

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll
58. Sitzung

Berlin, den 20.06.2007, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Birgit Homburger, Daniel Bahr (Münster), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben - Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen

BT-Drucksache 16/672

Anlage
Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Eichhorn, Maria
Faust, Hans Georg, Dr.
Hüppe, Hubert
Koschorrek, Rolf, Dr.
Scharf, Hermann-Josef
Spahn, Jens
Straubinger, Max
Widmann-Mauz, Annette
Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje
Brüning, Monika
Henrich, Michael
Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
Krichbaum, Gunther
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Michalk, Maria
Philipp, Beatrix
Scheuer, Andreas, Dr.
Zöller, Wolfgang

SPD

Friedrich, Peter
Hovermann, Eike
Kleiminger, Christian
Lauterbach, Karl, Dr.
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Spielmann, Margrit, Dr.
Teuchner, Jella
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Becker, Dirk
Bollmann, Gerd
Ferner, Elke
Gleicke, Iris
Hemker, Reinhold
Kramme, Anette
Kühn-Mengel, Helga
Marks, Caren
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald

FDP

Bahr, Daniel
Lanfermann, Heinz
Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens
Kauch, Michael
Parr, Detlef

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Seifert, Ilja, Dr.
Spieth, Frank

Ernst, Klaus
Höger, Inge
Knoche, Monika

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta
Koczy, Ute
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	5,25	SVe Dr. Waltraud Hannes	5,6,8,23
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):	5,8,23	SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.)	5,7,11,16,22
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	6,21	SV Dr. Willi J. Hermanns (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.)	6,7,9,14,23
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	7	SV Martin Plass (VdAK/AEV)	6
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	7,23	SVe Claudia Pohl (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.)	6,9,10,20,24,25
Abg. Hilde Mattheis (SPD):	9	SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen)	7,8,9,11,13,17,21
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	11	SVe Astrid Grunewald-Feskorn (Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von altenwohn- und Pflegeeinrichtungen)	10,16,22
Abg. Eike Hovermann (SPD)	11	SV Harald Kesselheim (AOK-Bundesverband)	10,12,21,25
Abg. Jella Teuchner (SPD)	12	SVe Heidi Reinschmidt (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.)	10,11
Abg. Hilde Mattheis (SPD):	12	SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale BV e.V.)	12
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	13,16	SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft)	13,18,19,20
Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.)	16	SV Wilfried Voigt	14,22
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	17,18	SV Manfred Carrier (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.)	14
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	19,20,21	SV Dr. Karl Heinz Bierlein (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.)	15,23
Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU)	22	SV Michael Schulz (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.)	15
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	24	SV Erhard Weiß (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege)	16
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	24	SV Dr. Martin Danner	17
Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD)	25	SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)	18,22
		SVe Gabriele Hesseken (Sozialverband Deutschland e.V.)	18,22
		SVe Carola Ahlert (Volkssolidarität – Bundesverband e.V.)	18
		SVe Ingrid Hastedt	19
		SV Michael Löhr (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.)	20
		SVe Claudia Stiller-Harms (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege)	23,24

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Birgit Homburger, Daniel Bahr (Münster), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben - Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen

BT-Drucksache 16/672

Beginn: 14.00 Uhr

Die Vorsitzende, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE): Ich eröffne die 58. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Einziger Tagesordnungspunkt ist die Öffentliche Anhörung zum Antrag der Fraktion der FDP „Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben – Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen“ auf BT-Drs. 16/672 vom 15. Februar 2006. Ich begrüße Sie als Vertreterinnen und Vertreter von Verbänden, von Vereinen, von Kassen und auch die Einzelsachverständigen recht herzlich. Die Fraktionen werden Sie befragen. Bitte benutzen Sie auf jeden Fall das Mikrophon und stellen sich vor. Seitens der Bundesregierung begrüße ich den Parlamentarischen Staatssekretär Rolf Schwanzitz.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Meine Frage richte ich an die Einzelsachverständige Frau Dr. Hannes, den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und den Deutschen Caritasverband: Welche Folgen ergeben sich insbesondere für länderübergreifende Träger aus den unterschiedlichen Zuständigkeiten der Überwachungsbehörden, und wie könnte ggf. bestehende Probleme am besten begegnet werden?

SVe **Dr. Waltraud Hannes**: Die Einrichtungen müssen sich auf die Prüfungen vorbereiten, sie begleiten und nachbereiten. Das ist sehr zeitaufwendig; insbesondere wenn sie unterschiedliche Anforderungen verschiedener Prüfinstanzen aus unterschiedlichen Ländern berücksichtigen müssen. Besonders zeitaufwendig ist es, wenn Prüfungen verschiedener Prüfinstanzen, in denen die gleichen Sachverhalte wieder abgeprüft werden, relativ zeitnah hintereinander durchgeführt werden. Wenig hilfreich ist es, wenn die verschiedenen Prüfinstanzen die Sachverhalte auch noch unter-

schiedlich bewerten. Hier ist es sicherlich hilfreich, wenn die verschiedenen Prüfinstanzen die Aufgaben klar voneinander trennen, d.h. der Medizinische Dienst die ambulanten Pflegedienste prüft, die keine den stationären Pflegediensten vergleichbare Prüfinstanz wie die Heimaufsicht haben, und die Heimaufsicht die stationären Einrichtungen prüft. Es ist genauso gut denkbar, dass auch Medizinischer Dienst und Heimaufsicht gemeinsam stationäre Einrichtungen prüfen. Dann muss aber klar festgelegt werden, wer wann was prüft. Z.B. könnte die Heimaufsicht die Strukturqualität und der MDK die Ergebnisqualität prüfen. Ziel ist es, damit Doppelprüfungen und unterschiedliche Aussagen zu vermeiden.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): Ich kann mich meiner Vorrednerin anschließen. Das Hauptproblem liegt darin, dass es aufgrund der unterschiedlichen Prüfinstanzen häufig zu Doppel- und Mehrfachprüfungen ein und derselben Prüfinhalte kommt, vor allem von Heimaufsicht und MDK. Aber auch andere Prüfbehörden sind hier die Verursacher. Wir würden es begrüßen, wenn es zu einer klaren Trennung der Prüfkompetenzen kommen könnte. Unsere Vorstellung ist, dass die Heimaufsicht künftig die Strukturqualität prüft und der MDK die Prozess- und Ergebnisqualität, so dass wir hier klare Kompetenzabgrenzungen hätten. Des Weiteren wäre es zu begrüßen, wenn im Bereich der Prüfungen der Heimaufsicht und der Behörden, die in diesen Fällen auch noch tätig sind, im Hinblick auf die terminliche Abstimmung und die Arbeitsteilung in Bezug auf die Prüfinhalte eine Zusammenarbeit erfolgen könnte. Die Heimaufsicht könnte sich z.B. mit dem Gesundheitsamt, der Brandschutzbehörde oder dem Gewerbeamt – um nur einige Instanzen zu nennen, die die gleichen Inhalte prüfen – besser koordinieren.

Sie fokussieren auf die länderübergreifenden Träger. Wir haben schon in der Föderalismusreform darauf hingewiesen, dass durch die Schaffung von eigenen Länderheimgesetzen ein weiterer bürokratischer Aufwand entstehen

kann, weil wir vielleicht 16 unterschiedliche Länderheimgesetze bekommen und sich für länderübergreifende Träger dadurch natürlich der Prüfaufwand noch einmal erhöhen würde. Daher appellieren wir an die Länder, möglichst zu einem einheitlichen Vorgehen zu kommen und die Strukturen bei den möglicherweise zu erwartenden Länderheimgesetzen – auch vor dem Hintergrund der Entbürokratisierung – entsprechend anzupassen.

SV Dr. Willi J. Hermanns (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa): Ich schließe mich dem an, möchte aber zu länderübergreifenden Trägern etwas hinzufügen. Ich bin seit über 20 Jahren auch Geschäftsführer von „Vitanas“, einer bundesweit tätigen Unternehmensgruppe, die Pflegeheime betreibt. Uns würde das betreffen. Ich meine aber, dass dies nicht so sehr das Gewichtige ist. Das sind in der Regel große Träger, die das Problem meistern müssten, wenn es auftaucht. Problematischer wäre es, wenn man in den Ländern unterschiedliche Vorstellungen entwickelt. Wenn man einmal beurteilt, was in der Presse im Hinblick auf die Heimnovellierungen seitens der Parteien an unterschiedlichen Vorschlägen kommt, ist dort sehr viel dabei. Wenn diese unterschiedlichen Vorschläge alle umgesetzt werden, wird dies viel zusätzliche Bürokratie schaffen. Das geltende Heimgesetz war schon immer ein Verbraucherschutzgesetz für Bewohner und soll es bleiben. Es muss aber gleichzeitig von unnötigen Positionen entbürokratisiert werden, die seit langem bekannt sind und über die man sich ernsthaft auseinandersetzen kann. Es ist bekannt, dass wir die Verschiebung auf die föderale Ebene nicht begrüßt haben. Unabhängig davon sollte man sehen, dass man einen weitgehenden Konsens über das zustande bringt, was in den Heimgesetzen enthalten sein wird.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Hannes, die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. Mich interessiert, ob es einen Zusammenhang zwischen Qualifikation des Personals und der erbrachten Qualität der Pflege gibt. Wenn ja, wo sehen Sie die Ursachen?

SVe Dr. Waltraud Hannes: Diesen Zusammenhang gibt es. Ich kann dazu aus den Er-

gebnissen der Prüfungen des MDK Baden-Württemberg berichten. Wir führen seit zehn Jahren im Auftrag unserer Pflegekassen Prüfungen ambulanter Pflegedienste durch. Alle ambulanten Pflegedienste werden alle drei Jahre geprüft. Wir haben im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung die Ergebnisse von Einrichtungen verglichen, die wir 2002 und 2005 geprüft haben. Dabei haben wir festgestellt, dass die Qualifikation der Leitung in diesem Zeitraum erheblich zugenommen hat. Mittlerweile haben 95 % aller Pflegedienstleitungen in Baden-Württemberg eine Weiterbildungsqualifikation, obwohl dies nicht mehr die Voraussetzung dafür darstellt, einen Pflegedienst führen zu dürfen. Auch setzten die Pflegedienste in diesem Zeitraum etwa 5 % mehr dreijährig examinierte Krankenschwestern, Pfleger und Altenpflegepersonal ein. Dies hat sich in der Ergebnisqualität ausgewirkt. Es hat sich z.B. gezeigt, dass die grundpflegerischen Verrichtungen um 10 % fachlich korrekter durchgeführt werden. Das ist eine Steigerung der Qualität um 10 %. Auch das Hygieneverhalten hat sich deutlich verbessert. Hier arbeiten die Pflegefachkräfte auch in der Grundpflege hygienisch einwandfreier.

SV Martin Plass (VdAK/AEV): Wir können uns den Ausführungen von Frau Dr. Hannes anschließen.

SVe Claudia Pohl (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)) / Deutscher Pflegerat: Ich kann den Zusammenhang zwischen Qualifikation des Personals und qualitativer Pflege bestätigen. Man kann hier überwiegend auf internationale Studien zurückgreifen, vor allem aus dem Krankenhausbereich, wo dieser Zusammenhang schon in vielen Studien ausgeführt wird. Es gibt aber auch einen systematischen Review von Bostick et al. (2006), der den Zusammenhang zwischen Personal und Qualität von Pflegeheimen untersucht. Hier wird im Ergebnis dargestellt, dass es eine bewiesene Beziehung zwischen höherer Pflegefachkraftquote und einer verbesserten Pflegequalität gibt. Es gibt aber auch einen signifikanten Zusammenhang zwischen hoher Personalfuktuation bzw. Personalwechsel und schlechtem Pflegeoutcome. Als sensibelste Qualitätsindikatoren werden funktionale Fähigkeiten, Dekubitalulcera und Gewichtsverlust beschrieben.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Hermann vom bpa und Herrn Dr. Pick vom MDS. Sind die bestehenden gesetzlichen Regelungen nach Ihrer Meinung im Hinblick auf die Qualitätssicherung im SGB XI geeignet, das Ziel einer bundeseinheitlichen guten Pflege zu realisieren? Wenn nein, wie müsste aus Ihrer Sicht eine geeignete Regelung aussehen?

SV **Dr. Willi J. Hermanns** (bpa): Ja und nein, das wird Sie nicht verwundern. Viele Mittel in der gesetzlichen Regelung sind geeignet. Aber es sind gleichzeitig zu viele. Wir reden heute über Bürokratie und Transparenz. Aus unserer Sicht sollte es im Qualitätssicherungsgesetz Streichungen im Hinblick auf den § 80a geben, bei der LQV, im Hinblick auf den § 83 Abs. 1 Pflegevergütungsverordnung, Abschaffung des Pflegeheimvergleichs, weil wir das als bundes- oder gar landesweit funktionierendes Instrument nicht für tauglich halten, Streichung von § 113 SGB XI Leistungs- und Qualitätsnachweise, Streichung von § 115 Abs. 3. Es gibt also eine Fülle von Vorschriften, wo wir Überbürokratisierung sehen, und nicht das erreicht wurde, was damit ursprünglich intendiert war.

