

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll

71. Sitzung

Berlin, den 21.01.2008, 11:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S 001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Block I: Abbau von Schnittstellen, Entbürokratisierung, Qualitätssicherung, Hilfsmittel, Rehabilitation, Prävention) zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksachen 16/7439, 16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte
Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende,
transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

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

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.

FDP

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

DIE LINKE.

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

B90/GRUENE

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

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

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

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

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

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

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Christian Kleiminger (SPD)	29	SV Andreas Besche (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	17
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	18	SV Andreas Wagener (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	27
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	12, 30, 31	SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	16, 18, 28
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	9, 27	SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.):	11, 13, 24
Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.)	19, 20, 21	SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität - Bundesverband e.V. (VS))	14
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	16	SV Dr. Carl-Heinz Müller (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	27
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	13, 31	SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	12, 31, 32
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	14, 31	SV Dr. Joachim Wilbers	9, 10, 25, 27
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	7, 9, 12, 16, 19, 21, 22, 25, 29, 30, 31, 32	SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE))	13, 31
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	22, 23, 24	SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.(MDS))	8, 11, 13, 15, 19
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	19, 20, 21	SV Elke Bartz (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e.V. (ForseA))	19, 20, 32
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	16, 17, 18	SV Gerd Kukla (IKK-Bundesverband (IKK-BV))	13
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	10, 28	SV Gerhard Igl (Bundskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS))	23, 24
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	13, 14, 31	SV Helmut Wallrafen-Dreisow	22
Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU)	26	SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	9, 17, 26
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	8	SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	20, 21, 30
Abg. Max Straubinger (CDU/CSU)	26	SV Jürgen Sandler (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	30
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	8, 25, 28	SV Mario Damitz (Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP))	18
		SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband	26, 28, 29

		der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	
		SV Prof. Dr. Thomas Klie (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.)	9, 24
		SV Rainer Brückers (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO))	12, 14
		SV Sebastian A. Froese (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.):	8, 31
		SV Stephan Baumann (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB))	30
		SV Thomas Ballast (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	13, 28
		SV Thomas Eisenreich	16, 17
		SV Thomas Montag (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP))	29
		SV Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK))	14
		SV Wolfram-Arnim Candidus (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP))	11
		SVe Christiane Schiller (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.)	11
		SVe Dr. Brigitte Weihrauch (Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (DHPV))	29
		SVe Dr. Cornelia Goesmann (Bundesärztekammer (BÄK))	21
		SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.)	12, 18, 25, 26
		SVe Dr. Gabriele Kuhn-Zuber (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD))	20, 21
		SVe Dr. Irene Vorholz (Deutscher Landkreistag) (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)	28
		SVe Helga Walter (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.)	13
		SVe Prof. Dr. Doris Schiemann (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP))	10
		SVe Prof. Dr. Martina Hasseler	14, 15

		SVe Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG))	21, 32
		SVe Sabine Mattes (Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V. (BKSB))	8
		SVe Silvia Raffel (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK))	30, 31
		SV Wilfried Voigt (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP))	19

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439

16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Beginn: 11.00 Uhr

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):

Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich darf Sie recht herzlich begrüßen. Da das Jahr noch nicht so sehr alt ist, gestatten Sie mir, Ihnen alles Gute für 2008 zu wünschen, vor allen Dingen Gesundheit und möglichst keinen Unfall, damit Sie nicht womöglich noch pflegebedürftig werden. Wir werden sehen, was uns heute zum Thema Pflege vorliegt.

Als einzigen Tagesordnungspunkt rufe ich die öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen auf dem Gesetzentwurf der Bundesregierung: „Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) - BT-Drs. 16/7439, Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung“ - BT-Drs. 16/7136, Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung“ - BT-Drs. 16/7472 und den Antrag der Fraktion der FDP „Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte,

die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege“ - BT-Drs. 16/7491.

Ich habe die Drucksachen zum einen der Form halber aufgerufen, zum anderen aber auch, um Ihnen zu verdeutlichen, dass es in dieser Anhörung nicht allein um den Gesetzentwurf geht, den die Bundesregierung vorgelegt hat.

Der Ausschuss hat für die Anhörung zu diesen Vorlagen elf Stunden eingeplant. Heute Vormittag beschäftigen wir uns mit „Block I: Abbau von Schnittstellen, Entbürokratisierung, Qualitätssicherung, Hilfsmittel, Rehabilitation, Prävention“.

Neben den Mitgliedern des Ausschusses begrüße ich zuvörderst die Sachverständigen der Verbände und die Einzelsachverständigen recht herzlich. An dieser Stelle begrüße ich natürlich auch die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, voran Herrn Parlamentarischen Staatssekretär Schwanitz. Auch die Bundesratsbank ist gut besetzt. Ich begrüße die Mitarbeiter des Stenografischen Dienstes recht herzlich, die uns ob des Mammutprogramms

unterstützen. Ich danke Ihnen, dass Sie uns so tatkräftig unter die Arme greifen. Natürlich begrüße ich auch alle Gäste, die auf der Gästebank sitzen, und die Medienvertreter.

Jetzt legen wir los. Einige von Ihnen kennen das Prozedere vielleicht schon. Ich bitte alle, zum Sprechen das Mikrofon zu benutzen, sich vorzustellen, Verband und Namen zu nennen, soweit ich das nicht tue. Da wir dieses Mal Vertreter von 66 Verbänden und fünf Einzelsachverständige anhören und darunter etliche sind, die nicht täglich hier im Hause sind, bitte ich meine Kolleginnen und Kollegen Abgeordneten, nicht mit Abkürzungen um sich zu werfen, weil das sowohl für die Handhabung auf unserer Seite als auch für die anwesenden Gäste schwierig wäre. Ich bitte Sie also, die Verbandsnamen auszusprechen, soweit es nötig ist; es gibt sicherlich Ausnahmen.

Jetzt ist unser Geburtstagskind anwesend: der Einzelsachverständige Herr Wallrafen-Dreisow. Alles Gute, natürlich vor allen Dingen Gesundheit!

So einen Geburtstag haben Sie selten, nicht wahr?

Sie wissen, dass wir die Frage- und Antwortzeit zwischen den Fraktionen aufgeteilt haben. Wir beginnen mit der Frage- und Antwortzeit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Wir würden gerne mit einem Themenkomplex beginnen, der uns sehr wichtig ist: mit der Frage der Qualitätssicherung und der Transparenz. Als Erstes habe ich zwei Fragen an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass alle Pflegeheime alle drei Jahre einmal geprüft werden sollen. Wie stehen Sie zu dieser Festlegung auf eine Frequenz von drei Jahren? Können Sie diese Frequenz sicherstellen?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Die Situation im Bereich der Pflege ist nicht so, dass wir uns entspannt zurücklehnen können. In der internen, aber auch in der externen Qualitätssicherung muss mehr passieren. Deshalb halten wir es für richtig, dass eine Prüffrequenz durch den Gesetzgeber vorgegeben wird. Ich denke, der Zeitraum von drei Jahren

ist gut, damit alle Pflegeeinrichtungen in die Prüfung hineingenommen werden können. Die Medizinischen Dienste werden sicherstellen, dass diese Gesetzesvorschrift umgesetzt wird. Den Ehrgeiz haben wir. Gegenwärtig werden jedes Jahr rund 20 Prozent der Einrichtungen geprüft. Durch die Prüfquote kommen wir auf deutlich über 30 Prozent. Wir werden das leisten.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich richte meine Fragen an den Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V., an den Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. sowie an den bpa. Die Fragen zielen in die gleiche Richtung. Die im Gesetz vorgesehene Festschreibung einer Dreijahresfrequenz für die Prüfung von Pflegeeinrichtungen würde ich gerne aus Ihrer Sicht bewertet wissen. Insbesondere würde ich gerne erfahren, wie sich die Prüffrequenz für Sie derzeit real darstellt.

