

Stellungnahme der Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen (BIVA) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit - Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

## 1. Vorbemerkung

Die BIVA begrüßt die vorgesehene Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des Neuen Begutachtungsassessments. Ebenfalls begrüßenswert sind die dem Zusammenhang geschuldeten Umstellungen von Vorschriften sowie die Straffung einiger Regelungen. Begrüßt wird auch, dass der Entwurf Korrekturen zu den Ungereimtheiten vorsieht, die sich durch das PSG I eingeschlichen haben (z.B. durch Änderung des § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Allerdings sieht die BIVA noch weitere Änderungs- und Ergänzungsbedarfe, die nachstehend dargestellt werden.

Als Interessenvertretung und Verbraucherschutzorganisation erleben wir täglich an unseren Beratungstelefonen die Unzufriedenheit der pflegebetroffenen Menschen, dazu gehören Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Das beste Gesetz kann nicht alle Einzelfragen für 2,5 Mio. Pflegebedürftige abschließend regeln. Den Institutionen der Pflegeselbstverwaltung kommt daher eine große Bedeutung zu. Um sachgerechte Entscheidungen zu treffen, die von den Menschen breit akzeptiert werden, müssen sie alle beteiligten Gruppen repräsentieren. In diesem Zusammenhang vermischen wir die längst überfällige und von Regierungsseite angekündigte stimmberechtigte Teilhabe der Interessenvertretungen Betroffener an den laufenden Entscheidungen im Rahmen der Pflegeselbstverwaltung. Wir werden dieser zentralen Frage ein besonderes Augenmerk widmen und sie zu Beginn abhandeln.

Auch nach optimistischen Vorstellungen wird es noch zweieinhalb Jahre dauern, bis die vorgeschlagenen strukturellen Änderungen z.B. hinsichtlich der Qualitätsprüfungen umgesetzt sind. Der Gesetzesentwurf schweigt sich darüber aus, wie in der Zwischenzeit verfahren werden soll. Wir werden auch hierzu im Interesse der Betroffenen am Ende unserer Ausführungen Stellung nehmen.

## 2. Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Interessenvertretungen

Die BIVA protestiert entschieden, dass in dem vorgelegten Entwurf – entgegen der Ankündigungen des Pflegebeauftragten vom April - weiterhin die Interessensvertretungen der Pflegebedürftigen nicht wirklich an den Entscheidungsfindungen beteiligt sind. Der neue zentrale Pflegequalitätsausschuss zementiert weiterhin die bisherige Entscheidungsstruktur der beiden „Bänke“ – die der sog. Leistungsträger und der Leistungserbringer. Die Beteiligungsmöglichkeiten der Betroffenen bleiben – von kleinen redaktionellen oder kosmetischen Umformulierungen abgesehen – unverändert und sind faktisch nicht vorhanden.

### **Die BIVA fordert eine stimmberechtigte Beteiligung der Betroffenen bzw. ihrer Organisationen in den Organen der Pflegeselbstverwaltung**

Dafür sprechen folgende Gründe:

