



**Stellungnahme des
Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen
e.V. (MDS)
zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des
Deutschen Bundestages
zum Antrag der Fraktion der FDP
„Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben – Qualität und
Transparenz der stationären Pflege erhöhen“
am 20. Juni 2007
in Berlin**

Vorbemerkungen

Die Erfahrungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) belegen, dass die Pflege ein strukturelles Qualitätsproblem hat, dass sich dies nicht auf wenige Einzelfälle (Schwarze Schafe) beschränken lässt. Der MDS setzt sich aus diesem Grund seit langem für die Förderung von Transparenz in der Pflege durch die Veröffentlichung von Prüfergebnissen des MDK ein.

Mit der Veröffentlichung von einrichtungsinternen Audits oder von internen Qualitätsberichten kann allein nicht die gewünschte Transparenz erreicht werden. Solche Maßnahmen ersetzen nicht die Qualitätssicherungsfunktion externer Prüfungen durch den MDK, durch die in vielen Pflegeeinrichtungen ein Qualitätsentwicklungsprozess eingeleitet oder forciert werden konnte.

Entbürokratisierung ist eine gern verwandte Vokabel, hinter die sich unabhängig vom in Frage stehenden Bereich (Pflege, Medizin, öffentliche Verwaltung, Bauwesen) und unabhängig von der politischen Ausrichtung, jeder Akteur problemlos stellen kann. Werden aber Details betrachtet, stellt sich heraus, dass auf viele der vermeintlich überbordenden

bürokratischen Anforderungen aus fachlicher Sicht nicht verzichtet werden kann. Es bestehen zwar Entbürokratisierungspotenziale in der Pflege, diese sind allerdings begrenzt.

Es wird vom MDS grundsätzlich in Frage gestellt, dass durch Entbürokratisierungsmaßnahmen Ressourcenfreisetzungen in einem Ausmaß erreicht werden können, die zu messbaren Qualitätsverbesserungen führen werden.

1. Förderung der Transparenz

Die Förderung der Transparenz kann nur erreicht werden, wenn Prüfergebnisse externer Prüfinstitutionen auf der Grundlage gesetzlich geregelter Verpflichtungen öffentlich zugänglich gemacht werden. Zwei Ziele können erreicht werden:

1. Die Herstellung von Transparenz für potenzielle Kunden der Pflegeeinrichtungen. Den Versicherten wird die Möglichkeit eröffnet, sich bei der Entscheidung für eine Pflegeeinrichtung nicht nur an den Pflegesätzen und den Selbstkosten, sondern vor allem an Qualitätskriterien zu orientieren.
2. Durch die Veröffentlichung von Prüfergebnissen können bisher ungenutzte Impulse für die Entwicklung eines Qualitätswettbewerbs zwischen Pflegeeinrichtungen gesetzt werden.

Durch die Veröffentlichung von internen Auditergebnissen oder von internen Qualitätsberichten werden diese Ziele nicht erreicht. Dies zeigen u.a. die Erfahrungen aus allen freiwilligen Veröffentlichungsregelungen.

Das gegen die Veröffentlichung externer Prüfberichte von Einrichtungsverbänden vorgetragene Argument, die Prüfberichte des MDK seien zur Veröffentlichung nicht geeignet, vermag hingegen nicht zu überzeugen. Die Prüfberichte des MDK sind auf Grund des bisherigen fachlichen Adressatenkreises in einer Fachsprache formuliert. Um die Ergebnisse der MDK-Prüfungen für die Versicherten nutzbar zu machen, ist es erforderlich, die Prüfergebnisse laienverständlich aufzubereiten. Die MDK-Gemeinschaft hat bereits Vorarbeiten geleistet, die es ermöglichen, Prüfergebnisse in laienverständlicher und übersichtlicher Form darzustellen.

Ergänzend zu den externen Prüfergebnissen können auch interne Qualitätsberichte der Pflegeeinrichtungen akzeptiert werden. Von dieser schon immer bestehenden Möglichkeit haben die Pflegeeinrichtungen trotz der bestehenden Eigenverantwortung und der

eingeforderten Eigeninitiative bisher allerdings nur in wenigen Einzelfällen Gebrauch gemacht.