SVe **Sabine Mattes** (Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V.): Im Moment ist die Prüffrequenz relativ unterschiedlich. Sie hängt davon ab, wie gut oder schlecht die Pflegeheime bei den jeweiligen Prüfungen abscheiden. Das finden wir auch gut so; denn Einrichtungen, die nicht so gut sind, sollten häufiger geprüft werden. Das wird in dem Gesetzentwurf ja auch nicht ausgeschlossen. Im Moment werden die Einrichtungen etwa alle fünf Jahre geprüft, manche natürlich wesentlich seltener. Im letzten Bericht des MDS wurde festgestellt, dass manche Einrichtungen bis jetzt erst einmal oder noch gar nicht geprüft worden sind. Die kommunalen Einrichtungen stellen hier keine Ausnahme dar. Auch wir finden die im Gesetzentwurf vorgesehene Prüffrequenz von drei Jahren gut.

SV **Sebastian A. Froese** (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.): Auch der bad begrüßt die dreijährige Regelprüfzeit. Nach unserer Wahrnehmung gibt es in den Bundesländern derzeit höchst unterschiedliche Praktiken. Es gibt Bundesländer, die den dreijährigen Turnus schon jetzt, ohne Vorgabe, einhalten. In anderen Bundesländern hält der MDK diesen Turnus allerdings noch nicht ein. Es gibt Beispiele, die belegen, dass sich das im Einzelfall über einen sehr lan-

gen Zeitraum erstreckt. Das mögen zwar Einzelfälle sein, aber unter diesem Gesichtspunkt begrüßen wir einen regelmäßigen dreijährigen Turnus. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass zur Veröffentlichung der Ergebnisse eine Neuregelung vorgesehen ist dazu werden wir heute sicherlich noch etwas hören, halten wir es für zwingend erforderlich, dass ein entsprechender Turnus eingeführt wird; denn nur so kann Vergleichbarkeit hergestellt werden.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Die Prüffrequenz ist gegenwärtig keineswegs zu hoch. Wir haben überhaupt nichts dagegen, dass alle drei Jahre geprüft wird. Aus unserer Sicht kann auch häufiger geprüft werden. Ich glaube aber, es ist zu hinterfragen, ob die Prüfungen so bleiben müssen, wie sie jetzt sind, ob es zum Beispiel bei dem langen Fragenkatalog bleiben muss. Vielleicht sollte man sich stärker auf die Ergebnisqualität konzentrieren. Das, was jetzt vorgeschlagen wird, ist eine Verdoppelung der Prüffrequenz, wodurch die Ergebnisqualität sichergestellt werden soll.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Herrn Dr. Wilbers, an die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. sowie das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Die Pflege selbstverwaltung wird gemäß § 113 SGB XI beauftragt, Expertenstandards entwickeln zu lassen. Diese Standards werden nach entsprechender Beschlussfassung für alle Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen verbindlich. Jetzt die Fragen: Ist das geplante Gremium so, wie es zusammengesetzt ist, geeignet, diese Aufgabe zu erfüllen? Wenn ja: Ist der Zeitraum bis zum 31. März 2009 realistisch und ausreichend? Ist die vorgesehene Schiedsstelle als Konfliktlösungsinstrument in diesem Zusammenhang geeignet?

SV Dr. Joachim Wilbers: Ich halte sehr viel von nationalen Expertenstandards. Der Idee, dass diese durch eine Veröffentlichung im Bundesanzeiger quasi amtlich gemacht werden, stehe ich aber kritisch gegenüber; denn es wird kaum möglich sein, dafür zu sorgen, dass sich ausnahmslos alle Experten eines Fachgebiets bei der Erarbeitung einbringen und sich auf einen Standard einigen, der dann als Endpunkt der Diskussion zu gelten hat. Auch zu

den bisher erarbeiteten nationalen Standards gab es immer wieder kritische Stimmen aus der Fachwelt. Es ist problematisch, wenn man sagt: Das ist es jetzt, und das wird jetzt sozusagen amtlich gemacht.

Ein Weiteres kommt hinzu: Die Standards sind nur gut, wenn die zugrunde liegenden Erkenntnisse aktuell sind. Was passiert, wenn es neue Erkenntnisse gibt, die nahelegen, vom bisherigen Standard abzuweichen? Den Standard kann man natürlich nicht alle paar Monate überarbeiten; das geht so seinen Gang. Was soll eine Pflegeeinrichtung in dem Fall machen? Auf der einen Seite muss sie sich an die neuesten Erkenntnisse halten so steht es im Gesetz, auf der anderen Seite soll sie sich aber an den Standard halten. Wenn das auseinandergeht, ist das ein Problem.

Ich plädiere dafür, den nationalen Standards großes Gewicht beizumessen. Die Allgemeinverbindlichkeitserklärung in Form einer Veröffentlichung im Bundesanzeiger sollte aber noch einmal überdacht werden.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich hatte noch zwei andere Fragen an Herrn Dr. Wilbers gerichtet: bezüglich der Schiedsstelle als Konfliktlösungsinstrument und bezüglich des Zeitraums bis zum 31. März 2009. Oder möchten Sie nachher noch einmal antworten?

SV Dr. Joachim Wilbers: Das kann ich nachher beantworten.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Das heißt, jetzt antwortet zunächst Professor Klie für die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie.

SV Prof. Dr. Thomas Klie (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.): Insgesamt begrüßen wir es sehr, dass die Qualitätssicherungsdiskussion nicht von den Prüfinstanzen allein geführt werden soll und die Qualitätsmaßstäbe nicht von ihnen selbst festgelegt werden, sondern dass systematisch aggregierte Wissensbestände in Expertenstandards übergeführt und somit zur Grundlage der Qualitätssicherungsaktivitäten gemacht werden sollen. Damit wird der allgemein anerkannte Stand der Erkenntnis verbindlich.

Große Bedenken haben wir in dreierlei Hinsicht:

Erstens. Die Expertenstandards so heißen sie im Gesetz; in der Begründung heißen sie etwas anders sind im Wesentlichen monodisziplinär angelegt. Das halten wir angesichts der Tatsache, dass das Care-Geschehen multidisziplinär geprägt ist, für falsch.

Zweitens halten wir ebenso wie Herr Wilbers die Verbindlichkeitserklärung für hochproblematisch, auch unter juristischen Gesichtspunkten. Für uns stellt sich dabei auch die Frage, ob in dem vorgesehenen Gremium diejenigen vertreten sein werden, die dort hingehören. Die Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe und der Patienten ist in der Schiedsstelle bisher überhaupt nicht vorgesehen.

Drittens. Die Konzeption, nach der die Qualitätssicherungsmaßstäbe im Vereinbarungswege festgelegt werden, sehen wir als problematisch an. Insofern schließen wir uns der Stellungnahme der BUKO-QS an. Herr Wilbers hat angedeutet, dass man nicht auf dem Konsenswege feststellen kann, was verbindlich ist und was der allgemein anerkannte Stand ist.