1. Entgegen der landläufigen Meinung wird der Pflegesektor – im Unterschied zum Gesundheitssektor - nicht hauptsächlich von den Kassen oder den Sozialhilfeträgern finanziert. Den Löwenanteil von etwa 46% bei den stationären Einrichtungen tragen die Heimbewohner durch ihre Zuzahlungen. Im ambulanten Bereich, bei denen die kaum vergüteten Angehörigenleistungen bestimmend sind, liegt die Situation ähnlich. Es ist nicht einzusehen, warum der Hauptfinanzier der Pflege, nämlich die Pflegebedürftigen selbst bzw. ihre Angehörigen, zwar automatisch Kosten- und Leistungsvereinbarungen übernehmen müssen, diese aber in keiner Weise mitbestimmen dürfen.
2. Die Erfahrungen der letzten 6 Jahre zeigen, dass die Pflegeselbstverwaltung in ihrer bisherigen Form nicht in der Lage war, einfachste Verbesserungen in den Pflege-transparenzvereinbarungen durchzusetzen. Die Schiedsstelle brachte – nach endlosen Runden - nur „weichgespülte“ (Laumann) Lösungen hervor, die keinem wehe taten. Dies zeigt ein Grundproblem: die beiden sich blockierenden „Bänke“ sind so ineinander verbissen, dass für die Betroffenen und die Bürger sinnvolle Entscheidungen von hier aus nicht automatisch erwartet werden können. Wenn nicht in Zukunft jedes Mal das BMG – in Gestalt des stimmberechtigten Vorsitzenden – die Entscheidungen treffen will, muss das „Denken in Bänken“ aufhören.
3. Gerade die Leistungsempfänger (und zugleich wahren Leistungsträger) sind gut in der Lage, die Qualität der ihnen gebotenen Leistungen unmittelbar zu bewerten. Sie sollten, repräsentiert durch ihre Interessenvertretungen, z.B. bei der Beschlussfassung über wissenschaftlich erarbeitete Expertenstandards, bei der Modellierung der Prüfungen und der Gestaltung der Veröffentlichung, sowie bei der Entscheidung um die Konsequenzen bei Nichterfüllung der Standards, stimmberechtigt mitentscheiden dürfen. Die Interessenvertretungen sind durch ihre tägliche Arbeit „nah dran“ an den erlebten Problemen der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Sie können gehaltvolle Beiträge leisten, wenn es um das Finden von Lösungen geht.

4. Nicht zuletzt wird das Wettbewerbselement, das Qualität sichern und fördern soll, ausgehebelt, indem privatwirtschaftlich ausgerichtete Anbieter und behördlich geprägte Kassen allein festlegen, was Pflegequalität ist. Bestes Beispiel: Die Pflegenoten mit einem Durchschnitt von 1,3, der zwar technisch einwandfrei ermittelt wird aber völlig an der erlebten Wirklichkeit vorbei geht und deshalb von keinem Bürger ernst genommen wird.

### 3. Pflegequalitätsausschuss (§ 113b)

Grundsätzlich begrüßt die BIVA, dass mit dem Pflegequalitätsausschuss jetzt ein zentrales, entscheidungsbefugtes Gremium zu allen Fragen der Festlegung, Messung und Veröffentlichung von Pflegequalität (§ 113- § 115) gebildet werden soll. Es ist zu begrüßen, dass im Entwurf auch Vorgaben für grundlegende Prozesse und Strukturen dieses Ausschusses gemacht werden. Wir können aber aus den oben dargelegten Gründen nicht akzeptieren, dass gerade in diesem Gremium, in dem die Grundfragen von Pflegequalität - Definition, Messung und Veröffentlichung für die Verbraucher - festgelegt wird, die Organisationen der Betroffenen wie bislang nur beratend und nicht stimmberechtigt vertreten sind.

**Die BIVA fordert, die maßgeblichen Interessenvertretungen der Pflegebedürftigen und des Verbraucherschutzes stimmberechtigt am Qualitätsausschuss zu beteiligen.**

Es findet unsere Zustimmung, dass dieser mit einer wissenschaftlichen Kompetenz, einem eigenen Budget und einer kompetenten Geschäftsstelle ausgestattet sein soll. Es ist allerdings nicht einleuchtend, warum die Kostenübernahme durch Mittel der Pflegeversicherung auf 5 Jahre begrenzt sein soll. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zeigen, dass die Weiterentwicklung der Pflegestandards und der Qualitätsparameter immer wieder an neue Erkenntnisse und Bedürfnisse angepasst werden muss und damit eine Daueraufgabe ist.

**Wir meinen, dass die Finanzierung der Geschäftsstelle dauerhaft gesichert sein muss.**

In inhaltlicher Hinsicht unterstützen wir die Präferenzierung von indikatorengestützten Verfahren und stärker ergebnisorientierter Prüfdesigns (Wingefeld). Die Basisdaten werden dabei von den Heimen selber erhoben. Es leuchtet ein, dass deshalb besonders strenge stichprobenartige Kontrollen von externer Seite vorgesehen werden müssen um Datenmanipulationen zum Schaden der Pflegebedürftigen zu verhindern. Verstöße erfordern strenge Sanktionen mit Abschreckungswirkung. Nur als Fußnote soll angemerkt werden, dass indikatorengestützte Verfahren bereits im Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2012 vorgesehen waren – und von der bisherigen Pflegeselbstverwaltung nicht umgesetzt wurden.