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS): Sie haben nach den gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung im engeren Sinne gefragt: Die halten wir für ausreichend. Die Regelungen sind gut angelegt – was nicht heißt, dass wir schon eine bundesweit gute Pflege haben. Es kommt nicht darauf an, das Gesetz zu verändern, sondern wir müssen den Druck auf die internen und externen Maßnahmen erhöhen. Ein wesentliches Mittel aus unserer Sicht – und ein kleines Anliegen an den Gesetzgeber – ist die Erhöhung der Transparenz. Die heutige Rechtslage verhindert, dass die Ergebnisse der Qualitätssicherung, die z.B. durch den MDK, durch die Heimaufsicht erzeugt werden, den Betroffenen zugänglich gemacht werden können. Wir halten eine Transparenz nach außen in Richtung Öffentlichkeit für sinnvoll, weil das den Qualitätswettbewerb erhöht. Wenn man an die Qualitätssicherung insgesamt denkt, muss man in Richtung Pflegestandards arbeiten, also an der Verbreiterung der Expertenstandards und Qualitätsniveaus, die sich die Community der Pflege gibt. Schließlich – aber da geht es nicht um eine gesetzliche Regelung, es sei denn, man

will das angehen – stellt sich die Frage der Rahmenbedingungen für die Pflege, insbesondere bezogen auf die Qualifikation. Die Qualität der Pflege hängt wie bereits ausgeführt von der Qualifikation der Pflegefachkräfte ab und – was wichtig ist, weil hier Prozesse zu organisieren sind – auch von der Qualität der Pflegedienstleitung, wie sie „ihren Laden“ organisiert und die Pflege in der Einrichtung aufstellt. Der Gesetzgeber hat hier aber das getan, was zu tun war.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Caritasverband und den MDS. Wie beurteilen Sie die Vorschläge, künftig die Ergebnisse bei Qualitätskontrollen des MDK stärker in den Vordergrund zu stellen?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): Wir halten es für eine sehr positive Entwicklung, den Fokus der Prüfungen des MDK künftig auf die Ergebnisqualität zu basieren, sehen allerdings hier noch erhebliche Entwicklungspotenziale. Das Grundproblem ist, dass die Ergebnisqualität in Deutschland – im Unterschied zur Prozess- und Strukturqualität – noch relativ unterentwickelt ist, was reliable und valide Indikatoren und Messverfahren angeht. Auch in der gegenwärtigen MDK-Prüfungsleitung gibt es keine wirklich validen Verfahren für die Messung von Qualität, etwa im Hinblick auf Dekubitus oder im Hinblick auf die Aussagefähigkeit des BMI in Bezug auf den Ernährungszustand eines Bewohners. Hier wird den Lebensgewohnheiten nicht hinreichend Rechnung getragen, sondern formal ein Ergebnis abgebildet. Es ist notwendig, die Ergebnisqualität in Deutschland weiter zu entwickeln. Hier sind wir der Auffassung, dass die Entwicklung solcher reliablen und validen Indikatoren eine gemeinsame Aufgabe der Selbstverwaltungspartner ist, d.h. keine Aufgabe, die einseitig der MDK übernehmen kann, sondern auch die Leistungserbringer und die Pflegewissenschaften müssen einbezogen werden. Wir würden es außerordentlich begrüßen, wenn die Ergebnisqualität in den Vordergrund rücken würde.

Was die Frage der Erhöhung der Transparenz der Pflegequalität angeht, kann ich mich den Ausführungen von Dr. Pick anschließen. Auch wir würden begrüßen, wenn die Heimbewohner künftig mehr Transparenz über das Pflegegeschehen und die Pflegequalität erhal-

ten. Wir halten es aber gerade in dieser Hinsicht für erforderlich, dass die Ergebnisqualität im Vordergrund steht. Es darf nicht nur der MDK-Prüfbericht veröffentlicht werden, sondern die Ergebnisse des Prüfberichts müssen die Grundlage für einen verpflichtenden oder freiwilligen Qualitätsbericht werden. Nach unserer Auffassung muss der Bereich der Kundenzufriedenheit, vor allem im Hinblick auf die Ergebnisqualität, stärker abgefragt werden. Grundsätzlich begrüßen wir aber die Entwicklungen, die sich hier abzeichnen, in Richtung Ergebnisqualität zu gehen.

SV Dr. Peter Pick (MSD): Ich weiß nicht, ob es ausreichend bekannt ist, dass wir mit der letzten Änderung unserer Prüfgrundlagen, die wir im Jahr 2006 umgesetzt haben, die Ergebnisqualität schon viel stärker in den Fokus unserer Prüfung gerückt haben. Wir sind meines Wissens die einzige Institution, die sich standardmäßig Pflegebedürftige anschaut – und Pflegequalität kann man nur beim Pflegebedürftigen selbst feststellen. Wenn man eine reine ISO-Prüfung macht, schaut man sich nicht automatisch Pflegebedürftige und deren Pflegezustand an. Von daher ist heute schon die Ergebnisqualität im Fokus. Die von uns immer akzentuierten Problembereiche – wie Dekubitus, Ernährung, Flüssigkeitsversorgung – sind Ergebnisqualitäten, die wir feststellen und beschreiben. Dabei kommt es auch nicht darauf an, noch weiter über Indikatoren zu reden. Darüber könnte man ergänzend nachdenken. Aber sobald man einen Dekubitus feststellt, braucht man keinen weiteren Indikator. Wenn man eine Austrocknung bei einem Pflegebedürftigen feststellt, hat man eine klar beschriebene Situation und braucht man keine weitere wissenschaftliche Methodik zur entsprechenden Feststellung. Praktisch ist das heute schon ein Teil unserer Prüfung, und es ist wichtig.

Wichtig ist hier zu ergänzen, dass wir die Pflegebedürftigen auch nach ihrer eigenen Einschätzung fragen, möglichst in den Situationen, wo wir uns Pflegebedürftige anschauen und keiner dabei ist, so dass die Pflegebedürftigen ihre Meinung auch anbringen können. Man darf das nicht unterschätzen. Wir neigen immer dazu zu sagen, die Pflegebedürftigen könnten sich gar nicht artikulieren, aber das Gegenteil ist der Fall. Pflegebedürftige sind in der Regel durchaus in der Lage, ein Feedback zu den stattfindenden Prozessen zu geben und dies auch zu artikulieren. Der Fokus ist von

daher richtig. Ich glaube auch, dass die Arbeitsteilung mit der Heimaufsicht sinnvoll ist: Wenn die Heimaufsicht sich stärker auf die Strukturqualität und damit in Zusammenhang stehende Prozessqualitäten fokussierte, und der MDK auf die anderen Prozessqualitäten und die Ergebnisqualität konzentrierte, würde das den Prozess systematischer aufteilen.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Hannes und den bpa. Welche Aufgabe verfolgt die Pflegedokumentation im ambulanten und stationären Bereich? Wie wird sie genutzt und wie wird sie aus Ihrer Sicht umgesetzt? Ich verbinde dies mit einer Zusatzfrage an Frau Dr. Hannes, den Deutschen Pflegerat und den MDS: Gibt es nachweisbare Zusammenhänge zwischen erbrachter Dokumentation und der Qualität der Versorgung?

SVe Dr. Waltraud Hannes: Die Pflegedokumentation ist ein ganz wesentliches Element, das alle Einrichtungen verwenden, um sicherzustellen, dass jede in der Einrichtung tätige Pflegeperson einen Bewohner oder einen Pflegebedürftigen fach- und sachgerecht, aber auch nach seinen individuellen Erfordernissen pflegen kann. Das ist ein ganz wichtiges Element. Stellen Sie sich vor: Eine Pflegefachkraft muss eine neue Tour fahren, weil eine Mitarbeiterin ausgefallen ist. Sie kommt in die Wohnung eines Pflegebedürftigen, den sie nicht oder vor acht Wochen das letzte Mal gesehen hat, und kann sich anhand der Pflegedokumentation sofort einen Überblick verschaffen, an welchen Krankheiten und Fähigkeitsstörungen er leidet, wie sie eine bestimmte Maßnahme durchführen muss und welche besonderen Vorlieben er hat. Das ist ein wichtiges Element, an dem sich die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, auch die Qualität in der Pflege, messen. Ein weiteres wichtiges Element ist, dass die Leistungen, die ein Pflegedienst oder eine stationäre Pflegeeinrichtung erbringt, durch die Pflegedokumentation für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar sind. Man weiß, wer wann was gemacht hat. Natürlich ist das auch für die Kostenträger interessant, die eine transparente und nachvollziehbare Leistungsdarlegung für die Rechnungsstellung benötigen. Als wir vor zehn Jahren anfangen Qualitätsprüfungen durchzuführen, hatten die Pflegedienste in Baden-Württemberg in der Regel einen Pflegebericht. Heute führen alle Pflegedienste eine

vollständige Pflegedokumentation mit allen Elementen. Den Pflegebericht von damals führt heute die Mehrzahl der Pflegedienste fach- und sachgerecht. 50 % der Anamnesen und über 50 % der Planungen sind heute gut, d.h. sie sind nachvollziehbar gemacht und vor allen Dingen für die Pflegepersonen handlungsleitend.

SV Dr. Willi J. Hermanns (bpa): Die Pflegedokumentation ist ein Arbeits- und Hilfsmittel und nicht die Leistungserstellung oder der Qualitätsindikator, wie er mittlerweile angesehen wird. Die Pflegedokumentation dokumentiert das, was erbracht wird, also eine bedarfsgerechte Leistungserstellung auf hohem Niveau. Wir stellen aber in der letzten Vergangenheit fest, dass eine überbordende Dokumentation Beschäftigte davon abhält, das zu tun, was sie tun sollen, nämlich Leistungserstellung mit Bewohnern und nicht dokumentieren. Es ist richtig, dass die Dokumentation dazugehört und als Anleitung in den vergangenen zehn Jahren einen enormen Fortschritt gebracht hat. Wenn ich aber an die nicht konsentierten Prüfrichtlinien des MDS mit 410 Fragen erinnere, u.a. auch zur Strukturqualität, die dann doppelt noch einmal von der Heimaufsicht abgefragt wird, stellt sich die Frage, ob das nicht des Guten zuviel ist. Es geht also um den Abbau von Dokumentationspflichten, aber nicht insgesamt, sondern man muss aufpassen, dass das ein angemessenes Maß ist, um die wesentlichen Kernpunkte zu erfassen.

SVe Claudia Pohl (DBfK): Sie fragen nach dem nachweisbaren Zusammenhang zwischen Dokumentation und Qualität. Für diesen Zusammenhang liegen uns keine Studien vor. Personal, das gut schreiben oder formulieren kann, sagt noch nichts darüber aus, ob der Verbandswechsel auch unter sterilen Bedingungen durchgeführt wurde. Umgekehrt: Wenn wenig dokumentiert wird, heißt das nicht, dass die Bewohner eines Heims schlecht versorgt sind. Das Problem im Heim liegt oft darin, dass gleich die nächste Aufgabe durchzuführen ist und die Dokumentation nachgestellt wird – „aus den Augen aus dem Sinn“. Es ist aber herauszustellen, dass das Pflegeergebnis zum Pflegeprozess in Beziehung steht. Für den Pflegeprozess ist die Pflegedokumentation ein wesentliches Arbeitsinstrument, das als Informations- und Kommunikationsmittel dient sowie zur Darstellung von Leistungen.

Sie hat somit verschiedenste Aufgaben und stellt natürlich auch einen Teil der qualitativen Versorgung dar.

SV Dr. Peter Pick (MDS): Die Pflege ist ein hoch arbeitsteiliger Prozess zwischen verschiedenen Professionen, zwischen verschiedenen Tageszeiten. Das kann man nur machen, wenn man eine „robuste“ Pflegedokumentation hat, also nicht eine „ausufernde“ sondern eine „robuste“, wo die nötigen Übergaben stattfinden können. Beispiele hat Frau Dr. Hannes genannt. Derjenige, der im Spätdienst kommt, muss wissen, was im Frühdienst passiert ist. Das kann er nur der Pflegedokumentation entnehmen, es sei denn, man macht eine sehr intensive Übergabebesprechung, aber da wird manchmal auch etwas vergessen. Nach unserer Erfahrung haben diejenigen, die eine gute, „robuste“ Pflegedokumentation machen und ihre Prozesse gut organisiert haben, tendenziell auch bessere Ergebnisse. Deshalb halten wir es für nötig, das aufrecht zu erhalten.

