürgen Brüggemann ist Leiter des Teams Pflege des Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS).



Impulse

In dieser Rubrik werden nationale und internationale Initiativen vorgestellt, die sich den Rechten Pflegebedürftiger widmen und weitere Anregungen für deren Umsetzung und Wahrung geben.

Die Initiativen auf einen Blick:

International

- Qualitätsmaßstäbe in Europa setzen: European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People (WeDO)
- Rechte europaweit fördern: AGE's Toolkit on the Dignity and Wellbeing of Older Persons in Need of Care

National

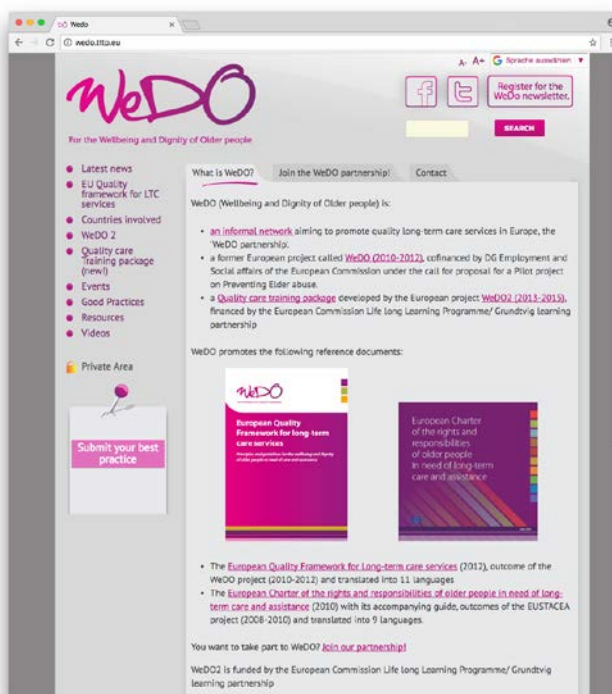
- Politik für Pflegebedürftige durchsetzen: Patientenbeauftragte/-r und Pflegebevollmächtigte/-r der Bundesregierung
- Rechte vertreten: Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA)
- Rechte verbreiten: Webseite zur Pflege-Charta
- Perspektive im Pflegealltag wechseln: Die Methode Schattentage
- Pflegebedürftige schützen: Onlineportal Gewaltprävention in der Pflege

Qualitätsmaßstäbe in Europa setzen: European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People (WeDO)

Ausgehend von der Europäischen Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wurde in dem von 2010 bis 2012 von der Europäischen Union geförderten Projekt WeDO (Für Würde und Wohlbefinden älterer Menschen) der Europäische Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege entwickelt. Er enthält elf Qualitätsgrundsätze und sieben Handlungsfelder, die den Begriff Qualität in der Pflege definieren und Handlungsbedarf zur Sicherstellung von Wohlbefinden und Würde älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen formulieren.

Im Projekt WeDO² wurden von 2013 bis 2015 leicht zugängliche und einfach anzupassende Trainingsmaterialien für verschiedene Zielgruppen entwickelt. Hierzu steht ein Leitfaden auf der WeDO-Webseite zum Herunterladen zur Verfügung.

Die aus dem Projekt entstandene Partnerschaft europäischer, nationaler, regionaler und lokaler Akteure besteht bis heute. Die Netzwerkpartner setzen sich dafür ein, die Qualität von Dienstleistungen für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen zu verbessern und Gewalt gegen ältere Menschen zu verhindern.



Weitere Informationen

➔ wedo.ttt.eu

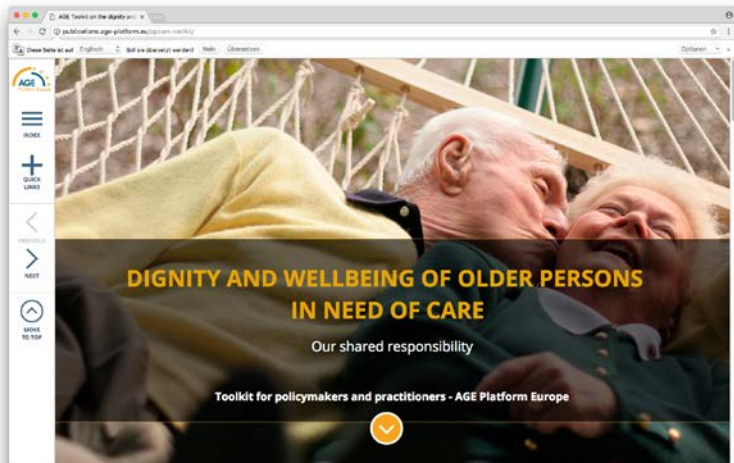
Rechte europaweit fördern: AGE's Toolkit on the Dignity and Wellbeing of Older Persons in Need of Care

Das „Toolkit on the Dignity and Wellbeing of Older Persons in Need of Care“ soll politische Entscheidungsträger und Praktiker unterstützen, zur Durchsetzung der Rechte älterer, pflegebedürftiger Menschen beizutragen und deren Würde und Wohlergehen zu fördern.

Entwickelt wurde das Arbeitsmaterial von AGE Platform Europe, einer europaweiten Plattform von Organisationen, die sich für die Rechte Älterer einsetzen.

Der Werkzeugkoffer enthält einen Überblick über die aktuellen gesetzlichen und politi-

schen Rahmenbedingungen in der EU zum Schutz älterer, pflegebedürftiger Menschen, die entsprechenden internationalen Instrumente und Prozesse, die Herausforderungen, mit denen viele ältere Menschen in Europa konfrontiert sind, sowie über die aus Sicht von AGE vorrangigen Maßnahmen auf EU-Ebene. Außerdem umfasst das Toolkit praktische Instrumente, um die Rechte und die Würde älterer pflegebedürftiger Menschen in der Praxis zu stärken und umzusetzen. Dazu gehört zum Beispiel der Europäische Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege (European Quality Framework for long-term care services).



Weitere Informationen

➤ publications.age-platform.eu/opcare-toolkit

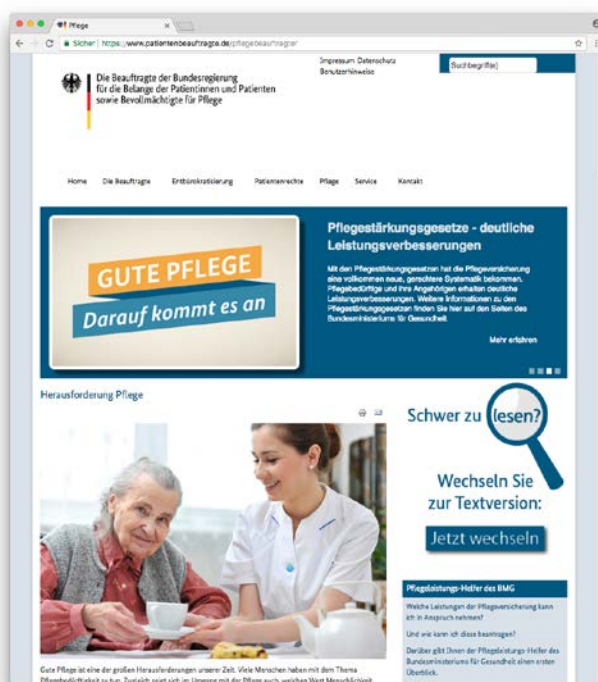
Politik für Pflegebedürftige durchsetzen: Patientenbeauftragte/-r und Pflegebevollmächtigte/-r der Bundesregierung

Das Amt des Patientenbeauftragten der Bundesregierung wurde bereits 2004 geschaffen, seit 2014 gibt es zusätzlich das Amt des Bevollmächtigten für Pflege.