## 4. Verschlechterungen der Leistungen?

Einige der vorgesehenen Neuerungen könnten zu Lasten der Pflegebedürftigen zur Verschlechterung der Leistungen durch die Pflegekassen oder auch der Betreiber führen.

### 4.1. Eigenanteile

Mit einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen soll erreicht werden, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. Dies ist auf den ersten Blick zu begrüßen. Allerdings sehen wir einen Widerspruch zu der Regelung in § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI, wonach die Pflegesätze leistungsgerecht sein müssen. Allein die unterschiedlich hohen Leistungen der Pflegekassen werden - bezogen auf die Pflegebedürftigen - nicht zu einer Leistungsgerechtigkeit führen. Dies kann dazu führen, dass die Pflegebedürftigen mit niedrigen Pflegegraden mit ihren Eigenanteilen verstärkt die Kosten der Leistungen für Pflegebedürftige höherer Pflegegrade auffangen müssen. Zudem ist nicht ersichtlich, wie Entgelterhöhungen vermieden werden können, wenn sich die Zusammensetzung der Bewohnerschaft im Hinblick auf die Pflegegrade ändert.

### 4.2. Notwendige Abgrenzung der verschiedenen Betreuungsbegriffe

Der Begriff der sozialen Betreuung ist im Referentenentwurf nicht mehr vorgesehen. Wir befürchten, dass damit für die Pflegebedürftigen (= Verbraucher) eine Verschlechterung der diesbezüglichen Leistungen einhergeht, und zwar aus folgenden Gründen:

Bereits vor Einführung des noch aktuellen § 87b SGB XI war die soziale Betreuung in Form von Gruppen- und Einzelbetreuung Bestandteil der Leistungen stationärer Pflegeeinrichtungen. Die diesbezüglichen Kosten sind in den Pflegesätzen enthalten. Damit wurden und werden sie mit über die Eigenanteile der Pflegebedürftigen finanziert. Mit der Umsetzung der Möglichkeit, zusätzliches Betreuungspersonal auf Kosten der Pflegekassen zu beschäftigen, wurden diese Leistungen der primären Betreuung in der Praxis jedoch teilweise eingeschränkt oder sie sind insoweit insgesamt weggefallen. Inwieweit eine „Erweiterung“ der Betreuungsleistungen durch den Einsatz zusätzlichen Personals tatsächlich erfolgt, ist in vielen Fällen intransparent.

Zudem haben sich die Betreuungskräfte Richtlinien nicht bewährt, was insbesondere folgendem darin enthaltenen Satz geschuldet ist: „Zusätzliche Betreuungskräfte dürfen nicht regelmäßig in grundpflegerische sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden“. Diese Formulierung führt dazu, dass sich manche Einrichtungen durchaus berechtigt sehen, die Betreuungskräfte - wenn auch nicht regelmäßig (Was ist „regelmäßig“?) - in grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten einzubinden.

Daher sollte bereits im Gesetz (§43b- E) zum Ausdruck kommen, dass pflegerische Leistungen oder Leistungen der Hauswirtschaft, die nicht mit den Bewohnern sondern lediglich für diese erbracht werden, keine Leistungen der zusätzlichen Betreuung sein können. Darüber

hinaus muss gewährleistet sein, dass die in den Pflegesätzen enthaltene primäre?! soziale Betreuung mit der zusätzlichen Betreuung nicht mit abgedeckt wird. Der Verbraucher hat das Recht erkennen zu können, welche Art der (sozialen) Betreuung in den von ihm mitfinanzierten Leistungen enthalten ist und welche pflegekassenfinanzierte Betreuungs- und Aktivierungsleistungen er zusätzlich verlangen kann.