2. Qualitätssituation und Verhältnis interner und externer Qualitätssicherung

Nach den Prüfergebnissen des MDK haben die Pflegeeinrichtungen in Deutschland nach wie vor manifeste Qualitätsprobleme. Qualitätsdefizite, die sich unmittelbar auf die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen auswirken, finden sich in der stationären Pflege u.a. bei

- der Dekubitusprophylaxe (Defizite 35,5 %)
- der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (Defizite 34,4 %)
- der Betreuung von Personen mit Demenz (Defizite 30,3 %)
- der Inkontinenzversorgung (Defizite 15,5 %).

Diese Qualitätsdefizite weisen auf potenzielle Gesundheitsgefährdungen der Pflegebedürftigen hin. Bei 10,0 % der Heimbewohner wurden beim Pflegezustand sogar manifeste Defizite festgestellt.

Insgesamt zeigen die Prüfergebnisse und die Erfahrungen mit dem Prüfgeschehen des MDK, dass auf das Zusammenspiel der internen Qualitätsverantwortung der Einrichtungsträger mit der externen Qualitätssicherung des MDK und anderer Institutionen nicht verzichtet werden kann. Dies gilt auch für Pflegeeinrichtungen, in denen das Qualitätsmanagement durch Zertifizierungen oder interne Audits bestätigt worden ist. Untermuert wird diese Einschätzung in der internationalen Literatur. So wurde bereits im Jahre 2001 in einer Studie im Auftrag des BMFSFJ darauf hingewiesen, dass zahlreiche internationale Forschungsergebnisse den Schluss nahe legen, dass sich die Qualität der Pflege mit der Anzahl externer Kontakte und städtlicher Kontrolle verbessert.¹ Demnach kann zwar Qualität nicht in Pflegeeinrichtungen hinein geprüft werden, aber die Qualitätsentwicklung kann, wie die Ergebnisse der MDK-Prüfungen zeigen, durch externe Prüfungen und Beratungen gefördert werden. Darüber hinaus belegen Umfragen von durch den MDK geprüften Einrichtungen den Nutzen der Qualitätsprüfungen für das Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen.

¹ Roth G (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege – nationale und internationale Forschungsergebnisse (Studie der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund), Band 226 der Schriftenreihe des BMFSFJ. Stuttgart.

Die Forderung, externe Qualitätsprüfungen erst nach Unterschreitung selbst audierter Qualitätsniveaus einzufordern, geht an der Realität vorbei. Daher ist dieser Vorschlag abzulehnen. Der MDS plädiert nachdrücklich dafür, anlassbezogene Einzelprüfungen und Stichprobenprüfungen angemeldet sowie unangemeldet in vollem Umfang beizubehalten. Allenfalls sollte geprüft werden, ob die Bedingungen für unangemeldete Prüfungen im SGB XI konkretisiert werden können.

3. Prüfkompentzen und Abstimmung zwischen Prüfinstitutionen

In den gesetzlichen und vertraglichen (insbesondere Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität nach § 80 SGB XI) Regelungen im Zusammenhang mit dem SGB XI sind Qualitätsanforderungen für alle Ebenen der Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) beschrieben und festgelegt. Der MDK prüft und berät die Pflegeeinrichtungen bei den Qualitätsprüfungen nach den §§ 112 ff SGB XI nach den verbindlich festgelegten Qualitätsprüfungs-Richtlinien einschließlich der Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität und den damit im engen Zusammenhang stehenden MDK-Anleitungen. Diese sind seit dem 01. Januar 2006 gültig und haben die MDK-Anleitungen aus dem Jahr 2000 abgelöst.