Der oder die Patientenbeauftragte hat den Auftrag, sich unabhängig vor allem für die Beachtung von Patienteninteressen in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen einzusetzen. Dies gilt insbesondere für das Recht auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Leistungsträger und Behörden im Gesundheitswesen. Er oder sie soll die Weiterentwicklung der Patientenrechte unterstützen und Sprachrohr für Patienteninteressen in der Öffentlichkeit sein.

Der oder die Patientenbeauftragte muss von den Bundesministerien bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit diese die Rechte und den Schutz von Patienten betreffen, beteiligt werden.

Als zugleich Pflegebevollmächtigte/-r hat er oder sie zudem den Auftrag, für die Belange der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und aller in der Pflege Beschäftigten einzutreten. Dazu gehört, sich für die Umsetzung der Qualitätssicherung in der Pflege, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Teilhabe Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger stark zu machen.



Weitere Informationen

➔ www.patientenbeauftragte.de

Rechte vertreten: Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e. V. (BIVA)

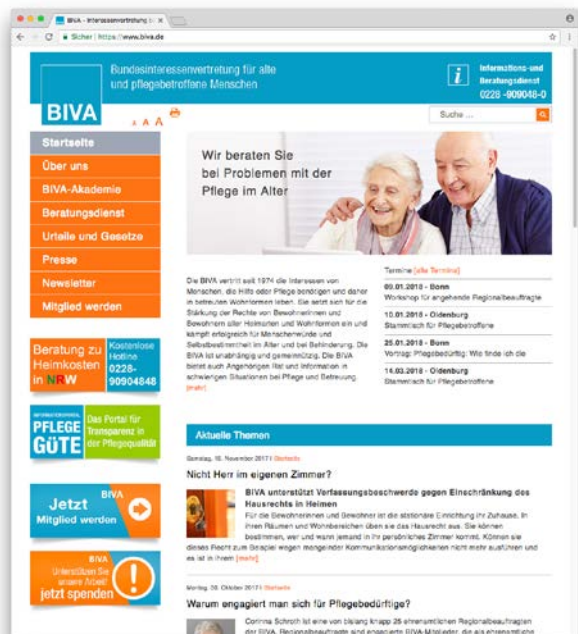
Die Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA) vertritt seit 1974 bundesweit die Rechte und Interessen von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, die in betreuten Wohnformen leben, und setzt sich für die Stärkung ihrer Rechte ein. Sie ist gemeinnützig, parteipolitisch neutral sowie finanziell unabhängig.

Der BIVA-Beratungsdienst klärt Einzelpersonen individuell bei rechtlichen, finanziellen und allgemeinen Problemen im Zusammenhang mit Pflegeheimen, betreuten Wohnformen und ambulanter Pflege auf. Neben der Rechtsberatung wird auch die Prüfung von Pflegeverträgen angeboten. Die Antworten auf die häufigsten Fragen sind zum Nachlesen auf der Webseite zusammengestellt.

Außerdem stehen Broschüren zu relevanten Themen rund um das Leben in Heimen oder anderen Wohnformen im Alter und bei Behinderung zum Herunterladen oder Bestellen zur Verfügung.

Die Webseite bietet zudem eine umfassende Sammlung relevanter Gesetze auf Bundes- und auf Landesebene sowie eine fortlaufend aktualisierte, umfangreiche Auswahl an relevanten Urteilen.

Die BIVA bietet auch Angehörigen Rat und Information in schwierigen Situationen bei Pflege und Betreuung.



Weitere Informationen

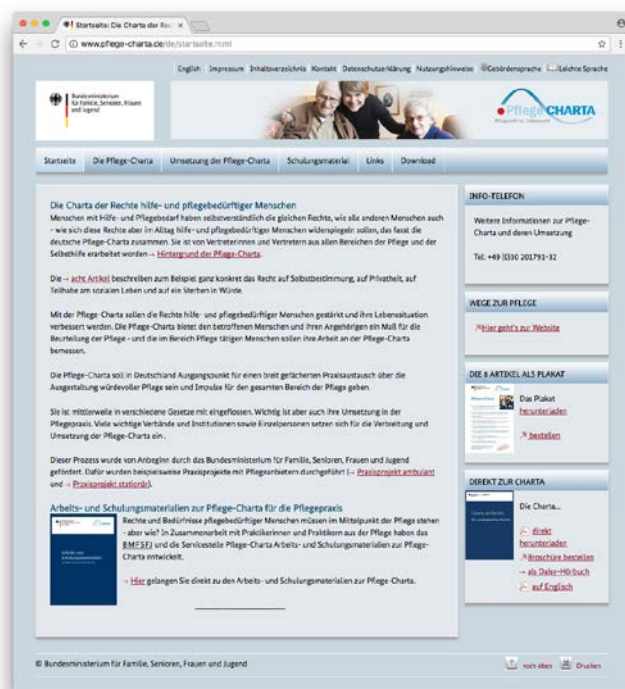
➔ www.biva.de

Rechte verbreiten: Webseite zur Pflege-Charta

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) stellt auf der Webseite www.pflege-charta.de Informationen rund um die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen bereit. Neben dem vollständigen Text der Pflege-Charta stehen auch eine Hörversion sowie ein Plakat zum Herunterladen oder Bestellen zur Verfügung.

Einrichtungs- und Pflegedienstleiter, Qualitätsbeauftragte, Praxisanleiter oder Lehrer für Pflegeberufe erhalten

hier außerdem Arbeitsmaterialien (→ Seite 74), um die Inhalte der Pflege-Charta mit Pflegenden und Auszubildenden praxisnah zu bearbeiten. Dazu gehört unter anderem ein Leitfaden, mit dem Pflegeanbieter selbst bewerten können, inwieweit die Pflege-Charta in ihrer Einrichtung oder ihrem Dienst berücksichtigt wird.



Weitere Informationen

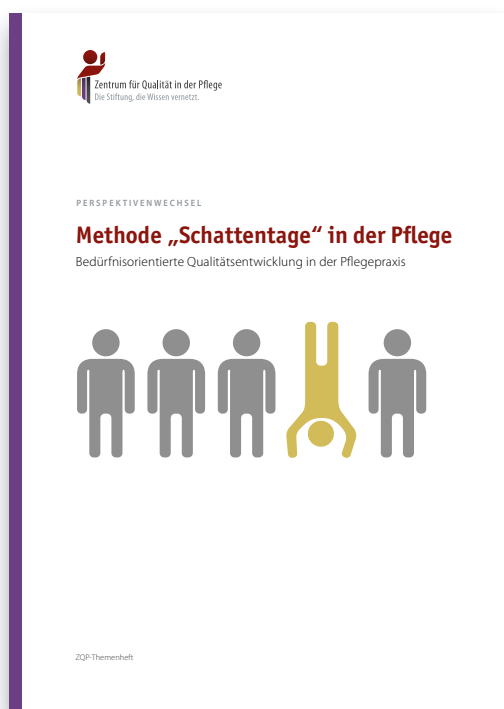
→ www.pflege-charta.de

Perspektive im Pflegealltag wechseln: Die Methode Schattentage

Die Perspektive pflegebedürftiger Menschen muss im Mittelpunkt der Pflege stehen. Um Pflegende dafür zu sensibilisieren, kann die Methode Schattentage eingesetzt werden. Dabei schlüpfen sie für einige Stunden in die Rolle eines Pflegebedürftigen. Oder sie begleiten einen Pflegebedürftigen als „Schatten“ und beobachten das Geschehen. Der Dreh- und Angelpunkt der Methode ist der Perspektivenwechsel, den die Pflegenden während der Schattentage vollziehen. Dadurch können sie sich besser in die Lage von Pflegebedürftigen versetzen und aufmerksamer für deren Bedürfnisse werden.