Wir sprechen uns für eine Empfehlungsstrategie aus. Man sollte sich auf Empfehlungen verständigen. Diesen Empfehlungen kann in der Qualitätssicherungs-, aber auch in der haftungsrechtlichen Diskussion der gleiche Grad an Verbindlichkeit beigemessen werden, der hier vorgesehen ist. Die Schiedsstelle scheint uns ein Fremdkörper in der Gesamtkonzeption der Qualitätssicherung zu sein. Man weiß nicht recht, wie das funktionieren soll. Wenn es allgemein anerkannte Erkenntnisstände gibt, die sich in die Praxis implementieren lassen, dann sollten sie nicht von einem Schiedsstellenverfahren abhängig gemacht werden, das uns im Übrigen auch juristisch problematisch zu sein scheint.

Wir plädieren sehr dafür, die Unabhängigkeit ähnlich wie im Bereich der Medizin durch Institutionalisierung sicherzustellen. Mittelfristig könnte diese Institutionalisierung in einem deutschen Institut für Qualität in der Pflege münden.

Sve Prof. Dr. Doris Schiemann (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege): Grundsätzlich begrüßen wir es sehr, dass durch die Verbindlichkeitsregelung im SGB XI eine Regelfinanzierung der Entwicklung von Expertenstandards hergestellt werden soll. Die Entwicklung von Expertenstandards fand bislang auf der Projektebene statt und wurde projektbezogen finanziert. Wir halten es allerdings für wichtig, dass im Gesetz nicht nur steht, dass die Standards wie bisher evidenzbasiert, also auf der Basis von internationalen Erkenntnissen entwickelt werden, sondern auch, dass das Verfahren unabhängig sein soll. In der Begründung steht, dass eine Lenkungsgruppe das übernehmen kann. Aus unserer Sicht muss dort stehen, dass es eine unabhängige Lenkungsgruppe geben muss. Wir denken, dass die Unabhängigkeit durch die Vertragspartner nicht gewährleistet werden kann.

SV Dr. Joachim Wilbers: Entschuldigung, dass ich die beiden anderen Fragen in der ersten Runde nicht beantwortet habe. Ich denke, der Terminplan bis zum 31. März 2009 ist ambitioniert. Ich bin mir nicht sicher, ob das bis dahin erledigt werden kann.

Ich schließe mich der Aussage von Herrn Professor Klie an: Eine Schiedsstelle wäre in dem ganzen Qualitätsmechanismus ein Fremdkörper. Die Frage ist, was die Schiedsstelle machen soll. Üblicherweise ist eine Schiedsstelle dafür da, um über unterschiedliche Pflegesätze oder so etwas zu entscheiden. Ich halte es für ausgesprochen schwierig, wenn sie über unterschiedliche Qualitätsstandards entscheiden soll. Das sollte der fachlichen Diskussion überlassen bleiben.

Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V., die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. und den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen nach § 115 Abs. 1 a SGB XI sicherstellen, dass die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen

gen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden.

Die Kriterien der Veröffentlichung sollen „durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ sowie „die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe“ vereinbart werden. Der MDS ist daran zu beteiligen.

Bieten die bisherigen Prüfinhalte des MDK eine geeignete Grundlage, um insbesondere die Ergebnisqualität abbilden zu können? Können die Prüfergebnisse des MDK übersichtlich und laienverständlich aufbereitet werden? Wie beurteilen Sie die Vorschrift, nach der die Veröffentlichung von Prüfergebnissen von der Landesebene vorgenommen werden soll?

SV Wolfram-Armin Candidus (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V.): Ich behaupte, dass die Pflegekassen bisher nicht in der Lage waren, hinsichtlich der individuellen Leistungen für Transparenz zu sorgen. Angesichts der jetzt vorgesehenen Gesichtspunkte bezweifle ich auch, dass sie in Zukunft dazu in der Lage sein werden. Aus unserer Sicht wäre es im Sinne der Versicherten und Patienten, wenn Beteiligte aus unterschiedlichen Berufsgruppen, Institutionen und Bereichen deutlich stärker an der Schaffung von Rahmenbedingungen für Transparenz beteiligt würden. Das System muss nachvollziehbar und überprüfbar werden und darf nicht zum Teil beeinflusst werden können.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Ich kann mich meinem Vordr. anschließen. Auch ich bin der Meinung, dass das bisherige System nicht ausreichend ist, um die Punkte Lebensqualität und Ergebnisqualität zur vollen Zufriedenheit ermitteln zu können. Im Übrigen bin ich der Meinung, dass den Verbraucherverbänden sowie den Verbänden der Patienten und der pflegebedürftigen Menschen die Grunddaten aus diesen Erhebungen zur Verfügung zu stellen sind, damit über diese Verbände eine Aufarbeitung der Daten stattfinden kann, was im Hinblick auf die Veröffentlichung der Daten und Prüfberichte eine Hilfestellung wäre. Ich bin der Meinung, dass wir das durchaus auf Landesebene regeln

können. Es wäre aber sicherlich von Vorteil, wenn das bereits auf der Bundesebene angegangen würde.

Sve Christiane Schiller (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V.): Wir begrüßen es, dass jetzt davon gesprochen wird, dass die Lebensqualität Niederschlag finden soll. Das Ganze ist vonseiten der MDKs sicherlich zu erweitern. Wir sehen es als Herausforderung an, dass die Prüfergebnisse jetzt übersichtlich gestaltet werden sollen. Unter dem Aspekt des Verbraucherschutzes sollte dem Rechnung getragen werden. Wir halten das für möglich. Das muss gelingen. Insofern schließen wir uns der Auffassung des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände an. Auch wir sagen: Auf Landesebene liegen entsprechende Erfahrungen vor, die einfließen können.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Gegenwärtig ist die Situation so, dass die Prüfergebnisse der MDKs weder von den Pflegekassen noch vom Medizinischen Dienst veröffentlicht werden können. Dadurch, dass die Veröffentlichung der Prüfergebnisse ermöglicht wird, geht man einen wichtigen Schritt in Richtung Herstellung von Transparenz.

Wir denken, dass die MDK-Prüfergebnisse wesentliche Dimensionen der Pflegequalität abbilden: die Wohnlichkeit einer Einrichtung, die Versorgung mit Essen und Trinken, das Vorhalten von Betreuungsangeboten. All diese Daten werden bei den Prüfungen der MDKs erhoben. Wir werden unsere Arbeit in Zukunft sehr stark auf die Ergebnisqualität fokussieren: Wie ist die Versorgung bei Druckgeschwüren? Liegt eine Unterernährung vor? Wie wird mit Inkontinenz umgegangen? Wie wird in der Einrichtung mit Demenz umgegangen?

Die Prüfkriterien der MDKs enthalten also schon wesentliche Dimensionen und können veröffentlicht werden. Es ist klar, dass wir das in eine laienverständliche Sprache übersetzen müssen. Unsere Prüfberichte werden heute für Fachleute geschrieben. Sie müssen daher übersetzt werden. Uns ist klar, dass es weitere Dimensionen gibt, die in einen solchen Bericht zu integrieren sind. Die Verbraucherschützer haben das angesprochen. Eine wesentliche Dimension kann der MDK aber liefern.

