

senesuisse 1.12

FOCUS

| | |
|--|----|
| Gastro-GAV in Spitälern und Heimen | 1 |
| Rückblick auf das Jahr 2011 | 3 |
| Aktuelle Politik zu Palliativpflege und Demenz | 4 |
| Rauchverbot in den eigenen vier Wänden | 6 |
| Keine neue MwSt. im Gesundheitswesen | 7 |
| Qualitätssicherung im Gesundheitswesen | 8 |
| Publireportage zu Qualitätssicherung | 10 |

Soll der Gastro-GAV in Spitälern und Heimen gelten?

↳ Die Vertragsparteien des Gesamtarbeitsvertrags (GAV) in der Gastronomie versuchen, still und heimlich eine Ausweitung des Geltungsbereichs durch den Bundesrat zu erwirken. Völlig neben den betroffenen Spitälern und Heimen vorbei wollen sie den GAV für alle öffentlich zugänglichen Restaurationsbetriebe verbindlich erklären lassen.

Fast alle Einrichtungen der Langzeitpflege und Spitäler verfügen über eine öffentlich zugängliche „Cafeteria“. Diese Begegnungszone ausserhalb der Zimmer ermöglicht den Bewohnern/Patienten und Besuchern eine offene und ungezwungene Atmosphäre für Gespräche. Besonders in Kleinheimen werden die Arbeiten in der Restauration vielfach von denselben Personen ausgeführt, welche auch für die Pflege und Betreuung der Heimbewohner oder für den Hausdienst zuständig sind. Deshalb wäre es unverantwortlich, nun plötzlich einen Teil des Personals diesem branchenfremden GAV zu unterstellen. In der Praxis führte dies zu bedeutenden Schwierigkeiten bei der Abgrenzung, für wen <1 2 1>





CHRISTIAN STREIT <+CST
Geschäftsführer senesuisse

↳ Diese Erfolgsmeldung zum Jahresschluss hat mich besonders gefreut: Der Nationalrat entschied definitiv, das Gesundheitswesen nicht der Mehrwertsteuer zu unterstellen und somit auf die künstliche Verteuerung zu verzichten. Hoffentlich ist mit dem Nein zur neuen Steuer auch ein Schritt getan, um endlich von den ewigen Kostendiskussionen im Gesundheitswesen wegzukommen.

Das Kostenthema hat sich in den letzten Jahren längst in Details verloren, entfernt vom Blick auf die Zukunft und die Interessen aller Bürger. Dabei sind es letztlich die Auswirkungen unseres Wohlstandes, welche uns eigentliche „Luxusprobleme“ verursachen. Namentlich führt die steigende Lebenserwartung nicht nur zur baldigen Negativbilanz bei der AHV, sondern auch einer Zunahme von Demenz- und Palliativpatienten. Weil sich die Zahl der von Demenz betroffenen Menschen bis in zehn Jahren um rund 50 % erhöhen wird, müssen wir uns rechtzeitig mit den Auswirkungen beschäftigen und Lösungen suchen.

Die Grundsatzfrage lautet, wieviel uns die Pflege und Betreuung im Alter wert ist. Während für Nahrungsmittel noch rund 7 % des Einkommens ausgegeben werden (gegenüber 35 % um 1945), pendeln die Gesundheitskosten trotz stetigem Anstieg um einen Anteil von 11 % der Wirtschaftsleistung (BIP) – was notabene der Hälfte von 1960 entspricht! Wir können uns also eine bessere Gesundheit leisten, soweit darauf Wert gelegt wird. Und das tut es offenbar: Die Umfragen jeglicher Erhebungen zeigen klar auf, dass Herr und Frau Schweizer an der Gesundheit nicht sparen möchten, sondern sich ein qualitatives Angebot leisten wollen.

Die minimalen Anpassungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) auf 2012 sollten deshalb endlich mit einer weitergehenden Diskussion bereichert werden. Dabei muss der Blick auf die Betroffenen ins Zentrum rücken, was wichtigere Probleme als die blosser Finanzierung abdeckt. Namentlich möchte ich mit dem Verband *senesuisse* vermehrt die zukünftigen Fragen wie geeignete Wohn- und Dienstleistungsformen, Pflegepersonalengpass (inkl. Dotationsvorschriften und Skill-/Grademix) und die Qualitätssicherung angehen.