Bei einem Vergleich der Prüfgrundlagen zeigt sich, dass der MDK mit seinen aktuell gültigen Prüfgrundlagen die Prozess- und Ergebnisqualität in den Mittelpunkt seiner Prüfungen gestellt hat. Die hohe Bedeutung der Prozess- und Ergebnisqualität bei den MDK-Prüfungen wird auch daran ersichtlich, dass der MDK bei seinen Prüfungen regelmäßig 10 % der von den Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen in die Prüfung einbezieht. Aspekte der Strukturqualität wurden zur Abgrenzung zu eindeutigen Prüfinhalten der Heimaufsichten im Gegenzug aus dem Prüfkatalog des MDK entfernt (z.B. strukturelle bauliche Bedingungen, Heimbeirat und Heimmitwirkung, Medikamentenmanagement). Der MDK hat daher bereits heute eine wesentliche Forderung der Arbeitsgruppe „Entbürokratisierung“ des Runden Tisches Pflege umgesetzt.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass Struktur- und Prozessqualität sowie die Ergebnisqualität sich einander bedingen und im unmittelbaren Zusammenhang stehen. So zeigen die Prüfergebnisse des MDK, dass Pflegeeinrichtungen mit einer angemessenen Strukturqualität und guter Organisation der Prozesse Qualitätsvorteile in der Ergebnisqualität erreichen. Beispielsweise liegt der Anteil der Personen mit einer guten Versorgung mit Speisen und Getränken in stationären Pflegeeinrichtungen, in denen Instrumente wie

Pflegevisiten eingesetzt werden, um mehr als 25 % höher, als in Einrichtungen, in denen solche Instrumente keine Anwendung finden.

In der Anfrage der FDP wird beschrieben, dass 40 Instanzen zur Prüfung in Einrichtungen der Altenhilfe berechtigt seien. Ein aktuelles Beispiel einer Qualitätsprüfung des MDK im April 2007 in einer stationären Pflegeeinrichtung, in der massive personelle Defizite und Defizite in der pflegerischen Versorgung (z.B. Ernährung, Dekubitus) festgestellt worden sind, relativieren dies: Die letzten Prüfungen lagen mehr als 1 Jahr (Gesundheitsamt) bzw. 2 Jahre (Heimaufsicht) zurück.

Der MDK hat durch gezielte Prozessoptimierungen die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht schrittweise ausgebaut. Im Jahr 2006 sind 55 % der MDK-Qualitätsprüfungen bereits in Kooperation mit der Heimaufsicht durchgeführt worden. Diese Zusammenarbeit gilt es weiter auszubauen. Die Verlagerung der Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht auf die Landesebene erschwert diesen Prozess allerdings. Während die Prüfinhalte des MDK durch bundesweit gültige einheitliche Prüfgrundlagen festgelegt sind, ist zu erwarten, dass durch unterschiedliche Ausgestaltungen der Qualitätsanforderungen in den Landesheimgesetzen Umsetzungsprobleme in der Kooperation mit der Heimaufsicht entstehen werden.

4. Begrenzte Entbürokratisierungspotentiale

In einer Expertise des Instituts für Gerontologie an der Universität Dortmund im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) aus dem Jahre 2002² wird ein Anteil von 38 % an indirekten (organisatorischen) bewohnerbezogenen Leistungen am Gesamtzeitvolumen in der stationären Versorgung angegeben. Dieser bereits als hoch einzuschätzende Anteil relativiert sich jedoch sehr, wenn bedacht wird, dass hierunter auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten fallen. Der Zeitanteil für Arbeitsbesprechungen, Dokumentation und Pflegeplanung sowie Verwaltung, Koordination und Sonstiges beträgt nach der genannten Expertise ca. 25 Minuten je Bewohner und Tag oder knapp 20 % des Gesamtzeitaufwandes. In der genannten Expertise wird der Aufwand für die Pflegeplanung und Dokumentation mit unter 8 Minuten pro Bewohner und Tag angegeben. So verwundert die Aussage, nach der lediglich 50 % der Bruttoarbeitszeit von Pflegekräften als effektive Pflegezeit genutzt werden.

² Roth G, Schnabel E (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Dortmund.