Eine Anmerkung zu der Frage, ob die Landesebene geeignet ist: Natürlich ist es zweckmäßig, die Landesebene mit der Veröffentlichung zu beauftragen. Ich würde aber Wert auf eine bundeseinheitliche Darstellung legen. Das heißt, es muss bundesweit einheitlich geregelt sein, wie und worüber berichtet wird. Denken Sie nur an die Versicherten, die im Landesgrenzbereich, zum Beispiel im Umland von Hamburg wohnen. Sie schauen auf die Internetplattform von Hamburg und stellen fest, dass sie ganz anders ist als die Internetplattform von Schleswig-Holstein. Das kann nicht beabsichtigt sein. Die Darstellungskriterien sollten einheitlich sein. Ansonsten haben wir keine Bedenken dagegen, das auf die Landesebene zu ziehen.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Damit kommen wir zur Fragezeit der SPD-Fraktion.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe eine Frage zur Zertifizierung. Im Gesetzentwurf sind dazu Regelungen vorgesehen. Ich möchte die AWO, die Caritas, die AOK, den VdAK und den IKK-BV fragen, wie sie die Regelungen bewerten, die zur Zertifizierung von Pflegeeinrichtungen vorgesehen sind. Ich möchte Sie bitten, darzustellen, warum die Regelprüfung des MDK bei den zertifizierten Einrichtungen entfallen soll.

SV Rainer Brückers (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Wir begrüßen die Regelung im Gesetz. Wir halten eine Verknüpfung zwischen Zertifizierungsverfahren und staatlichen Überwachungsprüfungen für eine Stärkung des Qualitätsverbesserungsprozesses, insbesondere unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit. Wir müssen aber ganz klar festhalten: Das gilt nur für solche Verfahren, die auf der Basis eines Qualitätsmanagements von externen Zertifizierungsstellen nach ISO 17021:2006 begutachtet und geprüft werden. Es handelt sich an dieser Stelle also nicht um sogenannte Gütesiegel. Diese Zertifizierungsstellen werden vom Deutschen Akkreditierungsrat beim Bundeswirtschaftsminister beaufsichtigt und bieten deshalb die Gewähr für Unabhängigkeit, Unparteilichkeit und Kompetenz.

Im Übrigen haben sich alle Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege auf ein solches System verständigt. Es gibt Spitzenverbände, die das in ihren Statuten für ihre Einrichtungen zwingend vorschreiben. Beispielsweise ist dies für die AWO-Einrichtungen gemacht worden.

Gleichwohl sind wir der Auffassung, dass öffentlich-rechtliche Prüfungen notwendig sind, insbesondere bei Einrichtungen ohne Zertifikat und bei konkreten Anlässen. Allerdings muss die Prüfung auch Folgen haben. Es ist besser, unverbesserlich schlechte Einrichtungen vom Netz zu nehmen, als alle Einrichtungen permanent zu überwachen und zu überprüfen. Das halten wir für unverhältnismäßig und für nicht wirksam. Im Übrigen würde das die Selbstregulierungskräfte der Träger der freien Wohlfahrtspflege zerstören. Wir brauchen Anreize, und das Gesetz ist ein solcher Anreiz. Das begrüßen wir sehr.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber durch die Anerkennung der Zertifizierungsverfahren das interne Qualitätsmanagement gestärkt hat. Dieser Weg ist durch das PQsG eingeschlagen worden und sollte weiterhin verstärkt verfolgt werden. Es ist positiv zu bewerten, dass zertifizierte Einrichtungen im Hinblick auf Prüfturnus, Prüfumfang und Prüfdichte durch den MDK entsprechend angenommen werden. Aus unserer Sicht kann eine externe Prüfung durch den MDK entfallen, wenn die Zertifizierungen den Kriterien der Qualitätsprüfrichtlinien entsprechen.

Wir möchten allerdings anmerken, dass die vorgesehene Stichprobenquote von 20 Prozent den an sich sehr positiven Gesetzentwurf konterkariert, da die Stichprobe pro Jahr gezogen wird und somit innerhalb von drei Jahren 60 Prozent der zertifizierten Einrichtungen erneut geprüft werden. An dieser Stelle bitten wir, auf die Regelung des Referentenentwurfs, in dem eine Stichprobenquote von 10 Prozent vorgesehen war, zurückzukommen.

SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband): Wir sind der Meinung, dass es für die Qualitätssicherung wichtig ist, dass das bisherige Prüferecht des MDK in den Pflegeheimen und bei den Pflegediensten uneingeschränkt gültig bleibt. Die Wächterfunktion, die der MDK ausübt, darf nicht tangiert wer-

den. Nun enthält der Gesetzentwurf für die Kassen die Option, zu entscheiden, ob sie von einer MDK-Prüfung absehen, wenn ihnen ein überzeugendes Zertifikat vorgelegt wird. Das ist der springende Punkt. Denn mit den Zertifikaten und Gütesiegeln hat es in der Vergangenheit nicht die besten Erfahrungen gegeben. Insoweit denke ich, dass die Frage, wie sichergestellt wird, dass diese Zertifikate ihre Funktion erfüllen, beantwortet werden muss. Gleichwohl sollte es beim MDK-Prüferecht bleiben.

Wir denken allerdings auch, dass durch die Möglichkeit, ein solches Zertifikat beizubringen, das den Pflegekassen vorgelegt werden kann, die Motivation der Pflegeeinrichtungen, in der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung selber tätig zu werden, durchaus gesteigert werden kann. Insofern ist das zu begrüßen. Aber beides sollte nebeneinander Bestand haben.

SV Thomas Ballast (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.): Ich kann mich den Ausführungen meines Vorredners im Großen und Ganzen anschließen. Prüfung ist wichtig und muss neutral und unabhängig erfolgen. Aus unserer Sicht geschieht das im Wesentlichen durch den MDK. Um die Befürchtungen im Hinblick auf Gefälligkeitsatteste auszuräumen, könnte man sich allenfalls überlegen, ob man begrenzte Erprobungen solcher Zertifizierungen zulässt, um zu testen, ob es wirtschaftliche Verflechtungen gibt oder nicht. Ansonsten sehen wir den MDK als hauptsächlichen Partner in diesem Prüfgeschäft und unterstützen ihn.

SV Gerd Kukla (IKK-Bundesverband): Die Kollegen vom AOK-Bundesverband und vom VDAK haben alles Notwendige dazu gesagt. Wir schließen uns diesen Auffassungen an.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich möchte an dieser Stelle gern noch einmal nachhaken und fragen, wie die Vertreterinnen und Vertreter der Verbraucherzentrale, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen und der BAG Selbsthilfe es sehen, wenn der MDK-Prüfauftrag durch eine Zertifizierung ersetzt werden würden.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Diese Regelung begegnet großen Bedenken. Wir sind nach wie vor der Meinung, dass ein wesentlich kürzerer Zeitraum angemessen wäre. Das ist aber wohl zurzeit nicht machbar.