Mehr Informationen zur Methode Schattentage bietet das gleichnamige ZQP-Praxisheft. Darin berichten zum Beispiel Einrichtungsleiter, warum sie sich dafür einsetzen,

welche Erkenntnisse sie gewonnen haben und wie sie dabei vorgegangen sind. Darüber hinaus informieren Pädagogen über den Nutzen von Schattentagen für die Pflegeausbildung. Neben den Praxistipps bietet das Heft Arbeitsmaterialien wie eine Checkliste zur Umsetzung der Methode und Vorlagen zur Auswertung der Schattentage.



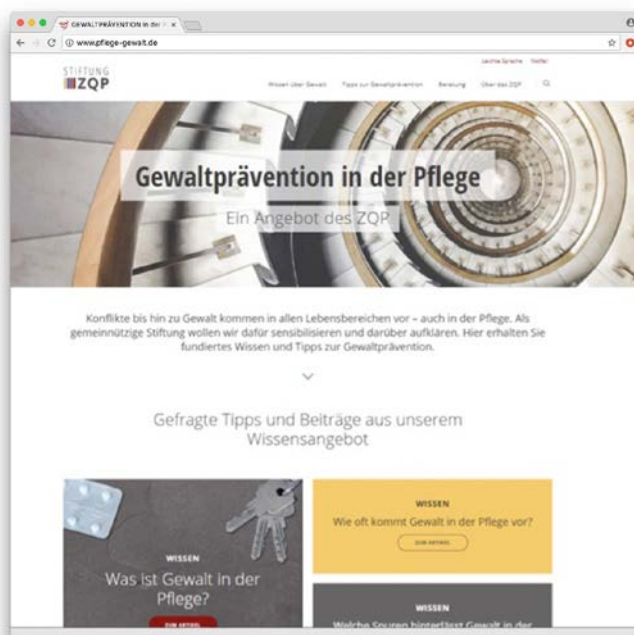
Weitere Informationen

➤ www.zqp.de

Pflegebedürftige schützen: Onlineportal Gewaltprävention in der Pflege

Sachliche und einfach nachvollziehbare Informationen für alle, die sich für pflegebedürftige Menschen engagieren, sind eine wichtige Voraussetzung, um Gewalt in der Pflege vorzubeugen. Das ZQP bietet auf www.pflege-gewalt.de Basiswissen und Praxishinweise zu verschiedenen Aspekten von Aggression und Gewalt im Kontext Pflege. Dazu gehören Informationen über Erscheinungsformen, Anzeichen und Häufigkeit von Gewalt sowie praktische Hinweise, wie Gewalt in der Pflege vorgebeugt oder damit umgegangen werden kann. Zudem bietet das Onlineportal eine Übersicht über Krisen- und Nottelefone, über die in Problemsituationen Hilfe erfolgt. Eine aktuell erreichbare Nummer ist auf den ersten Blick auffindbar.

Hauptzielgruppe des Onlineportals sind Pflegendende und alle anderen, die sich für pflegebedürftige Menschen engagieren. Aber auch Pflegebedürftige selbst sind angesprochen. Die Inhalte basieren auf aktuellem Wissen. Sie sind allgemein verständlich und übersichtlich aufbereitet – gemäß der fundierten ZQP-Methode zur Vermittlung pflegerelevanter Wissens. Ein Teil der Informationen wird in Leichter Sprache angeboten.



Weitere Informationen

➔ www.pflege-gewalt.de

Reflexion

In dieser Rubrik beleuchten Experten Rechte pflegebedürftiger Menschen aus wissenschaftlicher Sicht. Sie zeigen spezifische Problemfelder auf und diskutieren mögliche Lösungsansätze.

Die Beiträge zu ausgewählten Rechten auf einen Blick:

- Recht auf gute Pflege
- Recht auf Freiheit
- Recht auf Information und Beratung

Recht auf gute Pflege

Andreas Büscher

Das Recht auf gute Pflege ist in Deutschland gesetzlich verankert und wird auch in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen beschrieben. Über die Frage, wie es gewährleistet werden kann, wird bereits seit der Einführung der Pflegeversicherung intensiv und anhaltend diskutiert.

Verlässliche Daten darüber, wie es derzeit um die Qualität der (professionellen) Pflege bestellt ist, sind nur eingeschränkt verfügbar. Hinweise geben die Qualitätsberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDS), die alle drei Jahre auf Basis der Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Diensten veröffentlicht werden. Demnach hat sich die Pflegequalität in einigen Bereichen verbessert. Die 2008 eingeführte Pflege-Transparenzvereinbarung verfolgt das Ziel, die Leistungen der Pflegeeinrichtungen und die Qualität der Pflege in Form der sogenannten Pflegenoten für Verbraucher verständlich, übersichtlich und vergleichbar darzustellen. Die Ergebnisse der jährlichen Qualitätsprüfungen werden daher zu einer Gesamtnote zusammengeführt. Im Mai 2017 lag die Durchschnittsnote der Pflegedienste bei 1,4 und die der stationären Pflegeeinrichtungen bei 1,2. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Pflegequalität insgesamt sehr positiv zu bewerten ist. Allerdings stehen die Pflegenoten in der Kritik,

da sie vor allem auf die Pflegedokumentation zurückgehen. Zudem stehen die guten Ergebnisse in Widerspruch zu regelmäßigen Presseberichten über Probleme in der Pflege und zur Initiative einer Verfassungsbeschwerde aufgrund gravierender Missstände in Pflegeeinrichtungen.

Das Recht auf gute Pflege ist in Deutschland gesetzlich verankert.

Es ist also nicht ganz einfach, die Pflegequalität in Deutschland umfassend abzubilden. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden vier Themenbereiche angerissen, die für das Recht auf gute Pflege und dessen Umsetzung von hoher Bedeutung sind

und denen daher verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte: die Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit, die Ausbildung in den Pflegeberufen, die Entwicklung professioneller Qualitätsmaßstäbe sowie die interne Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Zum 1. Januar 2017 wurde ein neuer Begriff der Pflegebedürftigkeit eingeführt. Er definiert, wer als pflegebedürftig gilt und damit Leistungen der Pflegeversicherung erhält. Für die Qualität der Pflege ist dieser neue Begriff

bedeutsam, weil er die bislang geltende Reduzierung auf körperbezogene Verrichtungen überwindet und den Fokus darauf legt, wie selbstständig ein Pflegebedürftiger ist. Bislang waren die profes-

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist für die Qualität der Pflege bedeutsam.

sionellen Angebote der Pflegeheime und vor allem die der ambulanten Pflegedienste auf ausgewählte Verrichtungen konzentriert. Da die Bedarfslagen pflegebedürftiger Menschen jedoch deutlich darüber hinausgehen, entstand zunehmend eine Lücke zwischen dem tatsächlichen Bedarf und den verfügbaren Leistungen der professionellen Pflegeanbieter. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eröffnet nun die Möglichkeit, das Leistungsspektrum zu erweitern und mehr auf den Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit auszurichten.