Ich nenne ein Beispiel, da wir aktuell sehr viel über Demente diskutieren: Wenn Sie in eine Pflegeeinrichtung kommen und in den Pflegeunterlagen noch nicht einmal Angaben zur Biographie haben, können Sie keine Biographiearbeit machen. Um überhaupt in der Lebenswelt arbeiten zu können, müssen Sie wissen, was die Person früher beruflich gemacht hat, ob sie aus dem ländlichen Umfeld von einem Bauernhof kommt oder aus industriell geprägtem Gebiet, ob sie Musik als Vorliebe hatte. Darauf darf man nicht verzichten. Das ist kein Plädoyer – ich sage das ganz bewusst – für eine ausufernde Dokumentation. Die treffen wir als MDK zum Teil auch an. Dann fragen wir auch: Warum schreibt ihr soviel und an vielen Stellen auf? Aber die Grundinformationen müssen vorhanden sein, um eine gute Pflege organisieren zu können

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich würde gerne noch einmal bei der Dokumentation ansetzen und richte meine Frage an den DBfK, die Bundesinteressenvertretung und den Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner sowie den AOK-Bundesverband und den Paritätischen Wohlfahrtsverband: Wie könnten Sie sich so eine Dokumentation vorstellen? Denn die Abschaffung der Dokumentation bzw. die Verschlankung der Dokumentation ist die Forderung, die man bei Heimbesuchen in den stationären Einrichtungen immer wieder als

erstes hört, weil sie Zeit „fresse“. Da hätten wir gerne praktikable Hinweise, wie eine Dokumentation aussehen sollte. Manche Träger haben sich schon auf den Weg gemacht und Vorschläge unterbreitet. Mich interessiert es von Ihrer Seite aus.

SVe Claudia Pohl (DBfK): Eine Pflegedokumentation steht immer im Zusammenhang mit dem Pflegemodell, nach dem die Einrichtung arbeitet. Von daher kann man nicht sagen, welche Dokumente dazu gehören. Es ist ein Unterschied, ob ich z.B. eine gerontopsychiatrische Einrichtung habe und nach dem Pflegemodell Peplau oder dem Pflegemodell Orem arbeite. Daran orientiert sich, wie eine Pflegedokumentation, eine Struktur und der Inhalt der Dokumentation aufgebaut sind. Da einheitliche Vorgaben zu machen und diese jeder Einrichtung vorzuschreiben, halten wir nicht für sinnvoll. Vielmehr müssen sie vom Modell einrichtungs- und bewohnerspezifisch abgeleitet werden. Es gibt auch gewisse Basisstrukturen und -bestandteile einer Dokumentation, auf die man nicht verzichten kann. Was überall mit einzubeziehen ist, ist das Dokument. Man kann es auch so ausdrücken: Der Pflegeprozess muss sich in der Dokumentation abbilden, d.h., die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung, die Pflegedurchführung und die Pflegeevaluation müssen dargestellt werden.

SVe Astrid Grunewald-Feskorn (Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen (BIVA) e.V.): Grundsätzlich machen wir keine konkreten Vorschläge, wie Dokumentation konkret zu laufen hat. Ich schließe mich meiner Vorrednerin an. Wichtig ist für uns, dass die Dokumentation transparenter wird und kein Geheimpapier ist. Aus einigen Einrichtungen kennen wir eine transportable Dokumentation. Sie wird angenommen und funktioniert gut. Es bedeutet, die Dokumentation z.B. nicht verschlossen in Diensträumen zu machen, sondern durchaus mit den Bewohnern zusammen. Das ist ein Vorschlag.

SV Harald Kesselheim (AOK-Bundesverband (AOK-BV): Ich kann mich insoweit meiner Vorrednerin anschließen, als es ganz wichtig ist, die Pflegedokumentation im Zimmer des Pflegebedürftigen zu führen, damit jede Pflege-

gefachkraft darauf zurückgreifen kann. Das ist zwingend erforderlich, wenn man die Pflegedokumentation tatsächlich als eine wichtige Hilfestellung bei der Pflege betrachten will. Zuvor wurde schon darauf hingewiesen: Sie muss die bibliografischen Daten enthalten sowie die Vorlieben und Abneigungen des zu Pflegenden. Von daher ergeben sich unabhängig von Pflegemodellen bestimmte Vorgaben, die als Basisdaten vorhanden sein sollten. Dazu gehören die Pflegeanamnese, Daten über die geplante Pflege und die Art der Durchführung. Anders kann keine vernünftige Personalübergabe stattfinden und kein kontinuierlicher Pflegeprozess zustande kommen. Zur Erleichterung dieser Arbeit gibt es inzwischen eine Reihe von Hilfsmitteln. In Baden-Württemberg gibt es z.B. erfolgreiche Modellversuche über den Einsatz von Palms in Pflegeheimen, wobei die Pflegekraft alles, was sie feststellt, direkt in den Rechner eingibt, so dass man das nicht mehr manuell macht. Insgesamt gibt es eine Reihe von hilfreichen Hinweisen, wie man Pflegedokumentationen vereinfachen und trotzdem qualifizierter machen kann. Wer anderes behauptet, war offensichtlich noch nie auf einer Pflegemesse.

SVe Heidi Reinschmidt (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (DPWV)): Wir wehren uns nicht gegen die Pflegedokumentation, sondern legen Wert auf das, was für die Pflege wichtig ist und gebraucht wird. Das ist abhängig vom Kontext, in dem gepflegt wird: Im Heim ist die Situation anders als in der häuslichen Pflege. Ich zitiere aus einem Prüfbericht: „Auch wenn der Pflegedienst mit der Medikamentengabe bei keinem der Versicherten beauftragt war, sollten Informationen über Beginn und Ende der Verordnung, Datum und Unterschrift des Eintragsenden in der Dokumentation vermerkt werden.“ Es kann nicht sein, dass der Pflegedienst keinen Auftrag im Hinblick auf die Medikamentenversorgung hat, dann aber doch dokumentieren soll, was dem einzelnen Patienten von Angehörigen oder anderen Personen an Medikamenten gegeben wird. Wir wehren uns gegen diese Art von Ausuferung und gegen den Interpretationsspielraum einzelner Prüfer, die Anforderungen formulieren, die zu weit gehen. Wir legen Wert darauf, dass im Rahmen der Biographiearbeit keine Ausforschung von intimen Details aus dem Leben erfolgt. Es gibt Fragebögen, wo nach dem ersten Liedererlebnis o.ä. gefragt wird. Das geht zu weit und

muss nicht sein. Wir begrüßen, dass es eine breite Diskussion über die Pflegedokumentation und eine Reihe von Arbeitshilfen gibt, damit dies zu einer Form führt, die dann akzeptiert werden kann.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Meine Frage geht an die Deutsche Caritas und den Paritätischen Wohlfahrtsverband: Wenn unstrittig ist, dass die Pflegedokumentation notwendig ist, interessiert mich, was Sie tun, um die Akzeptanz bei Ihrem Personal dafür zu erhöhen? Wir hören auch immer Klagen von dieser Seite.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Über- und Fehldokumentation sind zwei zentrale Problematiken, die wir im Pflegebereich nicht verschweigen können. Hier liegt auch organisationsintern viel im Argen. Bei der Fehldokumentation ist das größte Problem, dass die Pflegediagnose und -anamnese sehr wohl dokumentiert wird, dann aber keine unmittelbare Verbindung zur Pflegeplanung, zum Pflegeprozess, zur Pflegedurchführung oder gar zur Pflegeevaluation hergestellt wird. Hier gibt es Probleme im internen Ablauf – nicht in jeder Einrichtung, aber es kommt in Einrichtungen vor. Hier ist unser zentrales Bestreben, als Verband dazu anzuregen, dass entsprechend geschult wird und es Handreichungen gibt, wie dieses Problem vermieden werden kann.

SVe Heidi Reinschmidt (DPWV): Im Pflegeversicherungsgesetz gibt es das Instrument des Qualitätsmanagements. Da verorten wir auch die Diskussion um die Pflegedokumentation und die Akzeptanz. Es gibt in unseren Landesverbänden paritätische Qualitätsgemeinschaften, in denen diese Fragen mit den Einrichtungsträgern direkt diskutiert und behandelt werden.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Wir haben gehört, dass Dokumentation notwendig ist. Zu dieser Ausgangsthese haben wir folgende weitere Unterthesen gehört: Erstens brauchen wir einen angemessenen Abbau. Zweitens brauchen wir eine robuste Dokumentation, aber nicht ausufernd. Wegen der bundesweiten Vergleichbarkeit, um die Transparenz des Geldflusses und der Qualität nachprüfen zu können,

hieß es drittens, wir haben aber unterschiedliche Pflegemodelle. Die Dokumentation leitet sich jeweils davon ab. Man könnte sich zwar Basisbausteine vorstellen, aber das sei relativ schwierig.

Vor diesem Hintergrund geht meine Frage an den MDS der Pflegekassen und die Verbraucherzentrale: Was machen wir nun aus Ihrer Sicht? Wie soll das gehen? Wir haben nicht diskutiert, dass es offensichtlich unterschiedliche Interessen gibt. Was soll also weg? Wo besteht Konsens, dass es weg soll, abgebaut werden kann und zugleich robust dokumentiert wird, um ein Problem zu lösen, das wir vor Ort haben. Wir waren nicht nur in Pflegekonferenzen, sondern als Beobachtende auch in Pflegeheimen. Da stellen wir regelmäßig eine konzentrierte Aussage fest: Wir müssen soviel dokumentieren, dass wir das Gefühl haben, unseren eigentlichen Aufgaben nicht nachzukommen. Wenn das unten ‚common sense‘ ist, wäre es schon sehr interessant von Ihnen zu erfahren, ob Sie mit Ihren unterschiedlichen Verbänden, Institutionen und Betroffenen in eine Diskussion kommen, an deren Ende steht: Das muss weg, das ist robust und das machen wir in Zukunft – und das möglichst bundeseinheitlich?

SV Dr. Peter Pick (MDS): Aus dem, was Sie sehr plakativ zusammengefasst haben, ergibt sich als Empfehlung, dass wir in der Pflege mit Prozesspflege arbeiten müssen, nach einem Pflegemodell. Alles andere können wir uns nicht leisten. Wir können nicht darauf verzichten, am Anfang eine systematische Pflegeanamnese zu machen, zu schauen, was rötig ist, zu definieren, was gemacht werden soll – noch stärker im ambulanten Bereich – und das auch noch nachzuhalten in diesem arbeitsteiligen Prozess. Ich habe auch nie verstanden, dass wir in der Diskussion über die Entbürokratisierung der Pflege über Basics reden müssen, die in der Community einheitlich sind. Wenn an der Stelle auch noch Akzeptanzprobleme bestehen – die höre ich manchmal auch – müssen wir daran arbeiten. In den Kernbereichen, habe ich eben einen Konsens dazu festgestellt, was gute pflegerische Arbeit ausmacht. Da können Sie nicht entbürokratisieren und kommen da auch kein Stück weiter. Ich empfehle nicht, ein Pflegemodell oder eine Dokumentation vorzuschreiben. Die Gründe hierfür sind schon mehrfach genannt worden. Wir müssen vielmehr ein der jeweiligen handelnden Einrichtung angepasstes System etab-

lieren. Das muss man anschauen und dafür gewisse Basics entwickeln, wie wir sie genannt haben. Die Bürokratie liegt mehr in anderen Feldern, bei der Vertragspolitik und -gestaltung sowie den Vorgaben des PQSG zur Leistungs- und Qualitätsvereinbarung. Ist dies wirklich eine Hilfe, um entsprechend weiterzukommen? Aber in den Kernbereichen pflegerischen Handelns, die wir hier diskutiert haben, kann ich Ihnen als Experte nicht helfen, was Sie über Bord schmeißen sollen. Es sei denn, Sie sind bereit, an der Stelle eine Verschlechterung von Qualität in der Pflege in Kauf zu nehmen. Noch einmal die zentrale Botschaft: Diejenigen, die in den Prozessfragen gut sind, sind in der Regel auch besser in den Ergebnissen. Dies ändert nichts daran, dass Sie natürlich auch eine schlechte Qualität mit einer guten Pflegedokumentation verbinden können. Aber dann wurde sie in dem Prozess nicht umgesetzt muss mit der Einrichtung noch einmal sehr intensiv über den Prozess und ihr Management sprechen, um die Differenz aufzuklären.