Sve Helga Walter (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V.): Wir schließen uns dem Vorredner von der Verbraucherzentrale an. Es gibt Bedenken dagegen, dass dieses Prüfverfahren ausgesetzt wird und ein Zertifikat die Prüfung ersetzt.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Aus unserer Sicht liegt der Schlüssel zur Verbesserung der Qualität der Pflege in den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Aus unserer Sicht ist es sehr wichtig, dass auch die Prüfkriterien künftig unter Beteiligung von Vertretern der Selbsthilfe erstellt und weiterentwickelt werden; denn dann kann es gelingen, betroffenenorientierte Kriterien maßgeblich zu überprüfen.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine Frage richtet sich an Dr. Pick und Frau Professor Hasseler. Herr Dr. Pick, wie können Expertenstandards, so wie wir sie vorgesehen haben, zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen, und wie kann dies wissenschaftlich untersucht werden? Die Frage nach einer wissenschaftlichen Untersuchung dieser Expertenstandards möchte ich explizit an Frau Professor Hasseler weiterreichen.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Wir brauchen Expertenstandards, weil sie ein wesentlicher Beitrag zur Beschreibung des Stands der Kunst in der Pflege, also des medizinisch-pflegerischen Wissens, sind. Wir brauchen sie auch, um eine gewisse Vereinheitlichung des Wissens sicherzustellen. Deshalb glaube ich, dass es richtig ist, die Expertenstandards durch den Gesetzgeber stärker zu unterstützen und zu fördern.

Wichtig ist, dass eine große Unabhängigkeit zum Tragen kommt, wenn die Konsentierung

und die Erarbeitung der Expertenstandards stattfindet. Das halten wir für nötig und sinnvoll. Für uns als Medizinische Dienste ist selbstverständlich, dass das, was in den Expertenstandards als Konsens dargelegt wird, dann auch in die Prüfmaßstäbe des Medizinischen Dienstes eingeht. Aber auch da muss man beachten das knüpft an das an, was Herr Wilbers eben gesagt hat: Wenn Expertenstandards heute erarbeitet und beschlossen werden, braucht es natürlich eine gewisse Zeit, bis sie in der Versorgungsrealität ankommen. Diese Zeit muss man den Einrichtungen geben. Hier muss man entsprechende Flankierungen leisten.

SVe Prof. Dr. Martina Hasseler: In der wissenschaftlichen Untersuchung von Qualität ist es erstens wichtig, auf die Ergebnisebene zu gehen und zu fragen, welche Ergebnisse erreicht werden sollen, und natürlich die Ziele zu bestimmen. Zweitens ist es sehr wichtig, die Perspektive der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen einzubeziehen. Wir haben Hinweise darauf, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige andere Parameter an Qualität anlegen, als wir es aus fachlicher Perspektive vermuten.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich bleibe beim Thema Pflegequalität. Meine Frage richtet sich an den Vertreter der Arbeiterwohlfahrt, an den Vertreter der Volkssolidarität und an die Aktion Psychisch Kranke. Im Rahmen des Ausbaus der Qualitätssicherung soll das interne Qualitätsmanagement gestärkt werden, die Inhalte der Qualitätssicherung sollen transparenter gemacht und gleichzeitig soll die Prüftiefe bei externer Prüfung verringert werden. Meine Frage lautet: Dient das bei Nachfragen der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen der besseren Information?

SV Rainer Brückers (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Es ist bisher so, dass die Prüftiefe und der Umfang der internen Qualitätsmanagementverfahren, die einer externen Prüfung unterliegen, weit größer sind als das, was der MDK bisher durch seine Prüfungen vorweisen kann. Sie bieten aufgrund ihrer Datenbasis eine viel bessere Übersicht über das Gesamtspektrum der Leistungen einer Einrichtung. Dies ist für Verbraucher, die sich einen Überblick über das Gesamtleistungsspektrum von Einrichtungen verschaffen müssen, von

entscheidender Bedeutung. Deshalb ist es - dies betrifft die Kriterien zur Veröffentlichung - wichtig, darauf zu achten, dass die Bewertung nicht auf reine Defizitkriterien verengt wird, sondern das Gesamtspektrum der Leistungen einer Einrichtung zum Tragen kommt.

SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität Bundesverband e. V.): Im Wesentlichen möchte ich mich Herrn Brückers anschließen. Ich möchte aber zusätzlich darauf aufmerksam machen, dass die Prüfberichte des MDK im Großen und Ganzen auf die Struktur- und Prozessqualität abzielen und weniger auf die Ergebnisqualität. Dieses Problem sehen wir hinsichtlich der umfassenden Darstellung, die auch von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen genutzt werden soll. Wir meinen, dass überlegt werden muss, welche zusätzlichen Aspekte, die die Ergebnisqualität betreffen, in der Darstellung berücksichtigt werden müssen.

SV Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke e. V.): Die Frage kann ich mit Ja beantworten. Als Instrument zur Verbesserung der Qualität wird das interne Qualitätsmanagement der entscheidende Hebel sein. Zur Überprüfung leistet die externe Qualitätssicherung einen starken Beitrag. Insofern regt der hier gefundene Weg dazu an, in einer produktiven Form zusammenzuarbeiten.

Wir haben beim Thema Qualitätssicherung insgesamt darauf hingewiesen, dass wir es für wichtig halten, die Beteiligung der Nutzer stärker in den Blick zu nehmen und über die einzelfallbezogene Qualitätssicherung hinaus auch regionale Versorgungsaspekte mit in den Blick zu nehmen. Im Moment ist alle Qualitätssicherung im Wesentlichen einzelfallbezogen; auch die einrichtungsbezogene Qualitätssicherung orientiert sich an der Qualität der Leistungen für die einzelnen Klienten dieser Einrichtungen. Dabei wird nicht geprüft, wie das Versorgungsangebot in der Region ist. Es wäre nötig, das zu berücksichtigen.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich habe eine Nachfrage bezüglich der Zertifizierung und richte sie an Herrn Dr. Pick und Frau Professor Hasseler. Ich möchte außerdem zum Prüfrhythmus eine Nebenfrage stellen. Welche Ergebnisse erzielen zertifizierte Einrichtungen

bei MDK-Prüfungen? Ich würde Sie bitten, darauf noch einmal einzugehen. Ich habe auch die Bitte, dass Sie die Frage mit aufnehmen, ob man über einen kürzeren Prüfrhythmus, zum Beispiel von einem Jahr, verstärkt nachdenken könnte. Wenn ja, warum?

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Sie haben als Erstes nach den Erfahrungen, die wir mit Zertifizierungen in der MDK-Qualitätsprüfung machen, gefragt. Wir haben das im zweiten Qualitätsbericht beschrieben. Wir haben die Einrichtungen, die ein Zertifikat hatten mit denen verglichen, die kein Zertifikat hatten. Das Ergebnis war, dass die zertifizierten Einrichtungen bezogen auf die Prozessqualität durchaus besser als der Durchschnitt, aber bezogen auf die Ergebnisqualität nicht besser, sondern sogar leicht schlechter waren. Man muss beachten: Unter Zertifikaten versteht man heute vieles. Von daher bieten Zertifizierungen und Zertifikate aus unserer Sicht nicht in jedem Fall Gewähr für gute Qualität.

Der zweite Punkt, der bezüglich Zertifizierungen zu beachten ist: Wenige Zertifizierungsverfahren beziehen überhaupt den Pflegebedürftigen im Rahmen einer Inaugenscheinnahme ein. Das heißt, die zentral geforderte Dimension der Ergebnisqualität fehlt gerade bei den Zertifizierungen. Deshalb ist unsere Empfehlung, diese beiden Instrumente nicht miteinander zu vermischen. Zertifizierungen sind ein Instrument des internen Qualitätsmanagements. Sie haben einen Stellenwert bei der Unterstützung der Einrichtung im Rahmen der Erledigung ihrer Aufgaben. Aber die externe Qualitätsprüfung des MDK geht deutlich darüber hinaus und ist unabhängiger.