Ich bin überzeugt, dass ständig zunehmende Statistiken und Administrativarbeiten keinen Mehrwert bringen. Statt Überwachung und Vorschriften soll die Verbesserung der Zufriedenheit von Bewohnern und Angehörigen im Zentrum stehen. Deshalb möchten wir bei der Entwicklung von Qualitätsmerkmalen voranschreiten und mit dem Gottlieb-Duttweiler-Institute den Blick in die Zukunft des Alterns richten. Letztlich haben wir alle den Wunsch, noch lange möglichst glücklich und gesund leben zu können! <+CST

<+1 +> nun diese zwingenden Arbeitsbedingungen gelten sollen. Dabei würde die Unterstellung unter den GAV nicht den Arbeitnehmern dienen, sondern vor allem den Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden in der Gastronomie. Unia, Syna, GastroSuisse & Co. profitieren mit ihrer Kontrollstelle vom Beitrag von 89 Franken für jeden unterstellten Arbeitnehmer und für jeden Betrieb.

Die Verbindlichkeit von Gesamtarbeitsverträgen bezweckt nicht die Legitimität von Verbänden oder Arbeitsbeschaffung für Kontrollstellen, sondern die „notwendige Beseitigung erheblicher Nachteile“ für Arbeitnehmer (Artikel 2 AVEG). Dass dies nicht nötig ist, zeigt die problemlose Besetzung der Gastronomiestellen in allen Pflegeeinrichtungen. Wären die Arbeitsbedingungen insgesamt schlechter als gemäss GAV, würde sich das Personal nicht um Stellen in Spitälern und Heimen bemühen.

Eine Unterstellung des Gastroteils würde also die Situation nicht verbessern, sondern vielmehr die Heimbetriebe organisatorisch auseinanderreißen, indem unververtretbare Ungleichheiten im selben Betrieb hervorgerufen würden. Dies gilt umso mehr, als das im Service tätige Personal nur rund 10 % der Arbeitnehmer umfasst.

Die in der Pflege/Betreuung, im Hausdienst und der Administration tätigen Mitarbeiter könnten nicht verstehen, weshalb insbesondere folgende Bestimmungen des GAV nur für wenige – hauptsächlich in Küche und Service tätige Arbeitnehmer – gelten sollen:

- Höchstarbeitszeit von 42 Stunden pro Woche;
- zwingende Bezahlung eines 13. Monatslohnes;
- mindestens 5 Wochen Ferien;
- Vaterschaftsurlaub von mindestens 3 Tagen;
- Anspruch auf 3 bezahlte Arbeitstage pro Jahr für die berufliche Weiterbildung;
- Entschädigung für Reinigung und Glätten der Kleidung mit Fr. 50.— pro Monat.

Das Gesetz sieht auch vor (Art. 1 AVEG), dass ein Betrieb und seine Angestellten keinem branchenfremden GAV unterstellt werden dürfen. Genau dies bezwecken aber die Vertragspartner des GAV-Gastro, indem nur noch Folgende vom Anwendungsbereich ausgeklammert wären: „Restaurantsbetriebe in Spitälern und Heimen, die ausschliesslich den Patienten respektive Bewohnern dienen und nicht öffentlich zugänglich sind oder für deren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Falle der öffentlichen Zugänglichkeit zwingend ein im Vergleich mit dem vorliegenden Gesamtarbeitsvertrag mindestens gleichwertiger Gesamtarbeitsvertrag gilt.“

Es ist augenfällig, dass die Spitäler und Heime nicht dem gleichen Wirtschaftszweig angehören wie die Hotels und Restaurants.

Somit dürfen die Mitglieder von *senesuisse* nicht den gesamtarbeitsvertraglichen Bestimmungen im L-GAV Gastro unterstellt werden. In Absprache mit unserem Partnerverband H+ haben wir deshalb eine Beschwerde beim Bundesrat eingereicht. <+CST

Rückblick auf das Jahr 2011

↳ Der Verband *senesuisse* blickt auf ein erfolgreiches Jahr 2011 zurück. Nebst dem Zugewinn an Mitgliedern, einer Verstärkung des politischen Gewichts und den zahlreichen Aktivitäten konnten auch diverse Projekte abgeschlossen werden. Doch es bleibt viel zu tun: Deshalb ist im 2012 eine noch bessere Vertretung der Leistungserbringer in der Langzeitpflege dringend nötig.