SV Harald Kesselheim (AOK-BV): Ich habe zuvor schon einmal versucht deutlich zu machen, dass eine vernünftige Pflegedokumentation einfach die Basics braucht: die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung und die Pflegedurchführung. Dies muss dokumentiert werden und ist unverzichtbar. Von daher kann ich mich den Ausführungen von Herrn Dr. Pick anschließen. Anders geht es nicht, wenn man eine gute qualifizierte Pflege sicherstellen will – das wird jeder Pflegewissenschaftler auch so darstellen.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale BV e.V. (vzbv)): Ich möchte mich den Herren Dr. Pick und Kesselheim anschließen. Aus den vielen Vorreden ist klar geworden, dass wir Dokumentation brauchen. Ich möchte an dieser Stelle auch noch einmal darauf hinweisen, dass uns immer wieder vorgetragen wird, dass es in stationären wie ambulanten Einrichtungen zu Dokumentationsverpflichtungen der Arbeitnehmer kommt, die gar nicht gesetzlich gefordert sind. Dies geschieht in erster Linie zur möglichen Verhinderung von Haftungsansprüchen. Auf diesem Gebiet sind wesentliche Verbesserungen möglich, wenn die Einrichtungen auf ihre eigenen Verpflichtungen gegenüber ihren Arbeitnehmern ein klares Auge haben.

Abg. Jella Teuchner (SPD): Nachdem sich nicht mehr die Frage des „ob“ stellt, sondern nur noch des „wie“ und der Ausgestaltung, erwarte ich von der Verbraucherzentrale eine Antwort, was Sie im Sinne der Verbraucher und Verbraucherinnen – d.h. der Bewohner – für notwendig erachten, um hier eine vergleichbare Regelung innerhalb aller Bereiche im gesamten Bundesgebiet zu haben. Wie soll es aussehen, damit man von gleichen Voraussetzungen ausgehen kann und auch die gleiche Basis dazu hat?

SV Dieter Lang (vzbv): Es gibt im Grunde genommen keine Erfordernisse, weitere, über das bisherige Maß an Dokumentationsverpflichtungen hinausgehende Dokumentationspflichten zu kreieren. Ich bin im Übrigen der Meinung, dass es nicht nötig – und auch gar nicht möglich – ist, im Sinne einer guten Pflege entscheidende Passagen aus den gesetzlichen Verpflichtungen zur Dokumentation herauszunehmen.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Wir haben in den Eckpunkten zur „Pflegereform“ schon Erwartungen zum Thema „Entbürokratisierung“ geweckt. Ich hätte gerne vom AOK-Bundesverband, vom MDS und von ver.di gewusst, welche Hoffnungen Sie hegen, was man beim Thema „Entbürokratisierung“ auf den Weg bringen sollte.

SV Harald Kesselheim (AOK-BV): „Entbürokratisierung“ ist meines Erachtens ein Stichwort, das mehr den Umstand beschreibt, dass man die die pflegerische Tätigkeit betreffenden Sachverhalte möglichst „im Dunkeln“ lassen und möglichst allen Einsichtnahmen entziehen will. Aus unserer Sicht wäre es ein wichtiger Fortschritt, wenn mit der Pflegereform dort mehr Transparenz geschaffen würde, so dass der Verbraucher auch wirklich weiß, welche Leistungen er bekommt und was er dafür bezahlt. Aus meiner Sicht muss dafür zunächst einmal klar gemacht werden, welche Leistungen, bezogen auf die Pflegebedürftigen im ambulanten oder im stationären Bereich, in der Einrichtung erforderlich sind. Im stationären Bereich haben wir dafür schon seit 2002 die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, die allerdings mit sehr wenig Leben erfüllt worden

ist und von daher unter dem Thema „Entbürokratisierung“ diskutiert wird. So wie das Instrument im Gesetz angelegt war, wäre es ein wichtiger Beitrag.

Gerade vor dem Hintergrund, dass das Heimgesetz jetzt wegfällt, ist es aber mindestens genauso wichtig, dass man einen Pflegevertrag vorsieht, der Rahmenbedingungen beschreibt, die tatsächlich von den Einrichtungen geliefert werden müssen, und gleichzeitig über das in der Einrichtung geführte Leben die erforderlichen vertraglichen Bindungen enthält. Damit hätten auch die Bewohner oder Pflegebedürftigen in ihrem Haushalt eine verlässliche Basis. Darüber hinaus ist es wichtig, im Rahmen der Transparenz sicherzustellen, dass klar wird, welche Kosten in der Einrichtung entstehen und diese offenzulegen. Deshalb habe ich vorhin überrascht aufgehört, als es hieß, die Pflegebuchführungsverordnung solle möglichst gestrichen werden. Wer nicht sachgerecht bucht, wird sicherlich auch nie sachgerecht seine Preise nachweisen können. Last but not least gehört als weiterer Punkt dazu, dass wir die Qualität in den Einrichtungen und die sich aus den Prüfungen der Heimaufsicht und des MDK ergebenden Feststellungen tatsächlich veröffentlichen können, um den Bürgern transparent zu machen, welche Qualität in den Einrichtungen geliefert wird. Dies wäre eine wichtige Anforderung an die Pflegereform.

SV Dr. Peter Pick (MDS): Wenn man sich die Empfehlungen des „Runden Tisches“ der Arbeitsgruppe „Entbürokratisierung“ anschaut, bei der ich auch Mitglied war, steht da so viel gar nicht drin. Es sind ein paar Forderungen, mit denen man sich noch einmal auseinandersetzen muss. Dies betrifft die Zusammenarbeit der Prüfinstitutionen – Heimaufsicht und MDK sind da relativ weit. Mittlerweile werden 60 % der Prüfungen gemeinsam gemacht, da braucht man nicht mehr weiter zu koordinieren. Wenn man das zusammen macht, ist das das wirksamste Mittel. Es gibt manche Regionen, in denen das etwas weniger ist. Dort arbeiten wir noch daran, das hochzuziehen, aber da braucht man die Heimaufsicht als Partner. Die Föderalismusreform hat uns dabei nicht sehr geholfen, aber wir müssen das trotzdem entsprechend bearbeiten. Die Zusammenarbeit der anderen Prüfinstitutionen ist noch offen, d.h. von Feuerwehr usw., die ihre jeweiligen Sachverhalte in den Pflegeeinrichtungen prüfen. Wenn man sich hier zusammensetzen und Modelle in der Region abstimmen würde, gäbe es

ohne Abstriche eine sinnvolle, erhebliche Entlastung für die Einrichtungen. Es geht nur um die Koordination, nicht um den Verzicht – wobei man es an anderen Stellen auch prüfen kann.

Im geltenden Recht sehe ich im Wesentlichen die LQV, die Herr Kesselheim angesprochen hat. Sie hat eine gute Intention, ist aber nicht ausgeführt worden. Deshalb kann man auf sie verzichten. Wir haben im Pflegequalitätssicherungsgesetz immer noch die Verpflichtung, dass die Einrichtungen Zertifikate vorlegen sollen, sich also ein externes Qualitätsmanagement nehmen und der MDK-Prüfung unterwerfen müssen. Ich halte dies nicht als gesetzliche Verpflichtung für nötig. Das machen viele Einrichtungen mit positiven Ergebnissen, auch verbandsbezogen. Sie können das machen, aber dann braucht man keine gesetzliche Pflicht. Es ist positiv, wenn das jemand als Teil seines Qualitätsmanagements machen will. Da könnte man aber zurückfahren. Damit sind wir schon fast am Ende dessen, was noch Verbesserungen und Entbürokratisierung möglich ist: Der Rest ist Teil der Umsetzung und der Frage, wie man mit den Vorschriften umgeht – und da steckt viel Luft drin.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ich kann nahtlos an Herrn Dr. Pick anschließen. Wir haben 2005 in einer Arbeitsgruppe des „Runden Tisches“ die Ergebnisse und Vorschläge zum Abbau von Bürokratie im Konsens mit allen Verbänden und Organisationen gehabt. Diese Ergebnisse fielen damals nur den vorgezogenen Neuwahlen zum Opfer. Man täte gut daran, die Vorschläge noch einmal zu lesen. Ich fand auch sehr interessant, dass der erste Vorschlag lautete, „die Schnittstellenproblematik im Pflegebereich zu beheben, insbesondere Systeme der integrierten Versorgung dort mit einzuführen (...)“. Ich bin sehr froh, dass dieser Vorschlag aufgegriffen worden ist und bin gespannt, wie er im Pflegeversicherungsgesetz ausformuliert wird. Man täte insgesamt gut daran, nach diesen Vorschlägen und dem, was dort schon im Konsens erarbeitet worden ist, zu handeln.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Meine ersten Fragen gehen an Herrn Voigt, die Diakonie, den bpa, den DEVAP, den VDAB und die BGW. Es geht um drei Punkte und zwar erstens darum, was jetzt besonders schlimm an

Bürokratie ist. In welchen Bereichen sehen Sie noch die größten bürokratischen Hindernisse, wo man sie vielleicht auch am besten und am schnellsten mit dem größten Erfolg abbauen könnte. Zweitens: Welcher Teil der Arbeitszeit geht Ihrer Schätzung nach für wirklich überflüssige Bürokratie verloren? Drittens: Zum Paradigmenwechsel – weg von den Strukturen und Prozessen hin zur Qualität des Pflegeergebnisses – ist in unserem Antrag schon einiges gesagt worden. Welche speziellen Vorteile würden Sie sehen, wenn man diesen Weg geht?

SV Wilfried Voigt: Zunächst glauben wir, dass etwa 40 % Mehrarbeit in der Pflege, d.h. in den stationären Pflegeeinrichtungen, für Verwaltung und für indirekte Pflege möglicherweise eingespart werden kann. Wir haben in einer Studie festgestellt, dass bei den zusätzlichen Verwaltungsaufwendungen 1,04 Euro eingespart werden könnten. Dieser Betrag klingt nicht hoch, aber wenn Sie ihn auf alle pflegebedingten Tage und alle Pflegebewohner in Deutschland hochrechnen, sind das 180 Mio. Euro. Der größte Teil davon betrifft die Verwaltung. Natürlich haben wir möglicherweise auch Einsparungen in der indirekten Pflege, d.h. durch Dokumentation. Wir sind nicht gegen Dokumentation, im Gegenteil: Wir haben schon vor dem Pflegeversicherungsgesetz dokumentiert, ehe der MDK und die Pflegekassen zuständig waren. Nachdenken muss man aber über den Umfang, wo mit Sicherheit einiges zu straffen ist. Das Land Bayern hat ein Modell entwickelt, das uns weiterbringen und an der Stelle viel Aufwand sparen würde. Zur Frage nach der Transparenz und Verbesserung der Pflege: Wir sind gegen die Veröffentlichung der MDK-Berichte und der Ergebnisse, weil sie nicht einheitlich sind und man das gar nicht veröffentlichen kann. Wenn sich jemand die Mühe gemacht hat, Berichte des MDK aus unterschiedlichen Ländern anzusehen, wird man feststellen, dass deren Länge zwischen zwei DIN A4-Seiten und einer pflegewissenschaftlichen Ausarbeitung von etwa einem Zentimeter Dicke schwankt. Ich kann Ihnen Beispiele dafür liefern. Es ist eine Katastrophe – und das können Sie nicht veröffentlichen. Man sollte Qualitätsberichte machen, die die Träger nach einheitlichen Kriterien entwickeln und die so aufgebaut sind, dass man tatsächlich auch Vergleichbarkeit herstellen kann, und diese veröffentlichen.

Wir müssen auch die Kontrollen reduzieren und die unterschiedlichen Prüfinstanzen – MDK und Heimaufsicht – zusammenfassen. Klare Trennung: Strukturqualität prüft die Heimaufsicht, Prozess- und Ergebnisqualität der MDK. Es wäre wünschenswert, wenn die Prüfung zusammen durchgeführt werden könnte und durch einen Bericht dokumentiert würden. Wir würden dadurch die durch ständige Prüfungen permanent belasteten Pflegekräfte sehr entlasten.

SV Manfred Carrier (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)): Es ist hier mehrfach genannt worden, aber ich möchte es noch einmal unterstreichen: Mehrfachprüfung sind ein Problem der Bürokratisierung, wobei dem nicht einfach dadurch abgeholfen werden kann, dass Prüfungen gemeinsam durchgeführt werden. Vielmehr muss man auch kritisch untersuchen, ob das Prüfergebnis in einem vernünftigen und vertretbaren Verhältnis zum Prüfaufwand steht. Diese kritische Frage muss man auch noch einmal zusammen mit den Trägerverbänden überlegen. Man wird in dem einen oder anderen Fall zu dem Ergebnis kommen, dass der Prüfaufwand das Ergebnis vielleicht nicht in allen Fällen rechtfertigt.

Zur Frage des bürokratischen Aufwands: Die von Herrn Voigt genannten 40 % entsprechen in etwa dem, was wir aus Erfahrungen der Einrichtungen zurückgemeldet bekommen.