Zum Prüfturnus und zur Prüftiefe: Den Turnus der Zertifizierung zu reduzieren, lehnen wir ab; das halten wir für falsch. Wir können uns vorstellen, dass da, wo anerkannte Zertifikate vorgelegt werden, die Prüftiefe zurückgefahren wird. Für uns ist aber zentral, dass in jedem Fall die Ergebnisqualität erhoben und beschrieben wird. Wenn sich dort ein gutes Ergebnis zeigt und ein Zertifikat vorliegt, sind wir bereit, die Prüftiefe zu reduzieren. Aber wenn das Ergebnis negativ ausfällt, sind wir für eine volle Prüfung.

Zur letzten Frage bezüglich des kürzeren Prüfrhythmus, Frau Mattheis: Ich denke, die Fest-

legung auf drei Jahre ist ein wichtiger Schritt. Dies können wir auch zügig leisten. Aber man muss sich schon überlegen, ob das auf Dauer ausreicht oder ob man noch weitere Schritte gehen muss. Ein Jahr ist natürlich im Moment ein sehr ehrgeiziges Ziel.

SVe Prof. Dr. Martina Hasseler: Pflegewissenschaftlich kann ich nur sagen, dass wir keine Erkenntnisse darüber haben, ob zertifizierte Einrichtungen eine bessere Pflegequalität erzeugen oder sichern als nichtzertifizierte Einrichtungen. Einen Hinweis gibt der MDS-Qualitätsbericht; aber wir haben keine systematischen wissenschaftlichen Erkenntnisse dazu.

Es gibt eine große Heterogenität bei den Qualitätssiegeln. Sie berücksichtigen soweit ich informiert bin zwar alle die gesetzlichen Grundlagen; dennoch legen sie unterschiedliche Verfahren und Instrumente zugrunde, um die Qualität zu prüfen. Diese sind, wie alle Instrumente, die wir zurzeit anwenden, wissenschaftlich nicht geprüft. Die Frage lautet: Messen sie Qualität, und messen sie das, was sie messen sollen? Wir können im Moment nur davon ausgehen, dass sie unterschiedliche Dimensionen von Qualität messen.

Dies führt zu Problemen bei den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Die Heterogenität der Qualitätssiegel führt zu Intransparenz. Letztendlich wissen sie nicht, was dort geprüft worden ist und ob das, was geprüft worden ist, auch ihren eigenen, also den für sie relevanten Qualitätskriterien entspricht. Pflegewissenschaftlich haben wir auch keine Kenntnisse darüber, ob die Qualitätssicherungsverfahren tatsächlich Effekte auf Qualitätssicherung oder Qualitätsentwicklung haben.

Jetzt noch zur Frage nach dem Prüfrhythmus: Das ist eine relativ schwierige Frage, weil wir wissenschaftlich überhaupt sehr wenig über das Thema Pflegequalität wissen. Welche Instrumente messen Qualität, und welche Indikatoren brauchen wir? Es müsste dann auch noch geklärt werden, ob ein kürzerer Rhythmus tatsächlich mehr Qualität in den Einrichtungen erzeugen kann.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur Frage- und Antwortzeit der FDP-Fraktion.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an den Sachverständigen Herrn Eisenreich und an den bpa. Die Pflegekassen dürfen nur noch mit Pflegeeinrichtungen einen Versorgungsvertrag abschließen und Leistungen für die dort erbrachte Pflege gewähren, wenn diese eine ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen. Ich frage jetzt: Wie bewerten Sie diese Regelung, und was kann nach Ihrer Auffassung jeweils unter ortsüblichen Tarifen verstanden werden? Zu welchen unterschiedlichen Auffassungen von ortsüblich mit welchen Inhalten und Folgen kann man hier gelangen? Genauer: Wenn auf ortsübliche Tarifverträge abgezielt werden soll, welche sind dann Ihrer Meinung nach gemeint, AVR, Haustarife oder TVöD?

SV Thomas Eisenreich: Die spannende Frage dabei ist, was Herr Lanfermann hat das schon angesprochen ortsüblich ist. Ich nenne ein Beispiel aus der Praxis. Wir haben bei uns recherchiert, dass wir in einem Umkreis von 40 Kilometern sage und schreibe drei geltende Tarifverträge plus Hausregelungen und Einzelaussprachen mit den Mitarbeitern vorfinden. Der TVöD liegt bei gewissen Altersgruppen und Anstellungskonstellationen unter unserem eigenen Vergütungssystem. Die AVR der Caritas liegen darüber.

Für eine Vergleichbarkeit der Ortsüblichkeit würde das bedeuten: Nimmt man jetzt den TVöD für eine bestimmte Altersklasse, zum Beispiel junge Mitarbeiter, zur Grundlage, oder nimmt man ein Durchschnittsalter und eine durchschnittliche Familienkonstellation, für die die AVR höhere Vergütung vorsehen? Das heißt, in den Verhandlungen über einen Versorgungsvertrag würde es wahrscheinlich zum Streit darüber kommen, wie man diese Ortsüblichkeit überhaupt bemisst und welche Altersgruppe oder Mitarbeiterkonstellation man zugrunde legt. Das ist aus meiner Sicht nicht praktikabel.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Einen Teil der Antwort hat Herr Eisenreich schon gegeben. Auch wir sind der Auffassung, dass es schwie-

rig sein dürfte, festzustellen, wie hoch genau die ortsübliche Vergütung im jeweiligen Einzugsgebiet ist. Darüber hinaus sind wir der Auffassung, dass es zwar sinnvoll ist, gegen Dumpinglöhne vorzugehen und keine Vergütungs- oder Lohnzahlungen unterhalb von sogenannten Mindestlöhnen zuzulassen. Allerdings möchten wir darauf hinweisen, dass in diesem Zusammenhang nicht von Mindestlöhnen, sondern von durchschnittlichem Tariflohn die Rede ist. Dieser durchschnittliche Tariflohn liegt deutlich oberhalb eines Mindestlohnes, aber gegebenenfalls auch deutlich unterhalb eines üblichen Tariflohnes.

Es gibt verschiedene Tarifverträge. Sie unterscheiden sich in der Höhe der Vergütung bei den jeweiligen Berufsgruppen. Einige dieser Tarifverträge sehen eine höhere Vergütung vor als andere. Insofern wäre die Folge, dass diese ortsüblichen Löhne zukünftig in einen mittleren Tariflohn münden und dass von den Pflegekassen ausschließlich diese weil sie einen erheblichen Teil der Kosten der Pflegeeinrichtungen, ungefähr 70 Prozent darstellen, übernommen werden. Das würde dazu führen, dass alle, die oberhalb dieses durchschnittlichen Tariflohns zahlen, dies entweder nicht refinanziert bekommen oder ihre tarifvertraglich geschlossene Vereinbarung zugunsten dieses neuen mittleren Tariflohns auflösen müssen.