Im Jahr 2011 ist die Mitgliederzahl bei *senesuisse* weiter angewachsen. Besonders mit dem Beitritt der Langzeitpflege-Institutionen des Spitalverbandes H+ konnte die Bettenzahl deutlich gesteigert werden und erreicht nun einen Wert von rund 15'000 Betten. Dank insgesamt 27 Neumitglieder sind nun genau 321 Betriebe verzeichnet, mit welchen wir ein bedeutendes politisches Gewicht in die Waagschale werfen können.

Folgende Publikationen wurden im vergangenen Jahr von *senesuisse* versandt:

- Drei Ausgaben des Fachmagazins *Focus* an alle Einrichtungen der Langzeitpflege und Gesundheitspolitiker in der Schweiz;
- zwölf monatliche Newsletter zu den aktuellen Themen der Langzeitpflege an alle Mitglieder;
- vier Vorschauen zu den gesundheitspolitischen Geschäften, welche in den Sessionen der eidgenössischen Räte behandelt wurden;
- drei Ausgaben der Mitgliederpublikation „Politik & Recht“ zu den Themen „Pandemie und Impfen im Gesundheitswesen“, „Ausserkantonaler Heimaufenthalt“ und „Was zahlen Krankenkassen bei Inhouse-Spitex“.

Die optimierte und regelmässig aktualisierte Homepage wurde monatlich von 300 bis 600 unterschiedlichen Besuchern konsultiert und verzeichnete im Jahr 2011 über 300'000 Zugriffe.

Inhaltlich bestand die bedeutendste Änderung darin, dass sich *senesuisse* weiter geöffnet hat und nicht mehr nur die Interessen der „privaten“ Betriebe, sondern aller „wirtschaftlich unabhängigen“ Einrichtungen der Langzeitpflege vertritt. Damit ist nicht mehr die Form der Trägerschaft massgebend, sondern das unternehmerische Denken und die Unabhängigkeit von Subventionen zur Deckung von Betriebsdefiziten.

Politisch konnten insbesondere diese wegweisenden Entscheidungen erreicht werden:

- Die eidgenössischen Räte haben das Projekt des Bundesrats zur Einführung eines Einheitssatzes bei der Mehrwertsteuer definitiv zurückgewiesen und den Auftrag erteilt, einen Vorschlag ohne Unterstellung des Gesundheits- und Bildungswesens auszuarbeiten (vgl. Artikel auf Seite 7).
- Die Verordnung KLV wurde so angepasst, dass die Vorbereitung der Medikamente (nach dem negativen Bundesgerichtsentscheid) nun wieder zum Leistungsumfang gehört, welcher von den Krankenkassen als Pflege zu zahlen ist. Zudem wurde neu verankert, dass für komplexe und instabile Pflegeverhältnisse (Palliativpflege) zusätzliche Leistungen zu vergütet sind (vgl. Artikel auf Seite 4/5).
- Der Bundesrat hat beschlossen, die Schwellenwerte für die ordentliche Revision per 2012 deutlich zu erhöhen.
- Die Räte haben entschieden, den Bundesrat mit einer nationalen Strategie für eine verbesserte Krebsvermeidung und -bekämpfung zu beauftragen.
- Der Nationalrat empfiehlt die Volksinitiative der Lungenliga ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung, damit das Rauchen nicht auch noch in Einzelbüros und in Zimmern der Bewohner von Alterseinrichtungen verboten wird.
- Der Ständerat lehnt es ab, die Sterbehilfe mit einem Bundesgesetz zu regeln.
- Der Ständerat hat sich vorerst geweigert, auf das Präventionsgesetz einzutreten, welches eine weitere „Bevormundung“ der Bürger durch den Staat zur Folge hätte.

Folgende Antworten zu nationalen Vernehmlassungen wurden von *senesuisse* eingereicht:

- Es sei auf den weiteren Ausbau des Kündigungsschutzes für Arbeitnehmer in Artikel 336c OR zu verzichten;
- auf einzelne vorgeschlagene Anpassungen im Medizinalberufegesetz müsse verzichtet werden, um nicht noch eine zusätzliche Überregulierung in der Ausbildung von Gesundheitspersonal zu bewirken;
- die KLV sei so anzupassen, dass für komplexe und instabile Pflegeverhältnisse sowie für Demenz eine bessere Abbildung im Pflegebedarf erfolgt und die maximal entschädigte Pflegedauer auf mehr als 220 Minuten pro Tag angehoben wird;
- auf eine Ratifizierung des Übereinkommens zum Ausbau des Mutterschutzes (v. a. vom Arbeitgeber bezahlte Stillpausen) sei zu verzichten. <+CST

Im Jahr 2011
ist die Mitgliederzahl
bei *senesuisse*
weiter angewachsen.