Wer pflegt in Zukunft?

Wichtig für die Umsetzung des Rechts auf gute Pflege sind ausreichend gut ausgebildete Pflegefachkräfte. Angesichts der zu erwartenden steigenden Zahl pflegebedürftiger

Menschen stellt sich die Frage, wer die Pflege zukünftig leisten soll. Derzeit werden die meisten Pflegebedürftigen zu Hause von ihren Angehörigen versorgt – manchmal mit Unterstützung eines ambulanten Pflegediensts. Ob auch in Zukunft ausreichend Familienmitglieder bereit sind zu pflegen, kann nicht mit Gewissheit gesagt werden. Sie benötigen in jedem Fall aktive Unterstützung. Daneben bedarf es der Entwicklung einer besseren Zusammenarbeit von pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden. Dementsprechend muss für ausreichend gut qualifizierte Pflegefach- und -hilfskräfte gesorgt werden. Leider ist es bislang versäumt worden, ein Gesamtkonzept für die

Wichtig für die Umsetzung des Rechts auf gute Pflege sind ausreichend gut ausgebildete Pflegefachkräfte.

Jede Form von Qualitätsentwicklung ist an die Festlegung von professionell entwickelten Zielsetzungen gebunden.

Pflegeberufe zu entwerfen, auf dessen Basis ein differenziertes Angebot professioneller Pflegeleistungen gewährleistet werden kann. Differenziert heißt in diesem Zusammenhang, dass angesichts der vielfältigen Aufgaben das gesamte Spektrum von beruflichen Qualifizierungen – von der Pflegehilfskraft bis zu akademisch qualifizierten Pflegenden – zu berücksichtigen ist.

Entwicklung von Qualitätsmaßstäben

Der dritte Themenbereich bezieht sich auf die Entwicklung von Qualitätsmaßstäben

für die professionelle Pflege. Damit gemeint ist die Festlegung von Zielen und Leistungsniveaus zu pflegerischen Fragestellungen, die von der professionellen Pflege erreicht werden können und sollen. Diese zu entwickeln ist

ein anspruchsvoller Prozess, in den wissenschaftliche Erkenntnisse, praktische Expertise und die Perspektive der Empfänger von Pflegeleistungen einbezogen werden. Entscheidend ist dabei, dass dies einerseits unabhängig und andererseits auf der Basis von methodischem und fachlichem Sachverstand erfolgt. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt seit längerem Expertenstandards für die Pflege zu wichtigen Themenfeldern, wie zum Beispiel zur Verhinderung von Druckgeschwüren oder Stürzen oder zum Umgang mit akuten oder chronischen Schmerzen. Nur durch die Festlegung wissenschaftlich basierter und praktisch erreichbarer Ziele in Expertenstandards oder Leitli-

nien kann bewertet werden, ob die tatsächliche Qualität diesen Ansprüchen gerecht wird. Jede Form von Qualitätsentwicklung ist an die Festlegung von professionell entwickelten Zielsetzungen gebunden.

Externe Prüfung und internes Qualitätsmanagement

Abschließend ist noch das Verhältnis von externer Kontrolle der Pflegequalität und den Prozessen der Pflegeheime und -dienste anzusprechen. Wie eingangs geschildert, wurde in den letzten Jahren der externen Prüfung und Kontrolle der Pflegeheime und Pflegedienste große Aufmerksamkeit gewidmet. Vielfach wurden sie als wichtigstes Verfahren zur Einhaltung von Mindestanforderungen und zur Verbesserung der Pflegequalität angesehen. Vor dem Hintergrund des Pflegemarkts mit seinen vielen unterschiedlichen professionellen Pflegeanbietern kommt der externen Kontrolle eine wichtige Bedeutung beim Schutz pflegebedürftiger Menschen vor unsachgemäßer Pflege zu. Die entscheidenden Weichenstellungen für

die Qualität der Pflege werden jedoch in den Pflegeheimen und -diensten vorgenommen und können nur bedingt durch Kontrollinstanzen „hineingeprüft“ werden. Die Pflege-Transparenzvereinbarung hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass sich die professionellen Pflegeanbieter vor allem auf

die Anforderungen der externen Prüfungen und weniger auf die interne Qualitätsentwicklung konzentriert haben. Es wäre wünschenswert, dass die Konzepte zur Qualitätsentwicklung in der Praxis künftig besser

im Einklang mit den externen Prüfungen und Kontrollen stehen. Beide sollten sich vor allem daran ausrichten, wie eine möglichst hohe Pflegequalität für pflegebedürftige Menschen zu erreichen ist.

Die entscheidenden Weichenstellungen für die Qualität der Pflege werden in den Pflegeheimen und -diensten vorgenommen.

Um dem Recht auf gute Pflege zur Geltung zu verhelfen, bedarf es kontinuierlicher Bemühungen durch unterschiedliche Personen und Institutionen.

Dieser nur kurze Blick auf vier wesentliche Themenbereiche zur Gewährleistung einer guten Pflegequalität verdeutlicht, dass es kontinuierlicher Bemühungen durch unterschiedliche Personen

und Institutionen bedarf, um dem Recht auf gute Pflege zur Geltung zu verhelfen.

Zum Autor

Prof. Dr. Andreas Büscher ist Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück und wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).



Recht auf Freiheit

Jens Abraham, Christin Richter und Gabriele Meyer

Auch wenn die Zahl freiheitseinschränkender Maßnahmen (FEM) wie Bettgitter und Fixiergurte in den letzten Jahren zurückgegangen ist, sind sie dennoch nach wie vor gängige Praxis in vielen Pflegeheimen. Sie werden meist mit guter Absicht angewendet, um Stürze und sturzbedingte Verletzungen zu vermeiden, häufig auch im Zusammenhang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit

Demenz. FEM stellen jedoch einen massiven Eingriff in die Freiheitsrechte der Betroffenen dar. Mit dem Betreuungsrecht wird klargestellt, dass Eingriffe in die Freiheitsrechte der Bewohner von Pflegeheimen dem grundgesetzlichen Schutz unterliegen, auch wenn diese aus Fürsorge erfolgen. Sie sind daher bei Menschen, die nicht in diese Maßnahmen einwilligen können, nur in begründeten Ausnahmefällen und nur mit richterlicher Genehmigung zulässig (vgl. juristische Expertise Klie in Köpke et al. 2015). Viele Pflegenden empfinden diese Situation nicht selten als Herausforderung: Fürsorgepflicht gegenüber den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auf der einen und Achtung des Rechts sowie des Anspruchs auf Selbstbestimmung auf der anderen Seite. Doch fraglich ist, ob sich diese beiden Aspekte tatsächlich ausschließen und welche Lösungsansätze und Möglichkeiten es gibt, um mit diesem Spannungsfeld umzugehen.

Die Wahrung von Freiheitsrechten und das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung haben einen hohen Stellenwert, nicht

nur in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Diese Rechte sind im deutschen Grundgesetz verankert und finden sich auch in der Pflege-Charta wieder.

FEM stellen einen massiven Eingriff in die Freiheitsrechte dar.