Das hätte erhebliche Folgen. Die Absicherung der Löhne und Gehälter auf einem durchschnittlichen Niveau würde dadurch nicht erreicht, weil ein Großteil der Gehälter abgesenkt werden müsste, immer unter der Voraussetzung, dass ausschließlich diese Gehälter durch die Pflegekassen refinanziert werden. In Verbindung mit der beabsichtigten Abschaffung des externen Vergleiches würde das dazu führen, dass wir das, was die Pflegeversicherung ursprünglich vorgesehen hatte, nämlich Markt und Wettbewerb, weitestgehend wieder dem Selbstkostendeckungsprinzip übereignen. Das würde aus unserer Sicht zu deutlich steigenden Kosten führen, weil das Marktprinzip, das mit der Einführung der Pflegeversicherung beabsichtigt war, nicht mehr zum Tragen käme.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Auch ich habe eine Frage an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Sie lautet: Sehen Sie in dem hier zur Diskussion stehenden Gesetzentwurf Ansätze für eine Entbürokratisierung,

und wo sehen Sie die? Umgekehrt: Wenn Sie keine Ansätze dazu sehen, wo sehen Sie, dass eine verstärkte Bürokratie einsetzt?

Wenn ich gleich weiterfragen darf, dann richte ich meine nächste Frage an Herrn Eisenreich. Ich möchte noch einmal auf die Standardisierung eingehen und nach seiner Meinung zu einer Standardisierung der Pflegedokumentation fragen. Gegenwärtig besteht das Problem, dass die Dienste vielfach aus Angst vor externen Qualitätsprüfungen und dem Wunsch nach haftungsrechtlicher Absicherung im Falle von Pflegemängeln zu einer Überdokumentierung tendieren.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Es kommt bekanntlich zu Problemen, wenn es Vorschriften gibt, die schwierig umzusetzen sind. Ein Problem ist sicherlich die Umsetzung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, die uns seit Jahren wegen fehlender einvernehmlich akzeptierter Leistungsbeschreibungen und damit auch Personalbemessungsgrundlagen mehr als schwerfällt. Insofern ist es an der Stelle gut gemeint, aber nicht wirklich ein guter Beitrag zur Abschaffung der Bürokratie. Die LQV soll zwar abgeschafft werden; aber das funktioniert nach dem Prinzip: markieren, kopieren, einfügen. Bei der Entgeltvereinbarung wird nämlich die gleiche Regelung wieder aufgenommen, sodass wir dort auf die gleichen inhaltlichen Schwierigkeiten stoßen.

Ein anderer Punkt, der immer wieder angesprochen wird, ist die Pflege-Buchführungsverordnung. Ich glaube, dass wir uns dort sehr schnell auf die Grundlagen der ordnungsgemäßen Buchführungsvorschriften verständigen können, sodass dieser Teil dann entfallen würde.

SV Thomas Eisenreich: Das ist eine sehr interessante Frage. Wir haben das in der Praxis bei 35 Einrichtungen untersucht. Das Problem ist, glaube ich, nicht allein die Standardisierung der Prüfung bzw. der Dokumentation, sondern sind die Anforderungen der Prüfer des MDK. Sie stellen sehr unterschiedliche Anforderungen. Insbesondere dann, wenn es einen Mitarbeiterwechsel gibt, gibt es meistens auch einen Wechsel in den Anforderungen an die Dokumentation. Insofern ist eine Standardisierung zu begrüßen, damit ein einheitlicher Standard

geschaffen und dieses Überdokumentieren aufgegeben wird.

Allerdings möchte ich darauf hinweisen, dass die Frage besteht, ob durch die Expertenstandards neue Dokumentationsanforderungen entstehen würden, die dem eigentlichen Streben nach Entbürokratisierung zum Teil oder vollständig zuwiderliefen.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Ich habe zu den Expertenstandards noch eine kurze Frage mit der Bitte um kurze Antwort an den Vertreter der privaten Krankenversicherung. Sie fordern in Ihrer Stellungnahme, beiden Expertenstandards gleichberechtigte Vertragspartei zu werden. Deshalb lautet meine Frage: In welcher Hinsicht würden Sie an der Entwicklung der Expertenstandards mitarbeiten wollen und können?

SV Andreas Besche (Verband der privaten Krankenversicherung e. V.): Wir stellen uns vor, dass wir aktiv und durch eigene fachliche Vorschläge in diesen Gremien mitarbeiten. Wir wollen dafür innerhalb unseres eigenen Verbandes in Zukunft verstärkt wissenschaftliche Anstrengungen unternehmen, um uns auch fachlich einbringen zu können.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Eine Frage noch an Herrn Eisenreich. Sie haben in Ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass Ärzte, die viele Patienten in Pflege- und Behinderteneinrichtungen betreuen, besonders stark von Regresszahlungen betroffen sind, weil sie besonders viele Arzneimittel oder Heilmittel verordnen müssen. Können Sie uns vielleicht sagen, welche Größenordnung man sich da vorstellen muss und ob es schon signifikantes Verhalten der betroffenen Ärzte beim Verordnungsverfahren gibt?

SV Thomas Eisenreich: Ich hatte zwei Fälle, wobei der eine Fall den niedrigen Betrag betrifft. Da geht es innerhalb von sechs Quartalen um Rückforderungen in Höhe von ca. 90 000 Euro für zu viel verordnete physikalische Heilmittel. Die Reaktion des Arztes war ein Schreiben an die Behinderteneinrichtung und unsere Pflegeeinrichtung, dass die Verordnungen entsprechend reduziert werden. Wir stehen im Moment vor der Frage, wie wir die aus un-

serer Sicht medizinisch-fachlich notwendigen Heilmittelabgaben entsprechend kompensieren können. Das betrifft zum Beispiel die mobile Rehabilitation, bei der die Krankenkassen sehr unterschiedlicher Meinung sind, ob sie tatsächlich ein Ersatz für eingeschränkte Heilmittelabgaben sein soll.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine weitere Frage an einige Verbände; ich schlage Caritas, bpa und ABVP, also den Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege, vor. Die Pflegedienste sollen ihre Leistungen künftig nur in einem bestimmten Einzugsgebiet erbringen dürfen. Das betrifft Sie. Mich interessiert, wie Sie dazu stehen.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Das Bundessozialgericht hat ja diesbezüglich eine andere Rechtsprechung getroffen, als der Gesetzgeber es jetzt vorsieht. Wir sehen in der Beschränkung des Einzugsgebietes eine Zulassungsbeschränkung. Die Wahl eines bestimmten Pflegedienstes oder einer Pflegeeinrichtung entspricht dem Wunsch und Wahlrecht und sollte über das definierte Einzugsgebiet hinaus zulässig sein. Das BSG wollte mit seinem Urteil eigentlich einen Sicherstellungsauftrag für ein bestimmtes Einzugsgebiet definieren und nicht eine Zulassungsbeschränkung. Wir bitten darum, diesen Passus aus dem Gesetzentwurf zu entfernen.

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Ich möchte mich weitestgehend den Ausführungen von Frau Dr. Fix anschließen. Auch wir sind der Auffassung, dass hier sozusagen das Recht des Pflegebedürftigen auf freie Wahl der Pflegeeinrichtung eingeschränkt wird. Das war nicht die Absicht der BSG-Rechtsprechung.

Außerdem sind wir der Auffassung, dass es den Pflegediensten durchaus ermöglicht werden sollte, auch über das vereinbarte Einzugsgebiet hinaus Leistungen zu erbringen, wenn es vom Pflegebedürftigen gewünscht wird; dies betrifft auch Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit und die Möglichkeit, flexibel zu agieren. Davon abgesehen haben wir natürlich Verständnis dafür, dass wie in der Begründung ausgeführt die Bundesregierung den Pflegekassen einen Überblick darüber verschaffen

möchte, in welchem Einzugsbereich der jeweilige Pflegedienst tätig ist.

Das kann man, wie ich denke, außerhalb der Zulassung regeln.