Zur Frage der Dokumentation: Es ist ein Mangel und relativ großes Übel, dass die Qualitätsanforderungen an die Pflegedokumentation nicht im Konsens hergestellt, sondern einseitig festgelegt werden. Man könnte vieles vereinfachen und in den Einrichtungen auch die Akzeptanz für die Pflegedokumentation erhöhen, wenn man die Anforderungen in einem konsensorientierten Verfahren festlegen würde.

SV Dr. Willi J. Hermanns (bpa): Ich würde mich wiederholen und verweise insofern auf unsere Stellungnahme, erlaube mir aber einen Hinweis zur Pflegebuchführungsverordnung. Wir sagen nicht, dass jetzt keiner mehr keine Buchführung haben soll. Auch schon vor Einführung der Pflegebuchführungsverordnung gab es ein kaufmännisches Rechnungswesen, das die Einrichtungen wahrnehmen mussten – allein aus steuerlichen Gesichtspunkten. Es geht darum, ein branchenspezifisches Rechnungswesen mit allen Erfordernissen zu haben.

Zur Ihrer Frage nach Schätzungen: Es ist sehr schwierig zu sagen, was das benötigt. Aus meiner Erfahrung können es 15 bis 35 % sein. Das ist unterschiedlich, aber es ist immens. Ich möchte das vor dem Hintergrund der Situation erläutern, in der wir uns befinden, wenn man sich nicht dazu bereit findet, ein wissenschaftliches Personalbemessungsverfahren heranzuziehen, um zu prüfen, was wir eigentlich an Personal für die Leistungserstellung brauchen, zu der sich die Träger bekannt und die sie vereinbart haben. Momentan ist das nicht das Thema: RAI, PLAISIR und sonstige Verfahren, deren Ergebnisse teilweise sagen, man bräuchte 10 bis 25 % mehr Personal. Es sieht so aus, als ob das nicht kommt: Es wird keine wesentliche Erhöhung in der Personalbemessung geben. Ich bedaure das und würde gern mehr haben wollen, aber die Bedingungen und die Diskussionen über eine Reform im Pflegeversicherungsgesetz zielen darauf nicht ab. Dann kann ich nur sagen: Der Bereich, den die Pflegekräfte für die Dokumentation haben, steht den Bewohnern nicht mehr zur Verfügung. Deshalb wiederhole ich mich und stimme Herrn Dr. Pick zu: robuste Pflegedokumentation ja, auch Anamnese, Planung und Durchführung, aber nicht ausufernde – und da gibt es genügend Punkte.

SV Dr. Karl Heinz Bierlein (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP)): Ich kann mich den Stellungnahmen der Diakonie und von Herrn Voigt anschließen, habe aber noch einen weiterführenden Gedanken. Wir haben großes Interesse, dass gefährliche Pflege entlarvt wird. Als Fachverband der Diakonie, für den ich hier auch spreche, haben wir allen Anlass darauf zu bestehen. Es darf aber nicht sein, dass wir sehr viel in Qualitätsmanagement investieren, uns das in keiner Weise in irgendeinem Pflegesatz anerkannt und dann nicht auch entsprechend gewürdigt wird. Kundenbefragungen sind ebenso ein ganz wichtiger Punkt, denn wir beschreiben unsere Angebote, die einen bestimmten Preis haben. Dann ist es ganz wichtig, dass der Verbraucher auch sagt, ob nun ein angemessenes Verhältnis von Leistung und Preis besteht. Wir haben immer wieder die Frage nach den Kosten, aber es geht um den Preis. Das ist etwas ganz anderes. Unterstreichen möchte ich noch: In der ersten halbe Stunde gab es den Eindruck, als geht es nur darum, etwas weniger zu schreiben, aber darum geht es doch überhaupt nicht. Es geht

vielmehr darum, dass wir die für ein akzeptiertes, qualitätsvolles Leistungsangebot notwendigen Fachkräfte haben. Hier befürchte ich in der nächsten Zeit einen Absturz, dass immer weniger Fachkräfte eingesetzt werden können – dann nützt es uns gar nichts, wenn weniger geschrieben wird.

SV Michael Schulz (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)): Schlimm ist an Bürokratie gar nichts, aber sie erfolgt nicht koordiniert. Die gleichen Sachverhalte werden doppelt geprüft, und die Prüfung erfolgt sehr häufig von Seiten, die uns aufgezwungen werden und mit Misstrauen begegnen.

Wenn z.B. der Bewohner aus dem Bett fällt und sich etwas bricht, haben wir die Versicherung da und müssen als Einrichtungsträger ganz genau nachvollziehen können, warum wir nicht daran schuld sind, dass der Bewohner aus dem Bett gefallen ist. Das muss unter dem Haftungsrecht über die Dokumentation abgegolten werden. Wir dokumentieren z.B. sehr ausführlich, ob gelagert oder mobilisiert wurde, anstatt uns den Bewohner ganz eindeutig anzusehen und zu fragen, ob er einen Dekubitus hat oder nicht, und dann fragen. Aber das Lagern dokumentieren und prüfen bedeutet einen sehr, sehr hohen Zeitaufwand. Wir dokumentieren, weil unser Pflegepersonal Angst hat – teilweise vor dem MDK und vor der Heimaufsicht. Sie dokumentieren nicht für den Bewohner, sondern häufig aus Sicht des Prüfungstatbestandes.

Welcher Teil der Arbeitszeit verloren geht, haben wir in über 30 Einrichtungen sehr ausführlich untersucht. Wenn man von der normalen Arbeitszeit ausgeht, den Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Feiertage, administrative Leistungen und Pflegedokumentationen, statistische Aufgaben und Erfassungen, Hygienesicherung Pflegebereich, Arbeitsschutz, Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin, betriebsverfassungsrechtliche Schulungen, Prüfungen, Heimbeiratsteilnahmen, die Gespräche mit den Angehörigen und den Mitarbeitern, die Dienstübergaben, die Serviceleistungen und insbesondere die Schnittstellenproblematik abzieht, kommen wir zum Ergebnis, dass dann ungefähr noch 50 % verbleiben. Die Zielsetzung muss es sein, die 50 % um 10 bis 20 Prozentpunkte anzuheben und mit Blick auf die Kundenzufriedenheit darauf zu achten, dass wir den Betreuungsfaktor in den Einrichtungen erhöhen. Der Betreu-

ungsfaktor bedeutet Vorlesen, Zeit haben für den Bewohner.

Es ist dort sehr viel Subjektivität im Spiel und es steht nicht mehr der Mensch im Mittelpunkt. Der Mensch ist vielmehr zum Objekt der Datenerfassung geworden. Das sollten wir ändern.

SV Erhard Weiß (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)): Schlimm finden wir ebenfalls nichts an der Bürokratie. Wir differenzieren zwischen externer und interner Bürokratie. Bei der externen Bürokratie würden wir uns vorstellen, dass die Prüfinstitutionen enger zusammenarbeiten. Da wollen wir ganz konkret den Vorschlag machen, virtuelle Servicestellen aufzubauen. Bei den internen Bürokratien haben wir mit unserem Projekt „a.i.da – Arbeitslogistik in der Altenpflege“ sehr gute Erfolge erzielt, so dass wir den Pflegekräften mit den entsprechenden Maßnahmen 10 % mehr Zeit zur Verfügung stellen und massiv Überstunden damit abbauen konnten.

Wir könnten uns schon mehr Transparenz vorstellen, die aber auch über intelligent gestaltete Qualitätsmanagementsysteme erfolgen könnte. Da wünschen wir uns, dass man auch die Themen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter geschickt integriert.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Ich möchte noch einmal auf die Forderung von Herrn Voigt zurückkommen, die Qualitätsberichte des MDK nicht zu veröffentlichen, sondern stattdessen ein Benchmarking durchzuführen – so war es wohl im Ergebnis zu verstehen – wie es auch in unserem Antrag steht und das dann für die Transparenz sorgt. Vielleicht würden die Träger das auch schon auf freiwilliger Basis veröffentlichen. Nun hat die Koalition – wie die Ministerin gesagt hat – wegweisende Beschlüsse getroffen. Nach einem dieser wegweisenden Beschlüsse sollen – wenn ich richtig informiert bin – die Prüfberichte des MDK in verständlicher Sprache aufbereitet und veröffentlicht werden. Damit wird Transparenz hinsichtlich der qualitativen Leistungsfähigkeit der Einrichtungen für den Bürger geschaffen. Da stehen sich jetzt zwei Modelle gegenüber: Jetzt wird ganz brutal veröffentlicht bzw. vorher verständlich gemacht, dann veröffentlicht. Daneben steht die Frage, ob vielleicht doch der Weg über Benchmarking besser ist. Vielleicht

könnte da der Caritasverband noch einmal sagen, was nun der bessere Weg sein könnte.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Wir treten nachhaltig für Transparenz und für eine Veröffentlichung von Qualitätsberichten auf freiwilliger Basis ein. Von zentraler Bedeutung aber ist die Verständlichkeit der Berichte für den Verbraucher, dass sie also nicht in einer Sprache abgefasst sind, deren Terminologie sich an der pflegerischen Fachsprache orientiert, nicht zu umfänglich sind und alles abbilden, was den Verbraucher tatsächlich interessiert. Dazu gehört z.B., welche Mitarbeiter mit welchen Qualifikationen die Einrichtung beschäftigt, welche Leistungen sie vorhält, welches Pflegekonzept verfolgt wird, welche Pflegestandards eingehalten werden, welches Qualitätsmanagementverfahren es gibt, ob es Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit und vor allem zur Kundenzufriedenheit gibt, und wie deren Ergebnisse sind. Vorstellbar ist sicherlich auch, dass es in diesem Qualitätsbericht noch einen Kurzbericht des MDK gibt. Aber wichtig ist für uns, dass diese Qualitätsberichte auf freiwilliger Basis erfolgen können bzw. zunächst auf freiwilliger Basis eingeführt werden können und man erst dann zu einem Verfahren, ähnlich dem im Krankenhausbereich, übergeht, die Qualitätsberichte z.B. alle zwei Jahre auf der Homepage zu veröffentlichen, wenn ein konzertiertes Verfahren etabliert ist, an dem auch die Leistungserbringer beteiligt sind.

Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Frau Grunewald-Feskorn vom Selbsthilfverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen und an Herrn Dr. Danner. Wie wichtig wäre die Frage der Entbürokratisierung, wenn es ausschließlich nach Ihnen ginge – gibt es da zwei oder drei Dinge, die Ihnen noch wichtiger wären als die Frage des bürokratischen Aufwands? Ferner interessiert mich, wie wichtig Ihnen die Frage nach der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität ist.

SVe Astrid Grunewald-Feskorn (BIVA): Zur Frage der Entbürokratisierung hatten wir schon kurz etwas gesagt. Für uns ist bei allen Fragen im Zusammenhang mit der Entbürokratisierung wichtig, dass die Transparenz erhalten bleibt, Heimbewohner doch noch so viel wie

möglich an Informationen vermittelt bekommen und dass es für sie transparent und verständlich ist. Ansonsten kann ich mich den bisherigen Beiträgen hierzu anschließen.

Die Frage nach der Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität hat sich für uns etwas gelöst. Es gibt ein Projekt des Bundesverbraucherminderiums, im Rahmen dessen es innerhalb der nächsten zwei Jahre gelingen soll, alle Alten- und Pflegeheime der Bundesrepublik zu testen, sowohl hinsichtlich der Kriterien der MDK-Prüfung, dass sie dort veröffentlicht werden können, aber auch der so genannten weichen Kriterien. Damit werden in dem Projekt auch die Fragen von Struktur- und Prozessqualität mit aufgegriffen.

SV Dr. Martin Danner: Aus Sicht der Betroffenen ist der Begriff der Entbürokratisierung sicherlich nicht das dringendste Problem der Pflege. Vielmehr geht es um die Gewährleistung einer menschenwürdigen Pflege und der angemessenen Rahmenbedingungen, ferner um die Verfügbarkeit hinreichend qualifizierter Pflegekräfte und übergreifend um die Schaffung von Transparenz. Im Gegensatz dazu wird Entbürokratisierung in der Diskussion eher auf eine Verringerung von Dokumentationspflichten verkürzt. Das ist aus unserer Sicht eine problematische Wendung. Dies wurde heute auch schon mehrfach angesprochen, weil Dokumentation wichtig ist, um die Qualität der Pflege überhaupt transparent machen und qualitativ hochwertig pflegen zu können. Hier wurde schon auf die Übergabeproblematik und die Pflegeplanung hingewiesen. Außerdem haben wir bei der Dokumentation auch ein Qualitätsproblem: Es gibt sowohl zu viel als auch zu wenig Dokumentation. Hier ist wieder das entscheidend, dass ausreichende Rahmenbedingungen für die Pflege geschaffen und andererseits auch die Pflegekräfte qualifiziert werden müssen, um angemessen zu dokumentieren.