Nach Artikel 1 der Pflege-Charta hat jede hilfe- und pflegebedürftige Person das Recht auf eine Versorgung und Unterstützung, die darauf ausgerichtet ist, so selbstbestimmt und selbstständig wie möglich zu leben. Sofern

sie nicht mehr selbst entscheiden oder sich äußern kann, soll dafür gesorgt werden, dass in ihrem Sinne gehandelt wird. Nach Artikel 2 besteht das Recht, sich frei zu bewegen. FEM dürfen nur in Ausnahmefällen und wenn alle anderen Maßnahmen ausgeschöpft sind eingesetzt werden.

Prinzipien wie Würde, Autonomie, Fürsorge und Teilhabe sollten bei pflegerischen Entscheidungen stets maßgeblich sein. Das Prinzip der Fürsorge verpflichtet die Pflegenden zu einem Handeln, das dem Wohl und dem Schutz der Pflegebedürftigen dient. Es steht häufig in Konflikt mit den anderen Prinzipien, wobei der Nutzen und Schaden einer Maßnahme unter Einbeziehung der Bedürfnisse, Ziele und Wertvorstellungen der Pflegebedürftigen sorgfältig gegeneinander abgewogen werden sollten (Riedel 2014).

Freiheit widerspricht nicht der Fürsorge

FEM galten lange als probates Mittel zur Sturzprophylaxe in der Pflege. In der Literatur

wird zudem beschrieben, dass Angehörige FEM positiver gegenüberstehen als professionell Pflegende und deren Anwendung zur Vermeidung von Stürzen teilweise auch wünschen. Dass FEM Nebenwirkungen und oft nicht den gewünschten Effekt haben, ist ihnen oftmals nicht bewusst (Köpke et al. 2015). Die Forschung der letzten Jahre legt jedoch nahe, dass Stürze und ihre Folgen durch FEM nicht wirksam vermieden werden können, sondern sogar eher schaden als nutzen (Tang, Chow & Koh 2012). Vermutlich erhöht eine längerfristige Anwendung, die unweigerlich zu Immobilisierung führt, sogar das Sturz- und Verletzungsrisiko in Phasen ohne FEM. Außerdem gibt es direkte Gefährdungen, etwa durch einen Sturz beim Übersteigen eines Bettgitters. FEM sind zudem mit einem erhöhten Risiko für Dekubitus, zunehmende Blasen-schwäche, vermehrte Unruhe und aggressive Verhaltensweisen assoziiert (Köpke et al. 2015). Unsachgemäß angebrachte FEM können auch zum Tod führen. Dies geschieht selten, wenn dann zumeist durch Strangulieren oder Einklemmen in Gurten im Bett oder Rollstuhl (Berzlanovich, Schöpfer & Keil 2012).

Der Wunsch nach Sicherheit durch FEM muss also verworfen, zumindest relativiert werden. Im Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege wird explizit darauf hingewiesen, dass FEM ungeeignet zur Sturzprophylaxe sind. Nicht nur aus fachlicher, sondern vor allem aus ethischer Perspektive wirft ihre Anwendung wichtige Fragen auf. So zeugt die Sichtweise, dass FEM notwendig seien, um einen drohenden Schaden abzuwenden, von einem paternalistischen Pflegeverständnis. Denn hier werden vermeintliche Sicherheit

und Schutz vor Gefahren über Autonomie und selbstbestimmte Bewegungsfreiheit der Betroffenen gestellt (Köpke et al. 2015).

Im Zusammenhang mit FEM wird auch häufig die Gabe von psychotrop wirksamen Medikamenten diskutiert, wobei oft die Rede von „chemischer Fixierung“ ist. Diese Bezeichnung ist problematisch, da die Medikamente vordergründig mit einer Indikation verschrieben werden, die häufig

zumindest fragwürdig ist. Dass billigend oder gar gerne eine ruhigstellende und fixierende Wirkung in Kauf genommen wird, lässt sich schwer nachweisen geschweige denn wissenschaftlich erheben. Die Verschreibungsrate von

psychotrop wirksamen Medikamenten in Pflegeheimen ist ausgesprochen hoch. Etwa die Hälfte aller Bewohner hat mindestens eine Verordnung. Der größte Anteil davon sind Antipsychotika, um herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz zu kontrollieren (Thürmann 2017). Internationale und nationale Praxisleitlinien empfehlen jedoch personalisierte psychosoziale Maßnahmen als therapeutische Option erster Wahl. Erst nachdem alle nicht-medikamentösen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, können Antipsychotika zeitlich befristet, regelmäßig überprüft und nur zur Therapie von agitiertem Verhalten und Aggression eingesetzt werden (NICE 2006; Deuschl et al. 2016). Häufig werden diese Medikamente jedoch zu lange und ohne regelmäßige Überprüfung ihrer Indikation verordnet (Thürmann 2017).

Viele Pflegende stehen der Verordnung von Antipsychotika eher unkritisch gegenüber,

Prinzipien wie Würde und Autonomie sollten bei pflegerischen Entscheidungen stets maßgeblich sein.

obwohl die Nebenwirkungen vor allem bei Menschen mit Demenz erheblich sind: Sie erhöhen die Mortalität durch kardiale Komplikationen und Infektionen und sind mit einem erhöhten Schlaganfallrisiko assoziiert. Zudem treten sehr häufig Gangstörungen auf und das Sturzrisiko verdoppelt sich (Ballard et al. 2006; Maher et al. 2011).

Viele Pflegende stehen der Verordnung von Antipsychotika eher unkritisch gegenüber.

Welche Handlungsalternativen gibt es?

Dass eine sichere Pflege ohne FEM unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen möglich ist, haben bereits etliche Einrichtungen erfolgreich gezeigt. Auch in einer eigenen kontrollierten Studie konnten FEM deutlich reduziert werden, ohne dass die befürchteten unerwünschten Folgen wie vermehrte Stürze oder Verletzungen eintraten. Auch kam es nicht zu einer vermehrten Verordnung von psychotrop wirksamen Medikamenten. In dieser Studie wurde ein Programm untersucht, welches aus unterschiedlichen Komponenten besteht. So wurden alle Pflegenden der Einrichtungen geschult und umfassende Informationsmaterialien etwa für Angehörige sowie Betreuer bereitgestellt. Zusätzlich wurden einige Pflegenden als Multiplikatoren intensiv geschult (Köpke et al. 2012). Dieses Programm und eine verkürzte Version ohne die Schulung aller Pflegenden wurden kürzlich erneut in einer großen Implementierungsstudie mit 120 Pflegeeinrichtungen untersucht (Abraham et al. 2015).

Eine allgemeine Lösung für den Verzicht auf FEM gibt es nicht. Vielmehr bedarf es individueller Maßnahmen.

Das Programm wurde auf Grundlage einer evidenzbasierten Leitlinie entwickelt, die Pflegenden und Einrichtungen mit umfassenden Informationen und Empfehlungen bei der Vermeidung von FEM unterstützen soll. Eine allgemeine Lösung gibt es – wie so häufig – auch für den Verzicht auf FEM nicht. Vielmehr bedarf es spezifischer Maßnahmen, die sich an den individuellen

Bedürfnissen und den konkreten Gefährdungen orientieren. Dies beinhaltet zum Beispiel, zur Sturzprophylaxe eine sichere Mobilität zu ermöglichen, und nicht, diese einzuschränken. Auch der Einsatz von Hilfsmitteln wie Niederflurbetten oder Sturzmatten kann sinnvoll sein. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass davon auch Gefährdungen ausgehen oder sie unter Umständen die Freiheit einschränken können.