Dennoch ist zu konstatieren, dass in einigen Bereichen Möglichkeiten zur Entbürokratisierung bestehen. Hierzu zählen u.a. die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV nach § 80a SGB XI) sowie die Leistungs- und Qualitätsnachweise (LQN nach § 113 SGB XI). Die sich daraus ergebenden Ressourceneinsparungen sind allerdings als gering einzuschätzen, da insbesondere die LQN aufgrund der fehlenden Rechtsverordnung bis heute nicht umgesetzt worden sind. Einige Anregungen der Arbeitsgruppe „Entbürokratisierung“ des Runden Tisches Pflege sollten aufgegriffen werden.

5. Qualifikationsanforderungen - Fachkraftquote – Personalbemessung

Die Mängel der in der Heimpersonalverordnung festgelegten Fachkraftquote sind hinlänglich bekannt. Sicher ist aber auch, dass durch eine pauschale Absenkung der Fachkraftquote, wie in einzelnen Bundesländern im Rahmen der Heimgesetzdiskussionen angedacht, die Qualität der Pflege nicht erhöht wird.

Der Gesetzgeber hat im Rahmen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes die Möglichkeit eröffnet, landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Personalrichtwerte auf Landesebene einzuführen bzw. festzulegen. Da die Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe im Sinne des SGB XI nicht den gesamten Hilfebedarf abdecken, sollten entsprechende Instrumente nicht allein auf der Grundlage der Pflegestufen umgesetzt werden.

Im Antragstext der FDP wird ausgeführt, dass die Definition der als Fachkraft anzuerkennenden Qualifikationen nicht eindeutig sei. Dies kann für den Bereich der Pflegeversicherung nicht bestätigt werden, da sich im SGB XI eindeutige Fachkraftdefinitionen für die Pflege finden (nach § 71 Abs. 3 SGB XI sind dies: Altenpflegerinnen bzw. -pfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pfleger und für die ambulante Versorgung von behinderten Menschen zusätzlich Heilerziehungspflegerinnen bzw. -pfleger sowie Heilerzieherinnen bzw. -erzieher).

Nach den umfangreichen Erfahrungen zur Qualität in der Pflege steht und fällt die Qualität der Pflegeeinrichtungen mit der Qualifikation und den Fähigkeiten der verantwortlichen Pflegefachkraft. Um so bedauerlicher ist es, dass auf Grund der Bundessozialrechtsprechung die in den Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI definierten Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft einer Pflegeeinrichtungen von einigen Vereinbarungspartnern in Frage gestellt werden, obwohl es sich dabei nur um

Mindestanforderungen handelt. Um Rechtssicherheit herzustellen und um die Bedeutung der verantwortlichen Pflegefachkraft für die Qualität der Versorgung angemessen berücksichtigen zu können, sollten daher die Anforderungen an diese Funktion gesetzlich verbindlich definiert und ausgebaut werden.

6. Pflegeprozess und Dokumentation sinnvoll nutzen und umsetzen

Der MDK stellt als ein zentrales Problem der Pflegeeinrichtungen nach wie vor Defizite in der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation fest. Zum Teil wird hier aber von den Pflegeeinrichtungen auch ein verzichtbarer und nicht zielführender Aufwand betrieben. Eine konsequente, fachlich gute Umsetzung des Pflegeprozesse hingegen hilft, den Bedarf der Bewohner zu erkennen, eine individuelle und kontinuierliche Leistungserbringung zu gewährleisten und die Ressourcen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zur Selbstständigkeitserhaltung und –förderung zielgerichtet einzusetzen. Findet eine qualifizierte Informationssammlung und Pflegeplanung statt, ist der laufende Aufwand der Pflegedokumentation gering. Der Nutzen des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation wird von Fachleuten in der Pflege daher auch nicht ernsthaft in Frage gestellt.

Der MDK empfiehlt bei seinen Qualitätsprüfungen von Beginn an, sinnvolle Maßnahmenkomplexe zusammenfassend zu planen. Am ehesten kann dies umgesetzt werden unter den Bedingungen der Bezugspflege. Es gilt das Prinzip: Je schlechter die Organisation und je geringer der Anteil qualifizierter Mitarbeiter, desto höher ist der Aufwand für Pflegeplanung und Dokumentation. Fehlende fachliche Kenntnisse führen regelmäßig zu Unsicherheiten und zu einem vermeidbaren Dokumentationsaufwand.