Was nun das Verhältnis von Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität angeht, kann man sicherlich nicht – wie das im FDP-Antrag etwas den Anschein hat – die Ergebnisqualität gegen Struktur- und Prozessqualität ausspielen. Man braucht im Prinzip alle drei Komponenten. Es wurde heute schon darauf hingewiesen, dass zwar die Ergebnisqualität sehr wichtig ist, es aber hier Probleme gibt, in adäquater Weise differenzierte Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Vorhin wurde gesagt, der Dekubitus und Austrocknung seien handfest. Aus Sicht der

Betroffenen geht es nicht nur um diese worst case Szenarien, sondern um praxisrelevante, lebensnahe Dinge. Ich war sehr erschüttert, als am Runden Tisch Pflege gesagt wurde, man könne heutzutage nicht gewährleisten, dass Pflegebedürftige Menschen auf Wunsch ein Glas Wasser bekommen oder mal an die frische Luft kommen. Derartige Parameter sind aus Sicht der Betroffenen elementar wichtig und sollten Eingang in Qualitätsindikatoren zur Lebensqualität finden. Darüber hinaus wird z.B. der Gesichtspunkt der Prozessqualität immer wieder unterschätzt. Heute haben wir sehr viel über die Dokumentation gesprochen. Es ist ein Prozess; da muss es auch ein Qualitätsmanagement geben, um die von mir schon angesprochene Über- und Unterdokumentation, d.h. Fehldokumentation, besser vermeiden zu können.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Pick vom MDS. In welchen Intervallen werden stationäre Einrichtungen qualitätsgeprüft? Ist das aus Ihrer Sicht ausreichend? Wie waren in den letzten fünf Jahren die Ergebnisse dieser Qualitätsprüfungen? Hat man da eine Verbesserung festgestellt oder hat sich durch die Qualitätsprüfung eine Verschlechterung der Situation feststellen lassen?

SV Dr. Peter Pick (MDS): Die von uns als MDK praktizierten Intervalle sind regional sehr unterschiedlich. Im stationären Bereich prüfen wir im Durchschnitt in jedem Jahr 20 % der Pflegeheime in Deutschland, d.h. wir haben bei gleicher Verteilung einen Fünfjahresrhythmus. Man muss überlegen, ob das ausreichend ist oder nicht. Wir halten das nicht für ausreichend. Man müsste das Intervall entsprechend erhöhen. Bei den Qualitätsprüfungen stellen wir nach wie vor manifeste Qualitätsdefizite fest. Das sind mehr als Einzelfälle. Bei den Kriterien, die an der Grenze von Prozess- und Ergebnisqualität sind, ist noch viel Prozessverbesserung möglich, etwa bei Dekubitus, der Ernährung oder der Inkontinenzversorgung. Wir sind gerade dabei, zwischen 2003 und 2006 zu vergleichen – wir machen schließlich alle drei Jahre den Pflegequalitätsbericht im Auftrag der Bundesregierung. Da merkt man doch, dass im Zeitablauf eine Verbesserung stattfindet. Das Qualitätsmanagement und die Qualitätsprüfung bewirken durchaus etwas, da bewegt sich etwas in der Szene. Aber das ist

kein Grund, gleich Entwarnung zu geben. Die Qualität ist noch nicht in Ordnung, aber wir sind auf einem Weg, den man weitergehen muss. Wenn man über Qualitätsprüfungen auch Transparenz herstellen will, muss man die Quote anheben, damit man auch eine breitere Transparenz herstellen kann.

Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an die Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Behindertenrates, den VdK, den Sozialverband und die Volkssolidarität. Da wir gerade gehört haben, dass aus Betroffenen Sicht Fragen der Bürokratie nicht an erster Stelle, sagen Sie doch aus Ihrer Erfahrung, was in Bezug auf eine Verbesserung der Pflege und Assistenzsituation innerhalb und außerhalb von Einrichtungen das Wichtigste wäre.

SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Das ist eine sehr umfassende Frage, die ich versuche, auf ein paar Kernpunkte zu konzentrieren. Wir brauchen zunächst ambulant wie stationär eine bessere Versorgung in den Pflegeheimen. Das bedeutet insbesondere eine bessere Ausstattung in den Pflegeheimen. Wir brauchen – auch im ambulanten Bereich – eine klare Begutachtung der Qualität. Den Pflegebedürftigen ist es z.B. ganz besonders wichtig, ob die Person dann kommt, wann sie erwartet wird, wenn ich von einer Frau gepflegt zu werden wünsche, es tatsächlich eine Frau ist, ob ich darüber bestimmen kann, wann ich aus dem Bett komme und wann ich ins Bett muss, ob meine psychosozialen Bedarfe berücksichtigt sind. Es geht also darum, ob ich wirklich am Leben in der Gesellschaft teilnehmen kann und nicht nur „satt und sauber“ gilt, sondern dass ich auch mal an die frische Luft komme und Kontakt zu Menschen auch außerhalb einer Einrichtung habe. All das sind Fragen, die für pflegebedürftige Menschen absolut qualitätsrelevant sind und heute zum Teil nicht berücksichtigt werden.

SVe Gabriele Hesseken (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Dem schließe ich mich an. Wir haben von Herrn Dr. Pick gehört, dass bei der Ernährung und dem körperlichen Zustand noch erhebliche Qualitätsdefizite vorliegen. Bei der Inkontinenzversorgung, der medizinischen Versorgung, der Tablettengabe usw. gibt es auch erhebliche Defizite zu besei-

tigen. Insofern setzen wir sehr auf die Implementierung eines Heimarztes, wie es die Bundesregierung nach den Eckpunkten zur Pflegeversicherungsreform jetzt vorhat. Dann wünschen die Pflegeheimbewohner und die in der häuslichen Pflege Gepflegten kontinuierliche Ansprechpartner, d.h. Pflegeteams mit geregelten Zuständigkeiten, wo nicht immer unterschiedliche Personen kommen. Das ist überhaupt das Wichtigste. Darüber hinaus bestehen auch der Wunsch nach Gesellschaft und der Bedarf, am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben.

SVe Carola Ahlert (Volkssolidarität – Bundesverband e.V. (VS)): Zur Frage nach der internen und der externen Verbesserung wünschen wir als Betreiber uns, dass die Prüfungen der Heimaufsicht und des MDK mehr abgestimmt würden. Erst kommt die Heimaufsicht, prüft und stellt Mängel dar. Der Träger reagiert, verändert, stellt Mängel ab. Dann kommt der MDK teilweise ein paar Wochen später, stellt wiederum andere Mängel fest. Der Träger reagiert auch wieder nur und baut auch diese Mängel wieder nur ab. Dann kommt danach noch einmal die Heimaufsicht, kontrolliert das Prüfergebnis und fragt, wer denn die anderen Maßnahmen empfohlen habe. Hier wünschen wir uns eine bessere Zusammenarbeit der Aufsichtsinstanzen, damit der Träger nicht unnötig verunsichert, sondern von den Aufsichtsinstanzen beraten wird. Er will grundsätzlich eben wirklich Mängel vermeiden. Bei uns steht der Mensch im Mittelpunkt.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an ver.di. Welche Position haben Sie bezüglich der Fachkräftequote zu dem Antrag?

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di): Die Fachkräftequote soll nach dem Antrag wegfallen. Die Fachkräftequote ist sicherlich derzeit eine „Krücke“ im Gesetz. Wir könnten uns vorstellen, dass es bessere Bedarfsermittlungsverfahren gibt und haben hier schon Vorschläge unterbreitet, die auch nachzulesen sind. Aber die Fachkräftequote kann nicht einfach wegfallen, weil wir sonst einen freien Fall in den Einrichtungen hätten. Wir haben leider gemerkt, dass auch die Übergangsfristen, die da waren, um die Fachkräftequote überhaupt zu erfüllen, von den Einrichtungen nicht genutzt

worden sind, um eine schnelle Anpassung herbeizuführen, sondern es sind hier tatsächlich Vorgaben erforderlich.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Frau Hastedt. Wie kann ein sinnvoller Mittelweg zwischen Standardisierung im Pflegebereich, mit der überflüssige Bürokratie reduziert werden soll, einerseits und Spielraum für eine individuelle, an pflegebedürftigen Menschen orientierte Versorgung andererseits aussehen?

SVe **Ingrid Hastedt**: Mir fehlt in der Diskussion der letzten gut 70 Minuten der Blickwinkel, dass Körperpflege und Krankenpflege bei einem Menschen im Alltag ca. 10 % seiner Tageszeit ausmachen. 90 % von 24 Stunden machen den normalen Alltag aus: Man hält sich in Gemeinschaft mit anderen Menschen auf, nimmt Mahlzeiten zu sich und hat Freizeit. Standardisieren, konkret messen, vorgeben und planen lassen sich die Bereiche Kranken- und Körperpflege. Die Bürokratisierungsdiskussionen drehen sich häufig genau um diese Aspekte. Was der MDS zu dem Thema vorgetragen hat, passt genau in dieses Feld hinein. Das Feld des Alltags hängt dagegen davon ab, wie es z. B. einem Menschen mit Demenz aktuell heute geht – und das kann ein ganz anderer Zustand als gestern oder als zu einer anderen Tageszeit sein. Darauf einzugehen und damit umzugehen, lässt sich nicht über einen Kamm scheren. Man muss dafür sehr flexible Konzepte umsetzen. Wenn man genau hinsieht und Standardisierung oder Bürokratie überprüfen will, dann sollte man auf den Körperlichkeit und Krankheit betreffenden Bereich schauen und sich darauf konzentrieren, aber bitte auf keinen Fall bei dem, was Alltag und Leben insgesamt ausmacht.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an ver.di. Welcher Zusammenhang besteht Ihrer Ansicht nach zwischen dem Belastungserleben der Pflegekräfte durch ein Übermaß an Bürokratie und dem derzeitigen, eventuell unzureichenden Personalschlüssel?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di): Der Zusammenhang zur Belastung im Pflegebereich ist ganz klar. Die Zunahme von Belas-

tung im Pflegebereich ist die Hauptursache, die zu einer schlechten Pflege führt. Wir haben in einzelnen Schichten teilweise nur eine qualifiziert ausgebildete Krankenschwester, Krankenpfleger oder Altenpflegerin eingesetzt. Wir haben aber in den Einrichtungen – insbesondere durch die Wirkung der neuen Krankenhausfinanzierung – eine stärkere Zunahme schwer pflegebedürftiger Menschen. Häufig kann hier nicht die Zeit aufgewendet werden, um eine sorgfältige Pflege zu leisten. Wir glauben dass es wichtig ist, in den Einrichtungen Qualifikation sicherzustellen. Es ist für uns eine der Anforderungen, dass genügend Zeit ist und ein ausreichendes Konzept vorhanden ist. Zur Frage, was man unter Bürokratie versteht und was abgebaut worden ist, ist in der Runde schon sehr viel gesagt worden. Wir meinen nicht, dass es daran liegt, jetzt sinnvolle Vorschriften abzubauen, sondern hier dafür zu sorgen, dass eine gute Pflege mit ausreichendem und qualifiziertem Personal stattfinden kann.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte noch einmal bei ver.di nachfragen. Würden Ihrer Ansicht nach die vielen administrativen Aufgaben in der Pflege von den Mitarbeitern auch dann als belastend erlebt, wenn ein ausreichender Personalschlüssel Raum für menschenwürdige Pflege leisten würde?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di): Ein ausreichender Personalschlüssel ist sicherlich eine Voraussetzung. Es geht aber auch um vernünftige Konzepte. Unsere Erfahrung zeigt, dass das Personal in Einrichtungen mit guter Pflegedokumentation nicht unbedingt dauernd mit der Pflegedokumentation beschäftigt ist. Wir haben gute Konzepte. Die kann das Personal entsprechend auch für die Pflegebedürftigen einsetzen. Für uns hängt das immer zusammen und ist also nicht nur eine Frage der Zeit, sondern auch der vorhandenen Konzepte der Einrichtungen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Berufsverband für Pflegekräfte und ver.di. Der Pflegesektor ist wie kaum ein anderer Bereich von außen sanktioniert und reglementiert und nicht selten von den Anweisungsvorschriften anderer Berufsgruppen ab-

hängig. Würde Ihrer Ansicht nach ein Mehr an beruflicher Freiheit und Selbstbestimmung zu einer Reduzierung bürokratischer Strukturen in der Pflege führen? Wenn Sie dieser Auffassung sind, beschreiben Sie uns doch bitte kurz warum.