Aktuelle Politik zu Palliativpflege und Demenz

↳ Die seit Jahren aktuellen Fragen der Altenpflege sind nun in der Bundespolitik angekommen. Während bei der Palliativpflege bereits erste Schritte vollbracht wurden, stehen die Bemühungen für Demenzpatienten noch in den Kinderschuhen. Wir hoffen auf baldige Lösungen, welche nicht nur Statistiken und Finanzierung umfassen, sondern auch inhaltliche Lösungen aufzeigen.

Es ist allgemein anerkannt, dass eine gut koordinierte palliative Betreuung sowohl qualitativer als auch kostengünstiger ist. Die übliche Pflege und Betreuung in der letzten Lebensphase ist mit spezialisierten Fachkräften zu bereichern. Entsprechend wurden und werden im Rahmen der „Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012“ besondere Fragen zur letzten Lebensphase diskutiert. Die sechs Teilprojekte beleuchten folgende Themen:

- Versorgung (Indikationskriterien und Qualitätskriterien)
- Finanzierung (ambulant und stationär)
- Sensibilisierung (Information und Kommunikation)
- Bildung (Kompetenzen der Pflegefachpersonen)
- Forschung (Grundlagen für die Palliativpflege)
- Umsetzung (Leitlinien für Bund, Kantone und Betroffene)

Besonders die Resultate der Arbeitsgruppen „Versorgung“ und „Sensibilisierung“ sind ermutigend. Während noch vor kurzer Zeit der Begriff Palliativpflege nur unter Fachleuten bekannt war, verstehen ihn heute eine Vielzahl der Schweizer Bürger. Es wurden zukunftsweisende Kriterien und Informationstools erarbeitet.

Mit der Anpassung von Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) auf das Jahr 2012 wollte

der Bundesrat auch einem Anliegen des Teilprojekts „Finanzierung“ entsprechen. Die Verordnung wurde ergänzt, so dass neu explizit auch „Koordinationsleistungen für komplexe und instabile Pflegesituationen“ von der Krankenkasse bezahlt werden. Dies ist aber kaum als Erfolg zu werten, sondern vielmehr als kleinstmöglicher Schritt zur Verbesserung der Vergütung. Die Finanzierung der palliativen Leistungen (vor allem im Bereich der stationären Langzeitpflege), die gemäss „Nationalen Leitlinien Palliative Care“ eine tragende Säule in der Grundversorgung darstellt, bleibt weitgehend ungeklärt.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen klar, dass in komplexen Fällen der Pflegeaufwand deutlich über der gesetzlichen Maximalgrenze des vergüteten Pflegebedarfs von 220 Minuten liegen kann. Heute hat dies für die Leistungserbringer und Patienten

unangenehme Kostenfolgen. Spätestens mit der Überprüfung der neuen Pflegefinanzierung sollte deshalb der Bundesrat auch die Festlegung der Pflegestufen nochmals überdenken und anpassen.

Ungelöst ist hierbei auch die Abgeltung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei demenzkranken Menschen. Gerade bei den auftretenden Symptomen von Unruhe, starken Gefühlen, Weglaufgefährdung, usw.

stehen Betreuungsleistungen im Vordergrund, die bis jetzt im Leistungskatalog KLV 7 nicht vorgesehen sind. Die geforderten Betreuungsmassnahmen sind aber notwendig, um angemessen auf die Auswirkungen der Demenzkrankheit zu reagieren.

Deshalb ist besonders die (von 112 Nationalräten unterzeichnete!) Motion zur „Steuerbarkeit der Demenzpolitik II“ positiv zu werten. Sie sieht eine gemeinsame Strategie von Bund und Kantonen vor, welche sich namentlich zu Forschung, Frühdiagnosen, Behandlungsmethoden und der Unterstützung von Pflegenden ausspricht. Bund und Kantone sollten auch hier die Zeichen der Zeit rechtzeitig erkennen und Lösungen schaffen.