Wenn es um die Verringerung von Antipsychotika geht, haben Schulung und zusätzliche Unterstützung der in die Versorgung eingebundenen Akteure positive Effekte gezeigt (Richter et al. 2012a). Dabei wies ein Programm zu einem personenzentrierten

Versorgungsansatz aus Großbritannien den größten Effekt auf (Fossey et al. 2006). Deswegen Wirksamkeit und Sicherheit wird derzeit, angepasst an die lokalen Bedingungen, in Deutschland untersucht (Richter et al. 2015). In einer zweitägigen Schulung und einem Begleitprogramm werden die Aspekte einer personenzentrierten Pflege vermittelt und die Akteure bei der Umsetzung unterstützt. Eine personenzentrierte Pflege fördert und wertschätzt die Persönlichkeitsrechte, trägt

zu einer individualisierten, bedarfsorientierten Pflege bei und versteht sich als Pflege aus der Perspektive der Bewohner (Brooker 2008). Anstelle der Gabe von Antipsychotika bei herausforderndem Verhalten stehen die Suche nach dem Auslöser des Verhaltens und eine individuelle Bedürfnisbefriedigung im Mittelpunkt.

Es hat sich gezeigt, dass die Einrichtungskultur, also die Einstellung und Haltung von Pflegenden und Einrichtungsleitung, einen entscheidenden Einfluss auf die Anwendung von FEM und die Verschreibung von Psychopharmaka hat (Meyer et al. 2009; Richter et al. 2012b). Ein Kulturwandel weg vom starren

Die Einrichtungskultur hat entscheidenden Einfluss auf die Anwendung von FEM.

Sicherheitsdenken hin zu einer Orientierung an der Lebensqualität und Autonomie Pflegebedürftiger ist daher wesentlich, um eine Veränderung anzustoßen.

Dies setzt selbstverständlich

eine sichere Umgebung und Förderung der Mobilität voraus. Stürze sind ein allgemeines Lebensrisiko älterer Menschen und lassen sich nicht immer verhindern. FEM stellen einen tiefen Eingriff in die Freiheitsrechte der Betroffenen dar, einen wirksamen Schutz vor Verletzungen bieten sie hingegen nicht. Daher sollte die Abwägung nicht zwischen Freiheit oder Fürsorge erfolgen. Vielmehr geht es darum, Bewegungsfreiheit und dabei größtmögliche Sicherheit zu gewährleisten.

Literatur

- Abraham, J., Möhler, R., Henkel, A., Kupfer, R., Icks, A., Dintios, C. M., Haastert, B., Meyer, G., & Köpke, S. (2015). Implementation of a Multicomponent intervention to Prevent Physical Restraints In Nursing home residents (IMPRINT): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *BMC geriatrics*, 15:86.
- Ballard, C., & Howard, R. (2006). Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm. *Nat Rev Neurosci*, 7(6):492-500.
- Berzlanovich, A. M., Schopfer, J., & Keil, W. (2012). Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int*, 109(3), 27-32.
- Brooker, D. (2008). Person-zentriert pflegen. Das VIPS-Modell zur Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz. Christian Müller-Hergl, Detlef Rüsing (Hrsg.). Göttingen.
- Deuschl, G., Maier, W. et al. (2016). S3-Leitlinie Demenzen. In Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie.
- Fossey, J., Ballard, C., Juszcak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R., & Howard, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ*, 332(7544):756-761.
- Köpke, S., Möhler, R., Abraham, J., Henkel, A., Kupfer, R., & Meyer, G. (2015). Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege.
- Köpke, S., Mühlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R., & Meyer, G. (2012). Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*, 307(20), 2177-2184.
- Maher, A. R., Maglione, M., Bagley, S., Suttrop, M., Hu, J. H., Ewing, B., Wang, Z., Timmer, M., Sultzer, D., & Shekelle, P. G. (2011). Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 306(12):1359-1369.
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (2009). Restraint use among nursing home residents:

cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs*, 18(7), 981-990.

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Dementia Supporting People with Dementia and their Carers in Health and Social Care*. NICE Clinical Guideline 42. Last updated September 2016.

Richter, C., Berg, A., Fleischer, S., Köpke, S., Balzer, K., Fick, E. M., Sonnichsen, A., Löscher, S., Vollmar, H. C., Haastert, B., Meyer G. et al. (2015). Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *Implement Sci*, 10:82.

Richter, T., Meyer, G., Möhler, R., & Köpke, S. (2012a). Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database Syst Rev*, 12:CD008634.

Richter, T., Mann, E., Meyer, G., Haastert, B., & Köpke, S. (2012b). Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. *J Am Med Dir Assoc*, 13(2), 187 e187-187 e113.

Riedel, A. (2014). *Pflegerische Ethik*. Bundeszentrale für politische Bildung.

Tang, W. S., Chow, Y. L., & Koh, S. S. L. (2012). The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev*, 10:307-351.

Thürmann, P. A. (2017). Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger, *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen* (S. 119-129). Stuttgart.

Zu den Autoren

Jens Abraham ist Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. Er arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.



Christin Richter ist Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Prof. Dr. Gabriele Meyer ist Professorin für Gesundheits- und Pflegewissenschaften und Direktorin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Recht auf Information und Beratung

Doris Schaeffer

Zur Sicherstellung von Information und Beratung sind in den vergangenen Jahren etliche gesundheitspolitische Initiativen auf den Weg gebracht worden – auch in der Pflege. So wurde das Recht pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen auf Information, Aufklärung und Beratung in der 2005 verabschiedeten Pflege-Charta festgehalten. Kurz darauf wurde es auch gesetzlich verankert. Seit 2009 hat jeder Pflegebedürftige in Deutschland einen Anspruch auf individuelle, qualifizierte und kostenlose Pflegeberatung. Zugleich erfolgte ein enormer Ausbau der Information und Beratung in der Pflege, sei es in Form von Pflegestützpunkten, individueller zugehender Beratung, medialer Information und Unterstützung (etwa bei der Suche nach Einrichtungen) oder anderen Formen.

Innerhalb der wissenschaftlichen Diskussion erfährt diese Entwicklung relativ wenig Beachtung. Zwar existieren einige Evaluationsstudien, die meist aus Modellversuchen hervorgegangen sind. Eine systematische (Pflege)Beratungs- und Informationsforschung, wie sie seit Längerem gefordert wird, ist jedoch noch nicht entstanden. Daher wissen wir nach wie vor relativ wenig über den Beratungs- und Informationsbedarf ebenso wie über die entsprechenden Bedürfnisse und Präferenzen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen oder ihre Informationsvoraussetzungen und ihr Informationsverhalten. Dieses Wissen ist jedoch nötig, um

bedarfsgerecht in der Pflege zu informieren und zu beraten, sodass die Adressaten auch wirklich erreicht werden.

Gesundheitskompetenz – Studienergebnisse

Erste Anhaltspunkte liefern Studien zur Gesundheitskompetenz (Übersicht Schaeffer/Pelikan 2017). In der US-amerikanischen Forschung haben Studien zur Health Literacy hingegen eine lange Tradition. Sie gehen zurück auf die Alphabetisierungsdiskussion und nahmen sich zunächst der Frage an, welche literalen Fähigkeiten Patienten benötigen, um sich angemessen im Gesundheitssystem zu bewegen und mit den dort an sie gestellten Erwartungen umzugehen – etwa inwieweit sie Terminvereinbarungen lesen oder Packungsbeilagen verstehen können.