Zudem sollte die zusätzliche Betreuung und Aktivierung schwerpunktmäßig eher unter Anleitung der originären Betreuungsfachkräfte als unter Anleitung von qualifizierten Pflegekräften erfolgen. Dies wird dem Aufgabenfeld gerechter und kann dazu beitragen, Fehleinsätze im pflegerischen Bereich zu minimieren.

Wir befürchten, dass mit der im Entwurf in §§ 82 Abs. 1 Satz 3 und § 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI gewählten Formulierungen – jedenfalls für rein körperlich Beeinträchtigte – die soziale Betreuung nahezu ganz herausfällt und die dort genannte Betreuung eher den demenziell Erkrankten (lediglich) in Form der Beaufsichtigung zugeordnet wird.

Entsprechende Abgrenzungskriterien sollten daher direkt in das Gesetz aufgenommen werden.

#### **4.3. Wegfall des Zuschusses in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge bei nicht notwendiger vollstationärer Versorgung (§ 43 Abs. 4 SGB XI)**

Ein Zuschuss in Höhe der vollen ambulanten Sachleistungsbeträge bei nicht notwendiger vollstationärer Versorgung ist nicht mehr vorgesehen. Aus der Begründung ergibt sich nicht, jedenfalls nicht überzeugend, weswegen nunmehr eine Kürzung auf 80 Prozent vorgesehen ist. Zudem: Anhand welcher Kriterien wird die Notwendigkeit ermittelt? Reicht drohende Vereinsamung trotz der jetzt auch im ambulanten Bereich ausgeweiteten Leistungen zur Wahrnehmung von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten aus?

### **5. Erweiterter Handlungsbedarf, der im Entwurf nicht berücksichtigt ist**

Insbesondere für den Bereich der vollstationären Dauerpflege besteht weitergehender Änderungs- und damit gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Beispielhaft seien hierzu die Bereiche Behandlungspflege, Rahmenverträge sowie Verbraucherinformation bei festgestellten Mängeln genannt.

#### **5.1. Behandlungspflege**

Nicht länger hinnehmbar ist, dass die Kosten der Behandlungspflege weiterhin in den Pflegesätzen enthalten sind und damit letztlich den Bewohnern/deren Angehörigen/den Sozialhilfeträgern in Rechnung gestellt werden. Hier muss über die an sich zuständigen Krankenkassen ein – ggf. pauschalierter – Ausgleich geschaffen werden. Zugleich muss sichergestellt

werden, dass die finanzielle Erleichterung tatsächlich den Eigenanteil der Bewohner an den Heimkosten schmälert und nicht den Betreibern zugutekommt.

## 5.2. Rahmenverträge

Die Vorgaben in § 75 SGB XI sollten in folgenden Punkten erweitert werden.

- **Veröffentlichung:** Die in den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI – so sie denn vorhanden sind<sup>1</sup> - aufgeführten Leistungen wirken sich auf die Ansprüche der Bewohner aus. Aus Verbrauchersicht wünschenswert ist es, die Rahmenverträge in jeweils aktueller und durchgeschriebener Fassung den Interessierten öffentlich kostenlos und leicht auffindbar<sup>2</sup> zugänglich zu machen. Eine entsprechende Verpflichtung sollte im Gesetz verankert sein
- **Regelmäßige Anpassungen:** Zudem wäre es sinnvoll, den Partnern der Rahmenverträge im Gesetz aufzugeben, die Rahmenverträge spätestens alle fünf Jahre auf deren Aktualität hin zu überprüfen und ggf. anzupassen.
- **Fristsetzung:** Im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird es notwendig werden, die Rahmenverträge neu zu vereinbaren. Hierzu sollte im Gesetz(entwurf) eine Frist vorgesehen werden.
- **Abgrenzung von Regel-, Zusatz- und sonstige Leistungen:** Sehr unterschiedlich in den einzelnen Bundesländern ist geregelt, was noch als Regelleistungen oder schon als Zusatzleistung angesehen wird. Dies wird man hinnehmen müssen. Allerdings fehlt im Gesetz eine Definition zu den „sonstigen Leistungen“ mit der Folge, dass Unklarheit darüber besteht, ob es „sonstige Leistungen“ überhaupt gibt und wenn ja, wie mit ihnen umgegangen werden kann oder muss. Diese Lücke gilt es zu schließen.
- **Beteiligung von Verbraucherverbänden:** Nicht zuletzt halten wir es für erforderlich, die Verbraucherverbände an den Verhandlungen zumindest zu den Regelungen zu beteiligen, die die Regelleistungen betreffen. Diese Leistungen korrespondieren mit den Leistungen, die die betroffenen Verbraucher als Mindestleistungen erwarten können und für die sie – wie ausgeführt –in finanzieller Hinsicht auch größtenteils selbst aufkommen müssen.