Die Nationalräte beweisen ein besseres Pflichtbewusstsein als der Bundesrat. Dieser hatte sich mit folgender Argumentation noch gegen die Motion gewehrt: Mit der neuen Pflegefinanzierung sei die finanzielle Abgeltung ausreichend gelöst und der bestehende „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ kümmere sich genügend um die übrigen Fragen. Dass dies offensichtlich nicht genügt, sollte als nächstes auch der Ständerat einsehen und den Vorstoss definitiv zur Umsetzung überweisen. Bevor das dringende Anliegen wieder in Vergessenheit gerät...! ←CST

Am Ziel vorbei

Eingereichter Text

Es sind die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, damit alle Leistungen in den Alters- und/oder Pflegeheimen verglichen und auf ihre Rechtmässigkeit bezüglich Preis und Leistung überprüft werden können.

Begründung

Angesichts einiger Pflegeskandale besteht auch in der Schweiz ohne Zweifel ein Handlungsbedarf bei der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Problematisch ist, dass hierzulande nur wenig gesicherte wissenschaftliche Informationen zum tatsächlichen Stand der Pflegequalität in Heimen vorliegen. Die methodisch zuverlässige Messung und Überprüfung sowie systematische Sicherung der Pflegequalität ist vergleichsweise wenig entwickelt. Es fehlen insbesondere vergleichbare grossflächige, analytisch und methodisch korrekte empirische Forschungen zur Ergebnisqualität.



↳ Mit seiner parlamentarischen Initiative zum Vergleich der Pflegequalität in Alters- und Pflegeheimen, hat Nationalrat Borer gewiss ein interessantes Thema aufgegriffen, das er geschickt zu verpacken wusste. Leider zeugt die Initiative mit der dazugehörigen Begründung von zu wenig Sach- und Fachwissen, von schlauer politischer Positionierung und von Nähe zu den Krankenkassen – was sicher nichts mit Herr Borers Sitz im Beirat der Groupe Mutuel zu tun hat ...

Bereits der Initiativtext (siehe Kasten links) ist irreführend. Er suggeriert nämlich, dass die Leistungsverrechnung in Alters- und Pflegeheimen (APH) nicht rechtmässig erfolge und deshalb mittels grossflächiger Qualitätserhebungen zu überprüfen sei. Das ist natürlich – entschuldigen Sie die Ausdrucksweise – Quatsch! In unserem Wirtschaftszweig sind die Tarife kantonal flächendeckend einheitlich geregelt und die Einstufung erfolgt mit vorgegebenen Systemen, notabene ärztlich verordnet. Zudem schreiben die nationale Verordnung (KLV), kantonale Heimverordnungen sowie verbindliche Stellen- und Ausbildungsdotationen die Leistungen vor. Gesundheitsbehörden und Krankenkassen können jederzeit Controllings durchführen. Und genau in dieser Branche soll also Unrechtmässigkeit vorliegen, die eine flächendeckende zusätzliche Kontrolle und Überprüfung rechtfertigen sollte?

Notwendig sei „der Handlungsbedarf bei der Qualitätssicherung“ angeblich aufgrund einiger Pflegeskandale. Gemäss NR Borer fehlen korrekte empirische Forschungen zur Ergebnisqualität. Eine gross angelegte Forschung läuft derzeit über die „SHURP-Studie“ der Uni Basel. Doch selbst wenn deren Daten vorliegen: Wozu können sie dienen? Wohl kaum zur Vermeidung genau solcher Pflegeskandale! In den letzten 5 Jahren haben sich in den APH der Schweiz meines

Wissens 3 Vorfälle ereignet (bei immerhin 30 Mio. Pflegetagen pro Jahr), die zu Recht als Skandal bezeichnet wurden. Kein einziger Fall (z. B. pietätslose Handyfotos) hätte aber mit grossspurig angelegter Qualitätsforschung verhindert werden können. Mit technokratischen Mitteln lassen sich menschliche Unzulänglichkeiten nie beheben.

Bereits Ende der 90er Jahre wurde nach der Einführung des KVG der erste Versuch gestartet, die Ergebnisqualität in APH flächendeckend zu messen. Die „Paritätische Qualitätskommission“ mit Vertretern aus Krankenkassen und Heimen wollte Indikatoren (Messgrössen) zur Pflegequalität definieren und einführen. Dabei wurden auch Methoden und Beispiele aus dem Ausland geprüft. Das Ergebnis dieser Bemühungen war ernüchternd: Nichts ausser ein paar meist banaler Vorschläge zu Messthemen wie Dekubiti, Stürze, Medikamente und freiheitseinschränkende Massnahmen. Zu diesen Themen konnten wenigstens noch Messgrössen definiert werden, weil sie quantitativ erfassbar sind. Bereits die Experten waren sich aber uneinig, wie was genau gemessen werden müsse; geschweige denn, wie diese Messung flächendeckend, dauernd und akkurat umsetzbar seien.