Sve Claudia Pohl (DBfK): Das Mehr an beruflicher Freiheit und Selbstbestimmung möchte ich aufgreifen unter dem Stichwort Erweiterung von Kompetenzen und Aufgaben der professionellen Pflege, auch im Sinne von Selbstbestimmung. Hier können natürlich bürokratische Strukturen reduziert werden, z.B. über neue Kooperationen, Arbeitsteilung zwischen Pflegefachberufen und Ärzten. Hier sind Bereiche zu nennen, wie z.B. das Wundmanagement, Inkontinenzversorgung, Kontinenzförderung, Stomatherapie, aber auch die Verordnungsbefugnis für einschlägige Hilfsmittel und Medikamente im Sinne von advanced nursing practice. Auf der Grundlage von ärztlichen Diagnosestellungen kann die Pflege eine autonome Steuerung vornehmen und den weiteren Behandlungs- und Versorgungsablauf mit übernehmen. Darüber kann man Schnittstellen reduzieren und auch hier einen Beitrag leisten, bürokratische Strukturen abzubauen.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di): Mit Sicherheit ist das Pflegepersonal in weiten Teilen insbesondere von ärztlichen Anordnungen abhängig. Es ist in der Bundesrepublik auch sehr viel extremer als in anderen Ländern. Hier könnte man sich vorstellen, dass ärztliche Vorbehaltstätigkeiten abgebaut werden. Es ist aber sicherlich ein dickes Brett, das da gebohrt werden muss. Ob es wünschenswert ist, dass es zu mehr Unabhängigkeit einzelner Berufsgruppen kommt, würde ich hinterfragen. Ich glaube eher, dass gefordert ist, dass die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen auf eine bessere Grundlage gestellt werden muss. Wir brauchen nämlich mehr Zusammenarbeit. Ich habe neulich gelesen, dass bei Pflegebedürftigen, bei medizinisch zu Versorgenden, bis zu 13 unterschiedliche Dienste tätig sind. Da kann man sich vorstellen, dass es dann nicht um Unabhängigkeit dieser Dienste, sondern nur um eine gute Zusammenarbeit geht. Davon profitieren die Pflegebedürftigen am meisten.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht noch einmal an den Berufsverband für Pflegekräfte. Inwieweit behindern Ihrer Meinung nach bürokratische Strukturen die Entfaltung beruflicher Potenziale und die Kompetenzen von Pflegekräften?

Sve Claudia Pohl (DBfK): Es geht um die Erweiterung von Kompetenzen und Aufgaben für die professionelle Pflege. Damit verbindet sich eine Neuregelung des Berufshaftungs- und Leistungsrechts, die überhaupt erst einmal ermöglichen, solche Versorgungskonzepte aus einer Hand zu schaffen. Solche neuen Konzepte bergen das Potenzial in sich, eine gesicherte medizinisch-pflegerische Versorgung sicherzustellen und tragen dazu bei die Zufriedenheit von Bewohnern oder Betroffenen im ambulanten Bereich zu erhöhen. Pflegefachkräfte würden hier im Sinne von care und case management tätig werden und die Schnittstellenproblematik reduzieren. So würden Punkte aufgegriffen, wie sie auch von den Vertreterverbänden der Betroffenen thematisiert wurden.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge. Warum ist Ihrer Ansicht nach die Mitwirkung von Heimbewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen sinnvoll und auch notwendig? Wie sollte sie gefördert und unterstützt werden?

SV Michael Löher (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.): Wir reden hier über Verbraucherschutz. Wenn wir von Verbrauchern reden, reden wir von den Heimbewohnern. Deshalb ist es sinnvoll, dass diese umfassend in dem Prozess involviert sind. Überhaupt entwickle ich in der Anhörung langsam das Gefühl, dass es nicht um Bürokratisierung geht, sondern vielmehr um Transparenz. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Heime brauchen diese Transparenz. Sie müssen mitwirken können und dürfen. Wenn sie selbst – aus welchen Gründen auch immer – medizinisch z.B. nicht in der Lage sind, umfassend mitzuwirken, dann ihre Vertreterinnen und Vertreter – in der Regel die Angehörigen oder auch andere. Hier stellt sich die Frage, wie ich das in der Praxis konkret umsetze. Es ist sinnvoll, bundesweit mehr Transparenz über

die vorhandenen Angebote zu schaffen, so dass für den Laien auch erkennbar ist, in welche Heime er anschließend geht. Bisher liegt hier keine echte Transparenz vor, und von Laien kann nicht ausreichend eingeschätzt werden, was da tatsächlich stattfindet. Das liegt nicht nur an der Sprache der Berichte, die kein Mensch versteht, sondern auch an der Beschreibung der Qualität und Produkte, die im Heim angeboten werden.

Außerdem müssen Heimverträge entsprechend gestaltet werden, so dass die Bewohner genau wissen, was sie erwartet und wofür sie anschließend den Betreiber der Heime auch in Anspruch nehmen können. Das wäre ein praktischer Punkt, den man an dieser Stelle versuchen könnte umzusetzen.

Im Übrigen kommen wir jetzt in die Phase von 16 Heimgesetzen. Es gibt schon erste Hinweise auf einen Wettbewerb um das bundesweit beste Heimgesetz. Es könnte möglicherweise zu einem Wettbewerb kommen, wo ich selber langsam Ängste entwickle.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Spitzenverbände der Pflegekassen. Welchen Einfluss haben die Kompromissfindungen im Kontext von Vertragsverhandlungen und Vertragsvereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern das Anwachsen von bürokratischen Regelungen und Verwaltungsaufwand?

SV Harald Kesselheim (AOK-BV): Die Vertragspartner einigt in ihren Verhandlungen immer der Wille sicherzustellen, dass es zu möglichst wenig bürokratischem Aufwand bei der Lösung kommt. Dass gleichwohl an der einen oder anderen Stelle dann doch bürokratische Regelungen geschaffen werden, ist vielfach der Absicherungsstrategie geschuldet, die besteht. Wir haben heute schon viel über Haftung gehört. Von daher muss man sicherlich auch im Vertragsgeschehen an der einen oder anderen Stelle noch einmal sehr sorgfältig nachschauen, ob da nicht manches zu viel getan wird.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Meine Frage geht an den MDS. Die FDP-Fraktion führt in ihrem Antrag aus – der Antrag ist eigentlich recht gut, weil er überwiegend von einem unserer Texte aus der 15. Wahlperiode abge-

schrieben wurde – dass lediglich 50 % der Bruttoarbeitszeit der Pflegekräfte effektiv als Pflegezeit genutzt werden können. Uns interessiert, ob Sie diese Zahlen nachvollziehen können.

SV Dr. Peter Pick (MDS): Wir können die Zahlen nicht bestätigen. Ich habe manchmal den Eindruck, dass man sich bei den Zahlen überbietet und wir irgendwann bei 80 % oder 90 % sind. Wir haben geschaut, welche seriösen Untersuchungen es dazu gibt. Das Seniorenministerium hatte das Institut für Gerontologie in Dortmund mit einer Untersuchung beauftragt, in deren Rahmen die Pflegezeiten in stationären Einrichtungen in sehr systematischer Weise erhoben worden sind, d.h. für die medizinische Behandlungspflege, Betreuung, Körperpflege, Alltagsverrichtungen und den Verwaltungsanteil. Die Dortmunder sind zu dem Ergebnis gekommen, dass für „Arbeitsbesprechungen, Dokumentation, Pflegeplanung, Verwaltung, Koordination und Sonstiges“ – das war die Restgröße – 25 Minuten je Bewohner eingesetzt werden. Das macht einen Anteil von 20 % aus und ist weit weg von 50 %. Wenn man es sich genauer anschaut, wurde auch die Zeit erhoben, die für Pflegeplanung und Dokumentation eingesetzt wird: Das sind acht Minuten. Da muss ich sagen: acht Minuten für Pflegedokumentation und Pflegeplanung am Tag – das kann man nicht mehr weiter senken. Die genannten 50 % scheinen uns weit überzogen zu sein. Herr Schulz hat das eben sehr realistisch gesagt. Wenn man von dem Anteil – jetzt nehmen wir einmal den vom Institut für Gerontologie ermittelten – 5 % bis 10 % runterfahren will, ist das schwierig und wir müssen da auch realistisch bleiben. Es gibt bestimmte Arbeitsbesprechungen, auf die Sie in der Pflege nicht verzichten können; ebenso gibt es andere Sachen, die wie in anderen Berufen eine absolute Notwendigkeit sind. Ich warne deshalb vor den überzogenen Zeitangaben, aber wir müssen trotzdem auf die 25 Minuten schauen. Wenn wir von den 25 Minuten wirklich noch fünf bis zehn Minuten durch eine andere Organisation und bessere Grundlagen herunterfahren könnten, wäre das für die Pflege den Schweiß des Edlen wert, aber 50 % halte ich für zu hoch geschätzt.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Da Herr Voigt bei der Frage der FDP-Fraktion schon

als Einzelsachverständiger etwas dazu gesagt hat, bitten wir ihn, dass noch einmal zu präzisieren.

SV Wilfried Voigt: Ich habe vorhin 40 % genannt. Es ist in der Tat so viel. Wir haben 50 Einrichtungen. Dort haben wir das festgestellt und in unseren Einrichtungen auch eine Dokumentation über den Verwaltungsaufwand gemacht, der nicht nur Pflege ist. Hier muss man etwas vorsichtig sein: Es sind mit Sicherheit nicht nur pflegefremde Aufwendungen im Bereich der Pflege, sondern auch Aufwendungen in der Verwaltung. Das müssen wir in einer Summe sehen. Der Aufwand in der Pflege, der an zusätzlicher Bürokratie auf uns zukommt, ist ganz sicher so etwa bei 40 %. Den müssen wir versuchen abzubauen. Es gibt etwa das bayerische Modell. Dieses Dokumentationsmodell erleichtert das und drückt tatsächlich die 40 % herunter. Wir haben das probiert: Das ist ein völlig anderer Ansatz, und man sollte sich einmal Gedanken darüber machen, ob man sich daran nicht orientiert.

Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an SoVD, VdK, BIVA, Caritasverband und bpa, und bitte Sie, möglichst kurz zu antworten, weil ich die verschiedenen Sichten haben möchte. Wie stellt sich aus Ihrer Sicht die Mitwirkung der Heimbewohner bzw. ihrer Angehörigen heute dar? Sehen Sie Veränderungs- oder Konkretisierungsbedarf – und wenn ja: wo?

SVe Gabriele Hesseken (SoVD): Mitwirkung der Betroffenen ist natürlich sehr wichtig. Inwieweit das derzeit erfolgt, ist mir leider nicht bekannt. Ich weiß nur, dass es oftmals auch sehr engagierte Angehörige gibt, die die Mitwirkungsrechte der Betroffenen, d.h. der Pflegebedürftigen, wahrnehmen, wenn diese das selber nicht mehr können. Es ist oftmals ein sehr großes Anliegen für einzelne Betroffene.

SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Aus unserer Sicht hat sich die Mitwirkung grundsätzlich bewährt und muss beibehalten werden. Wir sehen allerdings insofern Nachbesserungsbedarf, als man sehen muss, dass man die Heimbeiräte entsprechend schult und unterstützt, damit sie ihre wichtigen Aufgaben – auch die Sicherung der Qualität in

der Versorgung – wahrnehmen können. Es ist aus unserer Sicht ganz entscheidend, dass Unterstützung und Schulung für die Heimbeiräte gewährleistet werden. Dann können sie ihre Aufgaben auch besser wahrnehmen. Für bestimmte Bewohnerstrukturen, wo die Mitwirkung vielleicht nicht selbst wahrgenommen werden kann, z.B. bei Wachkomapatienten oder Demenzkranken im fortgeschrittenen Stadium, gibt es die Möglichkeit, über das Instrument des Fürsprechers auch eine Mitwirkung zu organisieren und etwas mehr Transparenz im Pflegeheim zu gewährleisten.

SVe Astrid Grundwald-Festkorn (BIVA): Wir haben in der Praxis unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Der erste Bundesheimbericht stellt fest, dass sich nach der Novellierung des Heimgesetzes 2002 die Mitarbeit durch die Ausweitung verstärkt und sich positiv entwickelt hat. Mit Blick auf besondere Bewohnergruppen, z.B. die schon angesprochenen demenziell Veränderten, wäre es unser Anliegen, die Quote von externen und internen Heimbeiratsmitgliedern zu verändern. Das heißt nicht, dass in einen Heimbeirat nur noch Externe sollen, aber dass man versucht, das zu lockern. Aus unserer Sicht ist auch die Vereinfachung des Wahlverfahrens für die Heimbeiräte ganz wichtig, um da weiterzukommen. Das ist derart kompliziert, dass es alle abschreckt und man nur hört: „Ach du meine Güte, was ist das nur.“ Darüber hinaus ist die Information der Bewohner der Heime, aber auch der Angehörigen, darüber wichtig, dass es überhaupt Heimbeiräte gibt und sie sich da auch wählen lassen können. Dies setzt allerdings voraus, dass die Heimträger mitmachen. Es gibt noch viele Heime, wo wegdiskutiert werden soll, dass es Heimbeiräte gibt.