## 5.3. Verbraucherinformation und –beteiligung bei festgestellten Mängeln

Gemäß § 115 Abs. 3 SGB XI sind die vereinbarten Pflegevergütungen bei Pflichtverletzungen zu kürzen.

Zu wünschen ist, dass zur Effektivität des § 115 Abs. 3 SGB XI Verbesserungen erfolgen. So erscheint es den Schiedsstellen Schwierigkeiten zu bereiten, „gerichts feste“ Kürzungen vorzunehmen. In Zeiten, in denen der Transparenz großes Gewicht zukommt, ist zudem schwer verständlich, dass die betroffenen Pflegebedürftigen – oder jedenfalls die Bewoh-

---

<sup>1</sup> z.B. gibt es in Niedersachsen für den Bereich der Kurzzeitpflege keinen entsprechenden Rahmenvertrag

<sup>2</sup> diese sind zwar teilweise unter <http://www.aok-gesundheitspartner.de/> zu finden, jedoch nicht für alle Bundesländer und nicht immer aktuell

nervertretung – am Verfahren zur Kürzung der vereinbarten Pflegevergütungen nicht beteiligt werden müssen. Hierzu besteht Änderungsbedarf. Darüber hinaus sollte in das Gesetz ein Passus aufgenommen werden, der die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen enthält, in ihren Verträgen mit den Verbrauchern deren Rechte nach § 115 SGB XI in leicht verständlicher Sprache darzustellen. So ist z. B die Regelung in § 115 Abs. 3 „§ 66 des Fünften Buches gilt entsprechend“ kaum - teilweise noch nicht einmal den Mitarbeitern der Pflegekassen – bekannt. Zudem sollte sich die Kürzungs- und Unterstützungsmöglichkeit auch auf die Bereiche „Unterkunft“ und „Verpflegung“ erstrecken.

## **6. Benutzung verständlicher Sprache, fehlende Definitionen**

Der Gesetzgeber ist gehalten, Gesetze in verständlicher Sprache zu formulieren. Insoweit verweisen wir auf die Ausführungen zum 20. Berliner Forum der Deutschen Gesellschaft für Gesetzgebung (DGG) vom 10. September 2014

([https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw37\\_krings/297188](https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw37_krings/297188)).

Dieser Anforderung wird der Referentenentwurf nicht gerecht. Beispielhaft werden hierzu nachstehend Formulierungen aufgeführt, die zu Irritationen führen können.

### **6.1. Präzisierung von „Betreuung“**

Entsprechend dem neuen Pflegebegriff und dem neuen Verständnis von Pflege wird Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen. Gleichwohl enthält das Gesetz zum Begriff „Betreuung“ unterschiedliche Begrifflichkeiten.

So wird für den häuslichen Bereich, z.B. in § 115 Abs. 1b SGB XI, der Begriff „pflegerische Betreuung“ verwandt (womit im Übrigen zugleich assoziiert wird, dass die Betreuung insofern durch professionell Pflegenden zu erfolgen hat).

§ 43 Abs. 2 SGB XI enthält den Begriff „soziale Betreuung“ nicht mehr, in § 75 SGB XI ist er jedoch noch zu finden.