Nebst der Frage der vernünftigen Umsetzbarkeit (im RAI/RUG-System können heute solche Daten ausgewertet werden) muss jedoch vielmehr gefragt werden, ob die Messung solcher Indikatoren überhaupt genügend Sinn ergibt. Was bringt es, wenn wir wissen, dass sich im Januar im „Heim X“ 5 Stürze ereignet haben und im „Heim Y“ nur 3? Dann müssen wir auch wissen weshalb. Weil es mit wenig oder mehr freiheitsbeschränkenden Massnahmen korreliert? Mag sein, vielleicht aber auch mit dem baulichen Standard oder dem unterschiedlichen Pflegebedarf der Bewohner. Sind die Heime überhaupt vergleichbar? Es ist sehr kompliziert und aufwändig, solche Indikatoren zu messen und eine brauchbare Interpretation zu finden. Und wie genau verbessert sich die Pflegequalität dadurch? Relevanter wäre sicher, die Ergebnisqualität auf das Wohlbefinden der Bewohner abzustützen. Nur lassen sich hierzu kaum objektive Messgrössen finden. Deshalb verlangen Parlamentarier flächendeckend quantitative Indikatoren, was aber der Pflegequalität wenig bis nichts bringt. Auch wenn uns die Experten, „Qualitätssicherer“ und Systemverkäufer, allzu gerne das Gegenteil beweisen möchten. Komischerweise waren meines Wissens zwei der skandalbetroffenen Heime qualitätszertifiziert. Natürlich bringt die Qualitätssicherung auf Stufe Betrieb einen gewissen Mehrwert. Aber sicher nicht die Anhäufung eines weiteren nationalen Datenfriedhofes.

Eine solche Datenerhebung könnte höchstens den Krankenkassen nützen. Bislang drückten diese die Pflegetarife, indem sie die tatsächlichen Kosten politisch und rechtlich anzweifeln, mittels Controlling die Einstufungen anfechten und die schriftliche Dokumentation der jewei-

ligen Pflegeeinstufung technokratisch überprüfen (und nicht etwa den tatsächlichen Zustand der Betagten). Nun soll es neu auch noch über die Qualitätsprüfung erfolgen: Aus einem möglichst komplexen System ergeben sich auf jeden Fall Angriffsflächen, um weitere Tarifreduktionen einzufordern. Die Beweislast würde einmal mehr mit Zusatzaufwand auf die Heime abgewälzt. Durch die geforderte Überprüfung der „Rechtmässigkeit bezüglich Preis und Leistung“, soll also eine weitere Schlinge um den Hals der Heimtarife gelegt werden.

Wer von der Notwendigkeit der fehlenden nationalen Qualitätsmessung noch nicht überzeugt ist, bekommt im Schlusssatz der Begründung das Killerargument geliefert. „Dies ist vor dem Hintergrund eines extrem teuren, jedoch wenig transparenten Pflegemarktes und einer systematisch schwachen Konsumentenstellung ein schwerwiegender Mangel.“ Wer kann da noch nein sagen? Nur sind diese Unterstellungen schlichtweg falsch. Extrem teuer? Eine Stunde Pflege kostet im Heim durchschnittlich 50 Franken, bei der Spitex rund 100 Franken und im Spital noch deutlich mehr. „Extrem günstig“, wäre also der wahrheitsgetreue Wortlaut! „Wenig transparent“? Der Pflegemarkt ist von A bis Z mit Gesetzen reglementiert. Wenn die Damen und Herren Politiker jetzt plötzlich ihre eigenen Vorschriften nicht mehr begreifen wollen, wäre vielleicht eher eine parlamentarische Qualitätssicherung angebracht.

Der parlamentarischen Initiative ist also wenig Positives abzugewinnen: Sie ist in der Begründung unsachlich oder falsch. Die Vorschläge sind nicht geeignet, um Pflegequalität zu prüfen und praktikable Verbesserungen herbeizuführen. Die Umsetzung würde trotz geringem Nutzen enorm aufwändig und teuer. Profitieren dürften höchstens die Krankenkassen, nicht aber die Bewohner. Der Bundesrat schlägt in die gleiche technokratische Kerbe und will die Verwaltung mit einer neuen Amtsstelle zur Patientensicherheit und Qualitätsprüfung zusätzlich aufblähen. Aufwand und Nutzen sind nicht zu rechtfertigen. Statt die KMU - zu denen auch Heime gehören - administrativ zu entlasten, würde wiederum eine zusätzliche Bürde auferlegt.

