



DEUTSCHER EVANGELISCHER VERBAND  
FÜR ALTENARBEIT UND PFLEGE E. V.  
Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD

**Geschäftsstelle DEVAP**

Altensteinstraße 51  
14195 Berlin  
Telefon 030 83001-265  
Telefax 030 83001-285  
devap@rummelsberger.net  
www.devap.de

14.06.07

**Öffentliche Anhörung zum Antrag der Fraktion der FDP vor  
dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages  
am 20. Juni 2007**

**„Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben –  
Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen“  
(BT-Drs. 16/672)**

**Schriftliche Stellungnahme**

***Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.***

**vertreten durch den Vorsitzenden Pfarrer Dr. Karl Heinz Bierlein,  
Rummelsberg**

---

Die Pflege älterer Menschen leidet seit über 10 Jahren an einem unerträgliches Maß von Kontrollvorschriften und Nachweispflichten. Diese Bürokratie hat Pflege unnötig verteuert. Pflege erreicht Bewohner und Patienten nicht in dem Maße, wie es wünschenswert wäre. Direkte Pflege, also Pflege, die beim hilfebedürftigen Menschen ankommt, steht hinter indirekter Pflege, die sich mit Qualitätsbeschreibungen von Prozessen und Strukturen und Nachweisen befasst, zurück.

Dieses Problem ist hinreichend bekannt und wird seit Jahren angeprangert. Der Gesetzgeber muss hier Abhilfe und Entlastung schaffen und letztlich **Ressourcen zur Verfügung stellen, ohne dabei Pflege zu verteuern.**

Bereits 2004 hat die damalige Bundesfamilienministerin Renate Schmidt mit ihrem Bekenntnis zum Bürokratieabbau und dem Zitat, dass in den Pflegeeinrichtungen „derzeit mehr Vorschriften und Gesetze zu beachten (sind) als in einem Atomkraftwerk“ (Die BKK 07/2004, Seite 277) vielen Pflegekräften aus der Seele gesprochen. Für Pflegeeinrichtungen sind mehr als 900 Vorschriften einschlägig.

## **1. These: Entbürokratisierung schafft neue Ressourcen**

Notwendig ist daher:

- eine Abstimmung der relevanten Gesetze (bezüglich Inhalt und Sprache) und Klärung der Zuständigkeiten zwischen Leistungs- und Ordnungsrecht),

- die Koordination der Prüfungen durch MDK und Heimaufsicht und Abstimmung des jeweiligen Prüfumfanges.
- Die Ergebnisqualität muss im Vordergrund eines durchdachten Prüfsystems stehen. Die Prüfung der Ergebnisqualität obliegt dabei dem MDK, die Prüfung der Strukturqualität bleibt bei der Heimaufsicht.

## 2. These: Mehr Vertrauen spart Vorschriften

Heimträgern und Heimbewohnern muss zugetraut werden, dass sie selbst in der Lage sind, verantwortlich und partnerschaftlich ihre Beziehungen zu regeln.

Unter dieser Prämisse stellt sich die Frage, ob wir wirklich eine Vielzahl von

- 
- Qualitätsprüfungen,
- Einzelprüfungen,
- Stichprobenprüfungen,
- vergleichende Prüfungen,
- örtliche Prüfungen und
- ungemeldete Prüfungen

benötigen. Jede Prüfung muss gut vorbereitet und durch Mitarbeitende in den Einrichtungen begleitet werden. Dadurch wird immer auch Personal gebunden, was letztlich zu Lasten des Zeitbudgets in der Pflege geht.

Heime sind Orte zum Wohnen und Leben. Dabei steht die Versorgungssicherheit von Bewohnern und nicht die Schaffung von Sicherheitstrakten im Vordergrund. Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung können nicht in erster Linie durch staatliche Intervention und anhand immer neuer Vorschriften erfolgen. Die Verantwortlichen vor Ort sind durchaus in der Lage, auf die Belange der Bewohner einzugehen und dabei die Aspekte des Verbraucherschutzes zu beachten.

Deutlich sagen wir auch:

Koordinierte und kooperierende Prüfungen durch die Prüf- und Aufsichtsbehörden sind notwendig zur **Identifikation von gefährlicher Pflege und Trägern, die Qualitätsstandards ignorieren oder unterlaufen.**

## 3. These: Einheitliche Maßstäbe schaffen Klarheit

- Die Pflegeversicherung ist finanziell nicht ausreichend abgesichert. Die Leistungen werden nicht vom notwendigen Bedarf, sondern von den knappen Mitteln her definiert.