Die inhaltlichen Unterschiede der einzelnen Begriffe sind jedoch nicht erkennbar. Wir wünschen uns eine möglichst klare inhaltliche Präzisierung des Betreuungsbegriffs, ggf. der einzelnen Betreuungsbegriffe.

### **6.2. Legaldefinition „Unterkunft“**

Zum Begriff „Unterkunft“ (insbesondere §§ 82, 87 SGB XI) bestehen Irritationen. Selbst in den einzelnen Rahmenverträgen gem. § 75 SGB XI wird der Begriff unterschiedlich definiert. Verbraucher setzen diesen Begriff häufig gleich mit Wohnraummiete und können sich dann die hohen Investitionskosten nicht erklären.

Hier wäre eine Legaldefinition wünschenswert.



### 6.3. Geschlechtergerechte Formulierungen

Nicht verständlich ist, dass einerseits sowohl die männliche als auch die weibliche Form – z.B. „Helferinnen und Helfer“ in § 45a Abs.1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI – andererseits die rein männliche Form – z.B. der Pflegebedürftige, der Antragsteller u.a. in § 7 Abs. 4 SGB XI – bzw. männliche Formen als geschlechtsneutral zu verstehende Gattungsbegriffe verwandt werden (Begründung S. 124 letzter Absatz). Besonders irritierend ist, wenn – wie in § 7a Abs. 1 Satz 1 SGB XI - innerhalb eines Halbsatzes die weibliche Form weggelassen („dem Anspruchsberechtigten“) und verwendet („ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin“) wird.

### 6.4. „auf Anforderung“, „auf Wunsch“

An verschiedenen Stellen – so z.B. in § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB XI – ist geregelt, dass der Pflegebedürftige bestimmte Informationen u.ä. nur auf Anforderung erhält. Hierzu müsste zumindest geregelt sein, dass der Pflegebedürftige darauf hinzuweisen ist, dass er entsprechende Leistungen auf Anforderung erhalten kann. Entsprechende Hinweisregelungen müssen auch zu Formulierungen wie „auf Wunsch“ o.ä. erfolgen.

### 6.5. Klarstellung zum Begriff der „Pflegeberatung“

Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht nach

- § 7a SGB XI für „Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten“
- § 28 Abs. 1a SGB XI für (alle) Versicherten
- § 28a SGB XI (nur?) bei Pflegegrad 1

Hier bedarf es einer Klarstellung. Diese könnte im Hinblick auf § 28a SGB XI etwa dadurch erfolgen, dass die Überschrift ergänzt wird um die vorgestellten Worte „Überblick über die“, mithin die Überschrift dann lautet: „Überblick über die Leistungen bei Pflegegrad 1“

### 6.6. Klarstellung zur (Mindest-) Dauer der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI liegt nur dann vor, wenn die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen mit daraus resultierendem Hilfebedarf voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorliegen. Der Begründung ist zu entnehmen, dass Dauerhaftigkeit auch dann gegeben ist, wenn die verbleibende Lebensspanne möglicherweise (*auch: voraussichtlich?*) weniger als sechs Monate beträgt. Entsprechendes sehen die MDK-Begutachtungsrichtlinien bereits heute vor. Gleichwohl bestehen in der Praxis häufig Missverständnisse darüber, dass Leistungen der Pflegeversicherung auch in solchen Fällen in Anspruch genommen werden können.

Wir regen daher an, § 14 Abs. 1 SGB XI einen weiteren, klarstellenden Satz anzufügen, etwa dahingehend:

„Abweichend von Satz 3 ist Dauerhaftigkeit auch dann gegeben, wenn die verbleibende Lebensspanne möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt“.