All diese Massnahmen zielen in die falsche Richtung. Es wird in der Politik nicht verstanden, welche Faktoren die Leistungsqualität im Heim tatsächlich positiv zu beeinflussen vermögen. Anstelle von flächendeckend administrierter Qualitätserhebungen und Sicherungsmassnahmen müsste auf Stufe Einzelbetrieb in die Führungskultur investiert werden, denn Qualität ist am Anfang und am Ende eine Frage der Führung. <|

BEAT WENGER <| BWE
Vorstand senesuisse

„Qualitätsmanagement“ in Heimen: von der Theorie zu einer nutzbringenden Lösung

↳ Die Forderung von verschiedenen Anspruchsgruppen nach einem wirksamen Qualitätsmanagement-System in Unternehmungen wird immer lauter. Auch Heime müssen sich zunehmend mit der Einführung eines solchen Systems auseinandersetzen. Die Angst vor dem enormen Aufwand und dem riesigen Papierkrieg lässt aber viele Verantwortliche vor einer Einführung zurückschrecken.

Das Alters- und Pflegeheim Rägeboge in Sigriswil am Thunersee und dessen 63 Mitarbeitenden haben die Herausforderung trotz allen Vorurteilen angenommen und mit der Unterstützung von inOri GmbH aus Interlaken die ISO-Zertifizierung geschafft.

inOri GmbH mit Sitz in Interlaken unterstützt Institutionen des Gesundheitswesens seit über 10 Jahren in der Erarbeitung und Einführung des prozessorientierten und integrierten inOri® Management-Systems.

www.inori.ch

Im September 2007 erteilte der Verwaltungsrat den Auftrag an die Heimleitung, ein Qualitäts-Managementsystem aufzubauen, mit dessen Hilfe die immer steigenden Anforderungen seitens der Behörden (z. B. Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF), aber auch aus den Bereichen Datenschutz, Hygiene, Lebensmittelkontrolle, Arbeitssicherheit, etc. jederzeit mit einem guten Gewissen sichergestellt werden können. In den Projektzielen wurden auch Aspekte aufgeführt, welche insbesondere den Mitarbeitenden helfen sollen, im immer komplexer werdenden Umfeld die geforderte Leistung auf eine für sie gut machbare Art und Weise zu erbringen:

- Transparente, prozessorientierte Struktur (elektronisch und papiermässig)
- Schlanke Arbeitsabläufe mit einfachen Instrumenten wie Formulare, Checklisten, etc.
- Klare Regelung der Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Stellvertretungen
- Integration der bestehenden/bewährten Instrumente (das Rad nicht neu erfinden)
- Betroffene Mitarbeitende zu Beteiligten machen



BÄRBEL BAMBERG-RIEGER ◀ IBBR
Heimleiterin Rägeboge

„Das Hauptziel, nämlich die Zufriedenheit der 49 Bewohnerinnen und Bewohner sowie der übrigen Gäste und Mitarbeitenden im Alters- und Pflegeheim Rägeboge, sollte dabei immer im Vordergrund stehen“, legte die Heimleiterin Bärbel Bamberg-Rieger zu Beginn des Projektes fest.

Die Heimleitung startete zusammen mit der spezialisierten Firma inOri GmbH die Konzeptphase, in welcher das Gerüst für das neue Managementsystem definiert wurde. Diese Grundlage sowie der Vorgehensplan zur Umsetzung des Vorhabens im Betrieb wurden vom Verwaltungsrat geprüft und freigegeben. Nun ging's an die konkrete Erarbeitung in der Realisierungsphase.

Je Prozess (Pflege und Betreuung, Küche, Hauswirtschaft, etc.) wurden unter der externen Leitung von

Otto Risi der Firma inOri GmbH die Anforderungen, Grundlagen und möglichen Lösungsansätze gemeinsam behandelt. Viele Erfahrungen und Vorlagen konnten ausgetauscht und so voneinander profitiert werden. Die Prozessabläufe wurden unter Einbezug der betroffenen Mitarbeitenden, die damit auch gleich zu Beteiligten wurden, definiert. Auf diese Weise erarbeitete Instrumente wie auch Optimierungen in den Abläufen und in der elektronischen Datenablage wurden sofort eingeführt, so dass sich der Zusatzaufwand aus den Workshops schnell bezahlt machte.