- Ein einfaches **Pflegebedarfs- und Personalbemessungssystem** in allen Leistungsbereichen könnte hilfreich sein, um die tatsächlichen Hilfebedarfe festzustellen und den daraus resultierenden Personaleinsatz zweifelsfrei zu berechnen.
- Solche Systeme versachlichen und verkürzen Vergütungsverhandlungen. **Einheitliche Maßstäbe zur Qualitätsbeurteilung** schaffen Sicherheit und ermöglichen Transparenz. Derzeit gibt es keine einheitlichen Maßstäbe zur Qualitätsbeurteilung. Sowohl in der Krankenversicherung (SGB V) als auch in der Pflegeversicherung (SGB XI) und im Heimgesetz gibt es spezielle Vorschriften zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung, die aber als offene Regelungsnormen verschieden ausgelegt werden.
  - o Vergleichbar sind in unserem Fall nur Einrichtungen, die den Qualitätsstandard (nach § 80 SGB XI bzw. § 80 a SGB XI) erfüllen und die ein vergleichbares Patientengut versorgen. Gegenwärtig fehlen jedoch die Instrumente, um „Gleiches mit Gleichem“ vergleichen zu können.
  - o Gesamtgesellschaftlich ist zu klären, was als Mindestmaß dessen gilt, und an Leistungen (nach Inhalt, Umfang und angemessener Qualität und mit welchem Personal) für einen Preis zu erbringen ist.
  - o Gewollte Qualitätssteigerungen sind nur mit einem Mehraufwand an Ressourcen zu leisten. Die Einrichtungen müssen Qualitätsbeauftragte, Hygienebeauftragte oder Praxisanleiter einstellen bzw. intern zu qualifizieren. Dadurch werden den Einrichtungen Verpflichtungen aufgezwingen, die von den Entgelten kaum oder nicht mehr zu refinanzieren sind. Wir brauchen eine sachgerechte Debatte über tatsächlich leistbare Qualität.

#### **4.These: Optimierung wird durch Netzwerke ermöglicht**

- Bestehende Gesetze und Bestimmungen behindern die innovative Weiterentwicklung der traditionellen Altenpflege. Die gegenwärtige Gesetzeslage ist so zu verändern, dass verschiedene Leistungsangebote flexibel und nach den individuellen Wünschen der Pflegebedürftigen gestaltet werden können.

Weiterhin ist die Vernetzung und Durchlässigkeit von Rechts- und Regelungskreisen der ambulanten bis zur stationären Versorgung erforderlich. Notwendig ist eine klare Regelung der Zuständigkeiten der Versicherungssysteme und Dienste, die es mit kranken und pflegebedürftigen Menschen zu tun haben, sowie deren Optimierung durch Koordination und Kooperation.

Wir schlagen vor, im SGB XI die Möglichkeit zum Abschluss übergreifende Versorgungsverträge (Gesamtversorgungsvertrag) vorzusehen. Die „echte“ Vernetzung mehrerer Versorgungsangebote, einschließlich des Personals, unter einem Dach (Tagespflege, Nachpflege, stationäre Pflege, ambulante Pflege) schafft Synergieeffekte, verbessert die Versorgungssituation und senkt den Aufwand.

## **5.These: Eine eindeutige Dokumentation hilft allen**

Grundlage und Ausgangspunkt für pflegerisches Handeln ist eine individuelle Pflegeplanung, welche die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe des einzelnen Bewohners aufnimmt. Pflegeplanung stellt somit das Kernstück jeglicher Pflegeorganisation dar. Planung geht vor Nachweis. Nachweis folgt auf Planung. Die Dokumentation ist sinnvoll und unverzichtbar, um einen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen gesicherten Pflegeprozess zu gewährleisten.

Die Pflegedokumentation darf jedoch nicht zum Selbstzweck und somit zur reinen Aktenpflege werden. Sie darf nicht überfrachtet sein und muss mit Augenmaß durchgeführt werden. Dokumentation wird zur Aktenpflege, wenn die Dokumentation einer pflegerischen Maßnahme länger dauert als deren Durchführung.

- Notwendig ist die Schaffung des Bewusstseins, dass die Pflegedokumentation nicht in erster Linie der Nachweisdokumentation, sondern der Qualitätssicherung dient.
- Erforderlich ist eine einheitliche und verbindliche Definition der Anforderung an eine stärker standardisierte Pflegedokumentation, wie sie am 12.06.07 vom BMFSFJ vorgestellt wurde.
- Wir begrüßen eine einvernehmliche Empfehlung zur Pflegedokumentation und deren Umsetzung durch Pflegekassen, Vertreter der Pflegeeinrichtungen, Heimaufsicht und MDK.

Der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. vertritt über 2.050 stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Altenhilfe mit ca. 145.000 Plätzen, über 1.600 ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste, mehr als 95 Altenpflegeschulen mit ca. 5.600 Ausbildungsplätzen, dazu zahlreiche Altentagesstätten, Initiativen und Selbsthilfegruppen. Damit repräsentiert der DEVAP über 20 Prozent der Altenhilfe in Deutschland.