## 7. Regelungen für die Übergangszeit

### 7.1. Vorbemerkung

Zunächst muss festgehalten werden, dass auch nach den am meisten optimistischen Vorstellungen die Maßnahmen frühestens 2018 greifen können, möglicherweise noch später. Allein in den nächsten zweieinhalb Jahren werden ca. 1 Mio. Menschen einen Heimplatz (und weitere Hunderttausende einen Anbieter für ambulante Pflegeleistungen ) suchen. Diese Menschen benötigen auch in der Übergangszeit eine Orientierungshilfe bei ihren Entscheidungen. Der Gesetzesentwurf übergeht diese Frage und sieht damit wohl eine Beibehaltung der bisherigen Praxis (regelmäßige MdK-Prüfungen, Veröffentlichung in streng vereinbarter Form, Beibehaltung der Schulnoten) vor. Die BIVA hat dazu folgende Positionen.

### 7.2. Vorläufige Beibehaltung der MDK-Prüfungen und der bisherigen Prüfsystematik

Wir befürworten grundsätzlich ein vorläufiges Beibehalten der bisherigen regelmäßigen MDK-Prüfungen. Dies schon allein, um in den nächsten Jahren überhaupt eine regelmäßige Kontrolle zu haben. Die MDK-Prüfungen folgen einer einheitlichen – sicher verbesserungsfähigen – Prüfsystematik und schaffen damit prinzipiell vergleichbare Ergebnisse. Die parallel durchgeführten Prüfungen der Heimaufsichten bieten keine Alternative dazu. Die MDK-Prüfergebnisse sind damit zurzeit – und in absehbarer Zukunft – die einzige flächendeckende Informationsquelle zur Qualität der Pflege in Deutschland. Sie bilden z. B. auch die Datengrundlage für die regelmäßig veröffentlichten „Berichte zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“.

Wenngleich wir kurzfristig keine Alternative zu den MDK-Prüfungen sehen, kritisieren wir die zu stark an der Pflegedokumentation ausgerichtete gegenwärtige Prüfmethode. So ist z.B. nur bei 14 von 36 bewohnerbezogenen Kriterien auch eine tatsächliche Inaugenscheinnahme des betreffenden Bewohners in den Prüfrichtlinien vorgesehen. Wir wünschen uns, dass die unmittelbare Inaugenscheinnahme der Bewohner deutlich gesteigert wird. Die Größe der Bewohner-Stichproben (laut MDS-Bericht durchschnittlich 7 Personen, aufgeteilt auf drei Pflegestufen) führt auf ein einzelnes Heim bezogen zu einem sehr großen statistischen Fehler.

**Vorschlag für die Übergangszeit: Die Größe der Bewohnerstichprobe sollte mindestens verdoppelt werden.**

### 7.3. Einbeziehung der Interessensvertretungen der Pflegebedürftigen bei der Veröffentlichung der Prüfergebnisse

Wir sehen wie viele andere Experten die Problematik, wenn Prüfergebnisse weiterhin veröffentlicht werden, die allgemein – auch von der Bundesregierung selber - als wenig geeignet qualifiziert werden. Nur, was ist die Alternative? Keine Veröffentlichung bedeutet über-

hauptsächlich keine öffentlich zugänglichen standardisierten Daten für die nächsten mindestens zweieinhalb Jahre.

Nach Abwägung der Vor- und Nachteile befürwortet die BIVA die weitere Veröffentlichung der Prüfergebnisse – allerdings in einer deutlich veränderten, verbraucherfreundlichen Form unter Einbeziehung der Interessensvertretungen.

Die bisherige Art der Veröffentlichung ist in den sog. Pflge-Transparenzvereinbarungen (PTV) zwischen den Parteien bis ins kleinste Detail geregelt. Sie erfüllt die vom Gesetzgeber geforderten Kriterien „Verständlichkeit, Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit“ in keiner Weise.

Dies betrifft u.a. die für eigene Recherchen und Vergleiche völlig ungeeignete Darstellung in Form eines 5-seitigen Textdokuments für jedes Heim. Dabei könnte man die Ergebnisse sehr leicht in Form einer im Internet abfragbaren Datenbank publizieren. Das tut man leider gerade nicht. Wir haben den Eindruck, dass ganz bewusst eine Veröffentlichungsweise gewählt wurde, die formal alles zeigt, in der Praxis jedoch jede wirkliche Analyse für einen einzelnen Verbraucher unmöglich macht. Andernfalls würden die Verbraucher selbst zu einem regulierenden Marktinstrument werden, was für die Schöpfer dieses Desinformationsinstruments offensichtlich nicht das erste Ziel war.