Heute werden unter Gesundheitskompetenz das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten verstanden, die Menschen benötigen, um die im Alltag an sie gestellten Anforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformation bewältigen zu können: um geeignete Information ausfindig zu machen, sie zu verstehen, einzuschätzen und für das eigene Gesundheitshandeln nutzen zu können (Sørensen et al. 2012). Gesundheitskompetenz kann heute als erforderliche Kernkompetenz dafür angesehen werden, die zahlreichen Herausforderungen der Gesundheitserhaltung zu meistern, bei

Jeder Pflegebedürftige hat in Deutschland Anspruch auf individuelle, qualifizierte und kostenlose Pflegeberatung.

Krankheit und Gesundheitsbeeinträchtigung an der Wiedererlangung von Gesundheit und Funktionsfähigkeit mitzuwirken, Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen zu treffen und sich durch das Gesundheitswesen zu navigieren.

Doch zeigt die jüngst erschienene Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, dass 54,3 Prozent der Deutschen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügen (Schaeffer et al. 2016, 2017). Nicht eine Minderheit, sondern die Mehrheit der Bevölkerung hat somit Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen. Über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz zu verfügen bedeutet nach der Studie: größere Orientierungsschwierigkeiten im Gesundheitswesen zu haben und oft nicht zu wissen, an wen man sich bei gesundheitlichen Problemen wenden soll, häufiger das Krankenhaus und andere medizinische Versorgungseinrichtungen zu nutzen, über eine schlechtere subjektive Gesundheit zu verfügen und ungesündere Verhaltensweisen aufzuweisen. Die Aufzählung ließe sich fortsetzen, deutet aber bereits an, dass geringe Gesundheitskompetenz folgenreich ist und die gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten beschränkt. Dabei zeigt sich ein sozialer Gradient: Faktoren wie ein niedriger Sozialstatus, geringe Bildung, ein höheres Lebensalter und das Vorhandensein eines Migrationshintergrunds hängen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zusammen (ebd.). Dies deutet an, dass Gesundheitskompetenz in enger Verbindung zu gesundheitlicher Ungleichheit steht.

Die Mehrheit der Bevölkerung hat Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen.

Noch etwas ist relevant: Zu den Bevölkerungsgruppen mit besonders niedriger Gesundheitskompetenz gehören unter anderem Menschen im höheren Lebensalter (etwa 66 Prozent) und mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten (etwa 73 Prozent) – Bevölkerungsgruppen, die einem höheren Pflegerisiko ausgesetzt sind (ebd.). Indirekt unterstreicht dies, wie bedeutend es ist, Studien auf den Weg zu bringen, die sich gezielt der Gruppe Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen widmen, und das bislang mehr oder weniger nicht behandelte Thema

Pflegekompetenz – nursing literacy – intensiver in der Forschung aufzugreifen.

Die wenigen hierzu vorliegenden Studienergebnisse bestätigen dies: Speziell zum Thema Pflege, Pflegeeinrichtungen und Qualität von

stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen wünschen sich die Befragten mehr Information (ebd.). Ähnlich sind die Ergebnisse der kürzlich veröffentlichten Studie des ZQP (ZQP-Bevölkerungsbefragung „Herausforderung Pflege – Bürgerperspektive im Wahljahr 2017“). Auch sie belegen, dass das Thema Pflegekompetenz künftig größerer Beachtung bedarf.

Die Studien zur Gesundheitskompetenz zeigen ferner, dass die Befragten sich bei der Informationsverarbeitung Schwierigkeiten ausgesetzt sehen und besonders die Suche und die Beurteilung von gesundheitsrelevanten Informationen sie vor Herausforderungen stellt. Auch die Einordnung und Übertragung von Information auf die eigene Situation, um sie etwa für Entscheidungen über anstehende Behandlungen oder die

Einholung einer Zweitmeinung zu nutzen, fällt ihnen schwer.

Verbesserung der Information – Förderung der Gesundheits- und Pflegekompetenz

All dies weist darauf hin, dass wir neu über die Gestaltung von Information, deren Erreichbarkeit, Aufbereitung und Vermittlung nachdenken müssen – auch in der Pflege. Dazu gehört unbedingt, den Zugang zu Information und auch zur Beratung zu erleichtern, sodass benötigte Information leichter gefunden werden kann. Dass dies keineswegs trivial ist, zeigt nicht nur ein Blick auf die Vielfalt an Informationen, sondern auch auf die zersplitterte Beratungslandschaft in der Pflege.

Außerdem ist nötig, die Informationen selbst zu verbessern, denn die vorhandene Information (und Beratung) erreicht die Adressaten offenbar nicht so wie erhofft. Dazu sind die vorliegenden Studien eine wichtige Hilfe, weil sie Auskunft über die sich subjektiv stellenden Schwierigkeiten im Umgang mit Information und den Informationsstand der Bevölkerung liefern. Dies zu wissen ist wichtig, denn meist werden Informationen erstellt, ohne Kenntnis darüber zu haben, an welches Vorwissen sie anknüpfen müssen und welche Informationsvoraussetzungen gegeben sind. Daher verwundert nicht, dass sie ihr Ziel nicht erreichen.

Gleichzeitig müssen Informationen nutzerfreundlicher gestaltet werden: Die Verständ-

lichkeit muss verbessert und sich leichter Sprache bedient werden, ohne ausschließlich auf textsprachliche Information zu setzen, sondern mehr visuelle Mittel zu verwenden etc. Wichtig zu erwähnen ist, dass all diese Maßnahmen die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insgesamt erhöhen sollen. Bevölkerungsgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz sollten dabei allerdings besonders beachtet werden, um so zur Verbesserung der Chancengleichheit beizutragen.

Über all das hinaus ist wichtig, das Gesundheits- und Pflegesystem und seine Organisationen nutzerfreundlicher und informativer zu gestalten. Dazu sind unterschiedliche Schritte gefordert: So müssen die Informations-, Vermittlungs- und Beratungskompetenz der Gesundheitsberufe verbessert werden – besonders auch die der Pflege. Schon

heute wird ihr international eine zentrale Rolle bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz zugewiesen. Diese könnte sie auch hierzulande einnehmen; die Möglichkeit der dazu erforderlichen Qualifizierung vorausgesetzt. Ebenfalls sind die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sie mehr Kommunikation und Information erlauben. Dies sind nur einige Beispiele.

Wir müssen neu über die Gestaltung von Informationen, deren Erreichbarkeit, Aufbereitung und Vermittlung nachdenken.

Informationen müssen nutzerfreundlicher gestaltet werden.

Einzelne Schritte werden jedoch nicht ausreichen, vielmehr ist eine umfassende und systematische Strategie zur Förderung der Gesundheitskompe-

tenz notwendig. Deshalb wird derzeit dem Vorbild einiger Länder folgend ein Nationaler

Aktionsplan erarbeitet. Der Bundesgesundheitsminister ist Schirmherr dieser Initiative. Der Nationale Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz wird von einer Gruppe ausgewiesener Experten

erstellt. Er soll Anfang 2018 fertig sein und dann der Fachöffentlichkeit und der Politik

Es ist eine umfassende und systematische Strategie zur Förderung der Gesundheitskompetenz notwendig.

zur Diskussion gestellt werden. Parallel bildet sich eine vom Gesundheitsministerium initiierte Allianz zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Es gehört zu den der Zukunft vorbehaltenen Aufgaben,

ähnliches auch für die Pflege anzustoßen.