Die im Vorfeld des Projektes teilweise etwas skeptischen Mitarbeitenden konnten schnell den persönlichen Nutzen des Managementsystems erleben und fingen Feuer, was sich wiederum in der Mitarbeit im Projekt auswirkte.

Am 1. und 2. Juli 2010 erfolgte die offizielle Überprüfung durch die SQS. Das Qualitäts-Managementsystem des Alters- und Pflegeheims Rägeboge wurde nach den international gültigen Normen ISO 9001:2008 geprüft. Die Zertifizierung konnte mit Bravour und ohne Auflagen erreicht werden. ◀ inOri GmbH



Portrait Alters- und Pflegeheim Rägeboge

↳ Das private Alters- und Pflegeheim Rägeboge in Sigriswil ist 1996 eröffnet worden und wird seither als Familienbetrieb geführt. Herr und Frau Rieger haben Pionierarbeit geleistet und das Haus zusammen mit ihrer Tochter Bärbel Bamberg aufgebaut. Im Jahr 2001 wurde der Betrieb von einer Kollektivgesellschaft in eine Aktiengesellschaft umgewandelt.

In den ersten Jahren ist die Bewohnerzahl stetig gestiegen, mit ihr die Mitarbeiterzahl und so wurde es notwendig klare Strukturen aufzubauen, um den optimalen Ablauf und eine gute Organisation zu gewährleisten.

Die 49 BewohnerInnen im Rägeboge sind einerseits betagte Menschen aus der Region und andererseits ältere Personen mit psychischen Erkrankungen, die aus einem grösseren Einzugsgebiet kommen. Sie werden von 63 Mitarbeitenden in den verschiedenen Bereichen betreut.

www.raegeboge.ch

Die Zimmer sind im Rägeboge unterschiedlich in Grösse und Lage. Vielfach befinden sich die Nasszellen im Zimmer, teilweise teilen sich 2-3 Bewohner ein Badezimmer.

Die Aktivierung und Beschäftigung der BewohnerInnen hat einen grossen Stellenwert. Die Angebote der Einzel- und Gruppenbetreuung sind vielfältig und werden vielfach täglich besucht. Auch die Ausflüge mit dem Heimbus werden als willkommene Abwechslung sehr geschätzt.

Die Küche geht mit täglichen 4-Gang-Menüs, Wochenhit und Abendkarte auf die Wünsche der Bewohner ein und versucht gleichzeitig eine schmackhafte, gesunde und abwechslungsreiche Ernährung zu bieten.

Die Pflege hat einerseits das Ziel die Ressourcen der BewohnerInnen zu erhalten und andererseits eine kompetente, zeitgemässe Pflege zu gewährleisten.

Die Heimleitung legt grossen Wert auf eine individuelle, den Bedürfnissen der alten Menschen angepasste Pflege und Betreuung. Das erfordert Flexibilität und die Bereitschaft, immer wieder neue Wege zu gehen. Die Arbeit bleibt dadurch spannend und bietet täglich neue Herausforderungen. ◀ IBBR

Neues Fachmagazin der senesuisse

↳ Wie Sie sehen, haben wir das Fachmagazin der *senesuisse* neu gestaltet. Wir sind bemüht die Inhalte so informativ, so verständlich und so attraktiv aufzubereiten, dass sie auch gerne gelesen werden. Weil es uns wichtig ist, dass unsere gemeinsamen Anliegen von möglichst vielen Verantwortlichen wahrgenommen und aktiv unterstützt werden. Um den Bezug zu einander auch sichtbar zu machen, haben wir uns entschlossen, statt den bisherigen Standardfotos, authentische, in ihren Institutionen aufgenommenen Aufnahmen zu verwenden. Wenn Sie Anregungen haben, die der Sache dienen, lassen Sie es uns wissen. ◀ I SKU

Impressum

senesuisse
Verband wirtschaftlich unabhängiger
Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz

Erscheinungsweise: 3x jährlich
Auflage: 2600 Exemplare
1900 Deutsch | 700 Französisch

Redaktionsadresse
senesuisse
Kapellenstrasse 14
Postfach 5236 | 3001 Bern
031 390 99 19
info@senesuisse.ch

Gestaltung | Fotografie
STANISLAV KUTAC ◀ I SKU
stanislavkutac.ch

ERFAHRUNG,
DIE SICH AUSZAHLT.



WWW.HOTELA.CH