Wir halten es nach allen Erfahrungen der Vergangenheit für extrem unwahrscheinlich, dass sich die bisherigen PTV-Parteien in der Zwischenzeit auf ein besseres und verbraucherfreundliches Darstellungsverfahren einigen.

**Die BIVA schlägt deshalb vor, die vollständigen Daten der Prüfergebnisse der Heime und ambulanten Dienste den Interessenvertretungen der Pflegebedürftigen in maschineller Form zur Verfügung zu stellen, damit diese daraus nutzerfreundliche Informationsangebote erstellen können. Dies könnte durch eine einfache Klarstellung im §115 geschehen.**

Diese Organisationen wären mit den Daten in der Lage, nach eigenen Kriterien auf die Bedürfnisse der Betroffenen hin optimierte Internetportale zu erstellen. Sie können eine freie Darstellungsform wählen, besonders wichtige Punkte etwa zur Wundversorgung oder zur Ernährungssituation herausstellen und die Prüfdaten auch mit anderen relevanten Qualitätsinformationen, etwa den Berichten der Heimaufsichten (falls vorhanden), Pressemeldungen etc. kombinieren. Die BIVA hat als Pilotprojekt derartige Veränderungen und Neuberechnungen vorgenommen. Es zeigte sich dabei eine deutliche Erhöhung des Verbrauchernutzens.

Eine Interessenvertretung ist auch nicht in dem Maße wie das quasi hoheitlich aufgestellte Kassensystem an die strikte Beachtung des Prinzips der im Grundgesetz geschützten unternehmerischen Betätigungsfreiheit der Träger gebunden. Demgegenüber hat sie aus dem ebenfalls grundgesetzlich verankerten Recht auf Meinungsfreiheit weitergehende Handlungsmöglichkeiten – natürlich im Rahmen der bestehenden Gesetze.

Grundsätzlich muss sich der am freien Markt tätige Betreiber einer Pflegeeinrichtung an den von ihm erbrachten Leistungen messen lassen. Die widerstreitenden Interessen zwischen Betreibern und Bewohnern bzw. deren Verbänden sind dann nur im Wege praktischer Konkordanz zu lösen. Eine Einschränkung der Meinungsfreiheit ist daher nur soweit zulässig, als nur beleidigende oder unzutreffende Behauptungen zu den Prüfberichten nicht erlaubt sein dürfen.

#### **7.4. Sofortige Abschaffung der Schulnoten**

Nach dem Referentenentwurf sollen die bisherigen Schulnoten vorläufig beibehalten werden. Sie stehen in ganz besonderem Maße für die Sinnleere des bisherigen Systems und werden von allen Beteiligten scharf abgelehnt. Es ist nicht nötig, die vielfach vorgetragenen Kritikpunkte hier zu wiederholen.

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, dass besonders dieses extrem in die Irre führende Notensystem nun für weitere Jahre beibehalten werden soll.

**Wir fordern deshalb eine sofortige Aussetzung des Schulnotensystems. Konsequenterweise müsste den Anbietern untersagt werden, mit den Noten zu werben.**

Damit stellt sich unmittelbar die Frage, wie in der Zwischenzeit – bis ein neues Prüfsystem etabliert ist - eine schnelle übersichtsartige Information des Verbrauchers erfolgen kann. Eine textliche Bewertung, wie sie von einigen Stellen vorgeschlagen wird, löst das Problem in keiner Weise. Es verhindert die einfache Gegenüberstellung verschiedener Anbieter und macht jeden Vergleich unmöglich. Wir schlagen für die Übergangszeit eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse in Form von Erfüllungsgraden einer Norm vor. Auch dies ist nicht befriedigend, vermeidet aber den Hauptnachteil des bisherigen Schulnotensystems – die stark übertriebene Schönfärberei und mangelnde Differenzierung.

7.Juli 2015