Literatur

Schaeffer, D. & Pelikan, J. M. (Hrsg.) (2017). Health Literacy, Forschungsstand und Perspektiven. Bern.

Schaeffer, D., Berens, E., & Vogt, D. (2017). Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Deutsches Ärzteblatt 114 (4), 53-60.

Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., & Hurrelmann, K. (2016). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Bielefeld. doi: 10.2391/0070-pub-29081112.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., Brand, H., & European Consortium Health Literacy Project (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

Zur Autorin

Prof. Dr. Doris Schaeffer ist Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld.





Service

In dieser Rubrik werden ausgewählte Informationen vorgestellt, die bei der praktischen Umsetzung der Rechte pflegebedürftiger Menschen unterstützen.

Die Praxishilfen auf einen Blick:

- Informationsportal „Wege zur Pflege“ und Pflegetelefon
- Beschwerdestellen in der Pflege
- Arbeitsmaterial zur Pflege-Charta für die Praxis
- Acht Artikel der Pflege-Charta auf einen Blick

Informationsportal „Wege zur Pflege“ und Pflegetelefon

Mit dem Onlineportal „Wege zur Pflege“ informiert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) rund um das Thema Pflege. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten hier Antworten auf Fragen zu Möglichkeiten der Beratung und Unterstützung beziehungsweise zu rechtlichen und finanziellen Ansprüchen. Außerdem sind hier ausführliche Informationen zu Pflegeunterstützungsgeld, Pflegezeit und Familienpflegezeit zu finden. Durch die Verlinkung zu weiterführenden Angeboten dient das Portal auch als Lotse.

Die Experten des Pflegetelefons beantworten alle Fragen rund um die Pflege und beraten auch in kritischen und belastenden Situa-

tionen. Die Gespräche sind anonym und vertraulich. Sie sollen Angehörigen konkrete Hilfestellung für ihre individuelle Situation bieten. Außerdem erhalten sie Informationen über Beratungs- und Hilfsangebote in ihrer Nähe.

Telefonische Beratung und schnelle Hilfe für Angehörige bietet das Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums: 030-20179131

Weitere Informationen

➤ www.wege-zur-pflege.de

Beschwerdestellen in der Pflege

Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen müssen für ein internes Qualitätsmanagement sorgen, in dem unter anderem die Erfassung und Bearbeitung von Beschwerden geregelt sind. Dies wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung geprüft.

Wenn Beschwerden von der ambulanten oder stationären Einrichtung nicht ernst genommen und die Probleme nicht abgestellt werden, können sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen an die Pflegekasse beziehungsweise die private Pflegeversicherung wenden. Sie hat jeweils Interesse daran, dass die von ihr finanzierten Leistungen ordnungs- und vertragsgemäß umgesetzt werden, und wird einer Beschwerde daher nachgehen.

Beschwerden können auch an den MDK sowie den PKV-Prüfdienst gerichtet werden.

Sie prüfen die Qualität der Pflegedienste und stationären Einrichtungen regulär, aber auch wenn eine Beschwerde eingereicht wird.

Außerdem gibt es auf Länderebene Aufsichtsbehörden, die Pflegeanbieter überwachen, die sogenannte Heimaufsicht. Daneben existieren mancherorts kommunale Beschwerdestellen oder Ombudsleute. Auch regionale und überregionale Initiativen von Sozial- oder Wohlfahrtsverbänden bieten Anlaufstellen für Beschwerden über Pflege.

Beschwerdestellen lassen sich mithilfe der Datenbank des ZQP finden:
www.zqp.de/beratungsdatenbank.

In Deutschland gibt es gesetzlich verankerte Beschwerdemöglichkeiten, aber auch einige regionale und überregionale Initiativen.

Arbeitsmaterial zur Pflege-Charta für die Praxis

Die Arbeitsmaterialien zur Pflege-Charta sollen beruflich in der Pflege Engagierte – wie Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, Qualitätsbeauftragte, Praxisanleiter oder Lehrer für Pflegeberufe – bei der Einführung und Umsetzung der Pflege-Charta unterstützen. Das Wissen über die Rechte pflegebedürftiger Menschen, über Handlungsmöglichkeiten und Arbeitsmethoden in der Pflege sowie das Überprüfen eigener Sichtweisen und des eigenen Verhaltens spielen dabei eine entscheidende Rolle. Die Materialien enthalten unter anderem praktische Tipps, Diskussionsimpulse, Arbeitsbögen und Präsentationen. Mithilfe eines Leitfadens zur Selbstbewertung können ambulante und stationäre Einrichtungen ihre Angebote und Leistungen an den Maßstäben der Pflege-Charta messen und den Leitfaden somit als Handlungshilfe für die Umsetzung der Pflege-Charta nutzen.

Seit 2010 sind diese Materialien auf der Webseite www.pflege-charta.de verfügbar.

Derzeit überarbeitet das ZQP im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die Arbeitsmaterialien, damit sie verständlicher und einfacher anzuwenden sind. Dafür werden auch ihre Aktualität und Praxisrelevanz überprüft. Die Materialien sollen in verschiedenen Settings einsetzbar sein, zum Beispiel im Unterricht an Pflegeschulen, in Qualitätszirkeln in Pflegeeinrichtungen und -diensten oder in Workshops.

Die Arbeitsmaterialien zur Pflege-Charta werden 2018 vollständig überarbeitet und anschließend auf der Webseite des ZQP frei zugänglich sein.

Die Arbeitsmaterialien enthalten praktische Tipps für die Umsetzung der Pflege-Charta. Sie richten sich an alle in der Pflege Engagierte.

Weitere Informationen

➤ www.pflege-charta.de

Acht Artikel der Pflege-Charta auf einen Blick

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Artikel 3: Privatheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung.

Präambel

(...) Menschen, die Hilfe und Pflege benötigen, haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen und dürfen in ihrer besonderen Lebenssituation in keiner Weise benachteiligt werden (...)

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

Weitere kostenlose Produkte des ZQP

ZQP-Reporte

Gewaltprävention in der Pflege
 Junge Pflegende
 Vereinbarkeit von Beruf und Pflege
 Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix

ZQP-Ratgeber

Scham – Praxistipps für den Pflegealltag
 Gute Pflege erkennen – Professionelle Pflege zu Hause
 Essen und Trinken – Praxistipps für den Pflegealltag
 Demenz – Impulse und Ideen für pflegende Partner
 Natürliche Heilmittel und Anwendungen – Praxistipps für den Pflegealltag
 Körperpflege – Praxistipps für den Pflegealltag
 Mundpflege – Praxistipps für den Pflegealltag

Die kostenlosen Reporte und Ratgeber können Sie per E-Mail an bestellung@zqp.de bestellen oder als PDF-Datei von www.zqp.de herunterladen.



ZQP-Onlineprodukte

Beratung zur Pflege
 Datenbank mit Kontaktinformationen von über 4.500 nicht kommerziellen
 Beratungsangeboten im Kontext Pflege in Deutschland
www.zqp.de/beratungsdatenbank



Gewaltprävention in der Pflege
 Onlineportal mit Informationen und Praxishinweisen zum Thema
 Gewaltprävention in der Pflege
www.pflege-gewalt.de