Zu meinem Vorredner: Wir sind nicht für Heimfürsprecher, sondern möchten versuchen, durch die Erweiterung auf Externe so lange wie möglich Heimbeiräte zu behalten. Heimfürsprecher haben nämlich in der Praxis häufig den Nachteil gezeigt, dass sie ganz von außen kommen und sich nicht so in das Heimgeschehen und die Belange der Bewohner einfinden können.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Auch aus unserer Sicht haben sich die Neuregelungen der Heimitwirkungsverordnung aus dem Jahr 2002 überwiegend bewährt. Wir sehen in zwei Punkten Nachbesser-

rungsbedarf. Dies betrifft zunächst die Fortbildung und Schulung der Heimbeiräte. Hier müssen die Heime unterstützt werden, damit sie den Heimbeirat auch entsprechend in die Lage versetzen können. Der zweite Punkt betrifft die Stellungnahme des Heimbeirats bei Entgelterhöhungen. Hier sehen wir konkreten gesetzlichen Nachbesserungsbedarf. Diese Stellungnahme muss eingeholt werden und vorliegen, aber es gibt keinen Hinweis im Gesetz, weder im Heimgesetz noch im SGB XI, dass die Stellungnahme auch sanktionsbewehrt ist, z.B. wenn der Heimbeirat Entgelterhöhungen ablehnen sollte. Wir sind der Auffassung, dass diese Stellungnahme bei Entscheidungen zu Pflegesatzverhandlungen zur Verstärkung der Heimmitwirkung tatsächlich auch angemessen berücksichtigt werden muss.

SV Dr. Willi J. Hermanns (bpa): Mitwirkung der Heimbewohner auf jeden Fall – als Heimbeirat dann, wenn es möglich ist. Leider zeigen aber die Erfahrungen in den letzten Jahren, dass die Mitwirkung zurückgeht. Insofern sind Heimfürsprecher eine Variante. Das sind in der Regel Angehörige und Betreuer. Bei den Heimbewohnern geht im Übrigen die durchschnittliche Verweildauer in den Einrichtungen merklich zurück. Insofern gibt es da leider Beschränkungen. Änderungsbedarf sehe ich auf jeden Fall bei § 7 Abs. 3 Heimgesetz: Die Mitwirkung bei Entgelterhöhungen ist nötig. Das führt zu erheblichen Schwierigkeiten und Unsicherheiten und nicht zu dem Ergebnis, das eigentlich angedacht ist.

Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Hannes und den Deutschen Evangelischen Verband für Altenarbeit und Pflege. Sehen Sie eine Notwendigkeit, die Fachkraftquote – wie im vorliegenden Antrag vorgeschlagen – zu verändern? Welche Auswirkungen wären Ihres Erachtens damit verbunden?

SVe Dr. Waltraud Hannes: Ich halte die Fachkraftquote noch für eine notwendige Krücke, damit die behandlungspflegerischen Maßnahmen, die nur Fachkräfte erbringen dürfen, auch sichergestellt werden können. Sowohl bei den ambulanten Pflegediensten als auch in den Pflegeheimen muss jederzeit klar sein, dass Tag und Nacht, Samstag und Sonntag, Pflegefachkräfte Behandlungspflege durchführen. In

Einrichtungen, die sich auf Beatmete oder Apalliker spezialisiert haben, liegt diese Fachkraftquote deutlich höher. Bei einer Absenkung der Fachkraftquote besteht die Gefahr, dass auch unqualifiziertes Personal Behandlungspflege durchführt und damit die Qualität der Pflege sinkt.

SV Dr. Karl Heinz Bierlein (DEVAP): Ich schließe mich den Ausführungen an und möchte nur noch betonen, dass wir hier auch den Begriff der Fachkraft verändern müssen. Das ist nicht nur im engen Sinn zu verstehen, sondern hängt ganz von den Aufgaben ab, die fachlich zu absolvieren sind, und das ist sehr unterschiedlich. Die Fachkraftquote hat unser Verband eingeführt bzw. angeregt, dass sie im Gesetz aufgenommen wird. Wir trennen uns davon nur, wenn wir dafür auch eine Sicherheit haben, dass Arbeit durch Fachkräfte gesichert bleibt – und da haben wir Befürchtungen.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege zu dem gerade schon einmal als Fußnote angesprochenen Modellprojekte „a.i.da“ zur Verbesserung der Arbeitslogistik vor einem Jahr. Wir hätten gerne noch präzisere Angaben zu dem, was dabei erreicht und möglich gemacht wurde.

SVe Claudia Stiller-Harms (BGW): Mit dem Projekt zur Verbesserung der Arbeitsabläufe mittels optimierter Personaleinsatzzeiten wurde insgesamt erreicht, dass 10 % mehr Zeit für die Bewohner pro Pflegekraft rausgekommen sind. Es wurden ausgewählte Maßnahmen in Form eines Projektes durchgeführt. Als erstes wurde ein Abgleich zwischen der Pflegedokumentation, Planung und Dienstplanung geschaffen. Es wurden eine 5½- oder 5-Tage-Woche eingeführt, gestaffelte Dienstzeiten und eine größere Überlappung. Teildienste wurden abgeschafft, ein Springerpool wurde eingerichtet und insgesamt die Mitarbeiterbeteiligung erhöht. Durch die Neugestaltung der Arbeitsabläufe kam es auch zu veränderten Kommunikationsstrukturen: Der Informationsfluss hat sich verbessert. Dies hatte wiederum auch Auswirkungen auf die hier schon angesprochenen Schnittstellen zwischen Hauswirtschaft, Reinigung und Sozialem Dienst. Die Bewohnerorientierung konnte dadurch verbessert werden, weil Arbeitsspitzen entzerrt wur-

den und genau geschaut wurde, welche Bedürfnisse die Bewohner haben und wann die Pflegekräfte anwesend sein müssen. Dadurch kam es zu den genannten, gestaffelten Dienstzeiten. Das hat insgesamt zu einer Senkung des Krankenstandes geführt, zur Steigerung der Motivation und – das kann man sich gut vorstellen – auch zu einer größeren Bewohnerzufriedenheit, weil es insgesamt zu einer geringeren Fluktuation kommt. Last, but not least wurde dadurch auch die Bezugspflege verbessert.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Pflegerat bzw. den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. Ich bleibe bei der Ausbildung. Trägt das Altenpflegegesetz des Bundes wirklich dazu bei, die Attraktivität des Ausbildungsberufs für junge Menschen zu erhöhen? Hat sich damit in der Tat die Qualität der Pflegeausbildung verbessert? Erachten Sie die Weiterbildung der Pflegeberufe im Sinne einer Zusammenführung der Kranken- und der Altenpflege für sinnvoll?

Sve Claudia Pohl (DBfK und Deutscher Pflegerat (DPR)): Das Altenpflegegesetz mit seinen jetzt bundeseinheitlich gleichen Strukturen hat insgesamt zur Aufwertung und Anerkennung des Berufs geführt. Das ist für viele Menschen in verschiedenen Altersgruppen ein attraktiver Arbeitsplatz und eine attraktive Ausbildung. Die Pflegeausbildung hat sich über diese einheitlichen Strukturen verbessert. Es wurde damit auch der Vorstoß gemacht, insgesamt die Stundenzahl anzuheben. Dies hat wiederum Auswirkungen auf das Krankenpflegegesetz. Insgesamt wurde – auch das ist ein ganz wesentlicher Punkt, der sich in beiden Gesetzen jetzt verbessert hat – ein Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention gelegt. Gesundheits- und Krankenpflegerin ist die neue Berufsbezeichnung im Krankenpflegegesetz, aber auch in der Altenpflege ist hier ein weiterer Schwerpunkt zu sehen. Abgestellt wird nicht nur auf das Defizit, d.h. jemand ist krank und pflegebedürftig, sondern die Aufgabe von Pflegekräften wird auch darin gesehen, Krankheiten und Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Hier sind in der Zukunft auch neue Aufgabenfelder für die Pfleger, wo wir auch politisch sehen müssen, hier Verantwortung zu übernehmen, um die Potenziale zu nutzen, die Pflegekräfte in sich bergen.

Die Zusammenlegung von Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung würden wir befürworten. Generell sprechen wir uns dafür aus, die Erstausbildung an die Hochschule zu transportieren und hier auch im internationalen Vergleich gleichzuziehen. Damit verbindet sich auch eine Aufwertung des Berufs. Damit kann auch erreicht werden, dass neue Handlungsfelder, neue Kompetenzen erworben werden und das Gesundheitssystem insgesamt neue Kompetenzen für die Bewältigung der Aufgaben demografischer Wandel, Prävention und Gesundheitsförderung erhält.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Im Pflegebereich wird in den Medien häufig sehr salopp über mangelnde Pflege gesprochen und dies beanstandet. Meine Frage hierzu richtet sich an den Deutschen Pflegerat und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege. Wie schätzen Sie die Bedeutung der Expertenstandards des DNQP, des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege, vor dem Hintergrund der mangelnden Pflege ein?

Sve Claudia Pohl (DPR): Die Expertenstandards des DNQP sind ein wesentlicher Beitrag zur Professionalisierung. Sie stellen auf einem hohen Niveau dar, was die Qualität der Pflege ist. Was für die Einrichtungen zu leisten ist, ist auf die individuelle Versorgungssituation herunterzubrechen. Das ist ein Transfer, der in den Einrichtungen momentan vollzogen wird, angefangen mit dem ersten Standard der Dekubitusprophylaxe; aber auch alle anderen Standards fordern die Auseinandersetzung damit und die Umsetzung in der Praxis. Hier zeigt sich auch, dass insgesamt in der Pflege die Professionalisierung über Absolventen der Fachhochschulen diesen Prozess stark unterstützt und die Qualitätssicherung in den Einrichtungen damit befördert.

Sve Claudia Stiller-Harms (BGW): Die Expertenstandards können im Wesentlichen dazu beitragen, dass die Qualität gesichert wird. Auch wir sehen aber die Umsetzungsprobleme. Es gibt noch keine „Übersetzungshilfen“ für die Beschäftigten in der konkreten Pflege. Die Expertenstandards sind sehr allgemein gehalten und müssen in den Einrichtungen angepasst werden. Dort bedarf es qualifizierten Personals, um die „Übersetzung“ leisten zu können.

Aus berufsgenossenschaftlicher Sicht würden wir uns zudem wünschen, dass auch die Arbeitssicherheit und der Gesundheitsschutz der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen noch stärker in den Expertenstandards implementiert wären.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Ich habe eine Frage an den Berufsverband für Pflegekräfte und die Spitzenverbände der Pflegekassen. Ich brauche die Frage eigentlich gar nicht mehr zu stellen, denn dank der Verhandlungsergebnisse zur Reform der Pflege wird generell verstärkt Wert auf ambulante Leistungen gelegt. Die Pflegestützpunkte möchte ich noch einmal betonen. Trotzdem möchte ich Sie fragen, ob Sie der Auffassung sind, dass ein Pflegeheimvergleich – nach Möglichkeit auch öffentlich und mit Tarifausschreibungen – den Vertragsparteien sachgerecht zur Vorbereitung der Vergütungsvereinbarungen und zur Prüfung von Wirtschaftlichkeit und Qualität dienen kann.

SV **Harald Kesselheim** (AOK-BV): Wir messen dem Aspekt der Transparenz sehr große Bedeutung bei. Der Pflegeheimvergleich ist aus meiner Sicht einer der wichtigsten Bestandteile eines solchen Transparenzprodukts, indem er deutlich macht, wie einzelne Pflegeheime sowohl in ihrem qualitativen als auch in ihrem wirtschaftlichen Handeln tatsächlich

agieren, und dies miteinander vergleichbar macht. Vor dem Hintergrund von Verknüpfungen, die man eventuell zukünftig in der stärkeren Vernetzung in den integrierten Versorgungsnetzen findet, wird der Vergleich dessen, was in den Einrichtungen geleistet wird, noch viel größer und wichtiger werden.

Sve **Claudia Pohl** (DBfK und DPR): Die Transparenz ist ein ganz wesentlicher Punkt. Wir unterscheiden zwischen der Transparenz nach außen für Angehörige oder auch für die Bewohner bzw. Pflegebedürftigen. Da gelten andere Kriterien als bei einer Begutachtung durch den MDK.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich danke Ihnen recht herzlich, dass Sie gekommen sind. Es wird sicherlich nicht das letzte Mal gewesen sein, dass wir uns sehen. Nach den Eckpunkten der Bundesregierung wird wohl nach der Sommerpause das Gesetzgebungsverfahren beginnen, und einige von uns werden sich dann wiedersehen. Ich bedanke mich auch bei denen, die nicht gefragt wurden, für ihr Kommen.

Ende der Sitzung: 16.00 Uhr.