SV **Mario Damitz** (Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.): Ich möchte darauf hinweisen, dass die Pflegedienste schon allein aus wirtschaftlichen Gründen ein Interesse daran haben, dass der Einzugsbereich nicht zu stark erweitert wird. Außerdem ist die Abgeltung zusätzlicher Wegekosten in den Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI bisher ausgeschlossen. Insofern sehen wir keinen Grund, hier eine Regelung zu treffen, und verweisen in diesem Zusammenhang auf das BSG-Urteil.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage an den Caritasverband und den DEVAP. Es wurde bereits die Frage aufgeworfen, ob die Veröffentlichung der MDK-Prüfberichte ein geeignetes Mittel ist. Mich würde interessieren, ob der Caritasverband und der DEVAP Alternativen zur Veröffentlichung der Prüfberichte des MDK sehen, um die Transparenz in der Pflege zu erhöhen.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Bisher kommt die Ergebnisqualität in den MDK-Prüfberichten weitaus zu kurz. Überwiegend wird darin die Struktur- und Prozessqualität abgebildet. Der Verbraucher ist aber an der Ergebnisqualität interessiert. Unser Vorschlag ist, die Kriterien zur Definition von Ergebnisindikatoren von den Leistungserbringern und den Leistungsträgern gemeinschaftlich entwickeln zu lassen. Dann sollten sie als Grundlage für die Erstellung der Qualitätsberichte, die veröffentlicht werden, herangezogen werden.

Darüber hinaus sollte, wie vom Gesetzgeber gefordert, auch die Lebensqualität abgebildet werden. Diese kann der MDK nicht definieren. Hier ist man im Wesentlichen auf die Daten der Einrichtungen angewiesen. Des Weiteren sollte es möglich sein, dass auf der Basis freiwilliger Angaben Berichte, die den Aspekt der Lebensqualität beinhalten, angefertigt werden. Der Deutsche Caritasverband beschäftigt sich gegenwärtig in Zusammenarbeit mit seinem

Fachverband, dem VKAD, damit, solche Kriterien zu erarbeiten.

SV Wilfried Voigt (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V.): Daran will ich kurz anschließen. Im Grunde genommen befürworten wir Veröffentlichungen. Sie müssen aber nach einheitlichen Kriterien aufgebaut sein. Deswegen muss tatsächlich von einem Gremium festgelegt werden, was veröffentlicht wird.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Wir kommen zur Fragerunde der Fraktion Die Linke.

Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.): Ich kann an das, was gerade gesagt wurde, anknüpfen. Meine erste Frage richte ich an Frau Bartz vom Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen; ich bedaure übrigens, dass die Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung, der ich diese Frage auch gern gestellt hätte, hier nicht vertreten ist.

Im Hinblick auf die Kriterien, die Betroffene an Prüfaufträge anlegen, frage ich Sie: Sind für die Betroffenen tatsächlich die Fragen, um die es hier immerzu geht, wichtig, oder sind für sie andere Aspekte wichtiger, zum Beispiel die Ermöglichung von Teilhabe und selbstbestimmter Lebensführung oder die Erhöhung der Lebensqualität, die gerade angesprochen wurde?

SVe Elke Bartz (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Wenn ich den gesamten Prozess betrachte, habe ich sehr große Bedenken. Denn wir verfolgen immer noch den Ansatz, wegorientiert zu agieren und zu fragen: Wie laufen die einzelnen Prozesse ab? Das ist nicht ergebnisorientiert. Es sollte uns immer um eine Ergebnisorientierung zum Wohle der Heimbewohnerinnen und -bewohner gehen. Das heißt, dass sie viel stärker einbezogen werden müssen.

Was die Zertifikationen angeht, habe ich in meinem Umfeld in einer Region, die recht dünn besiedelt ist feststellen können, dass es zu einem regelrechten Zertifikationsreigen ge-

kommen ist. Einrichtungen haben sich gegenseitig zertifiziert unter der Prämisse: Dann werden wir nicht mehr so oft und nicht mehr in so kurzen Abständen kontrolliert.

Durch eine Zertifizierung kann immer nur die Istsituation dargestellt werden. Viele Einrichtungen sind ab dem Moment, in dem sie ein Zertifikat erhalten, nicht mehr unbedingt bemüht, ihren bisherigen Standard zu halten; denn sie wissen, dass sie sicher sein können, in den nächsten Jahren nicht überprüft zu werden.

Ich denke, der einzige Sinn des Ganzen ist, dass man bei Regressforderungen seitens der Heimbewohnerinnen und -bewohner sagen kann: Rückwirkend vom Zeitpunkt X, dem Tag, an dem die Zertifizierung erfolgt ist, war vermutlich alles in Ordnung. Darauf, wie die Situation in der Zukunft ist, hat das meiner Meinung nach aber keine Auswirkungen. Die Lebensqualität der Heimbewohnerinnen und -bewohner spielt bisher ohnehin eine viel zu geringe Rolle.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Herrn Pick, den Vertreter des MDS. Mit der begrüßenswerten Verkürzung der Prüfintervalle auf drei Jahre hätten wir, wenn der Inhalt dieses Gesetzentwurfes Wirklichkeit würde, durchaus einen Fortschritt erzielt. Dennoch bedeutet diese Verkürzung, dass lediglich an zwei von 1 095 Tagen geprüft wird. An 1 093 Tagen geschieht nichts. Vor diesem Hintergrund frage ich Sie: Können Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen mit den Prüfungen des MDK und den Berichten des MDS Vorschläge machen, wie die Qualität in den ambulanten und stationären Einrichtungen darüber hinaus gesichert werden kann?

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Zunächst muss man immer fragen: Was kann eine Einrichtung selbst tun? Ich denke, was das eigene Engagement betrifft, kann sicherlich noch mehr getan werden. Wir vertrauen nicht auf die Selbstregulierung der Einrichtungen. Hier sind mehr Engagement und Aktivitäten gefordert.

Mit der Regelprüfung, die gewährleistet, dass spätestens alle drei Jahre eine Prüfung stattfindet, haben wir ein ganz gutes Raster entwickelt; das ist ein wesentlicher Schritt. Daneben

besteht nach wie vor die Möglichkeit, Anlassprüfungen zu initiieren. Immer dann, wenn im Umfeld negative Vorkommnisse bekannt werden, sollte man die Pflegekassen informieren, sodass sie die Möglichkeit haben, dem MDK einen Prüfauftrag zu erteilen.

Man muss sagen: Es ist in sehr hohem Maße vom Umfeld abhängig, ob Missstände bekannt und Maßnahmen eingeleitet werden. Man sollte dazu ermuntern, an die Pflegekassen und die Heimaufsicht heranzutreten, um zusätzlich zum geplanten Dreijahresrhythmus die Durchführung anlassbezogener Prüfungen zu ermöglichen. Natürlich ist es vorstellbar, die Prüfintervalle in Zukunft noch weiter zu verkürzen; das habe ich bereits angedeutet. Die Verkürzung der Prüfintervalle auf drei Jahre ist allerdings erst einmal ein wichtiger Schritt, den wir sehr begrüßen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Verdi. Welche Gründe sind aus Ihrer Sicht für Mängel in der Versorgungsqualität verantwortlich, und welche Vorschläge würden Sie machen, wie diese Mängel beseitigt werden könnten?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Für Versorgungsmängel ist insbesondere die Personalknappheit ursächlich. Die Personalknappheit ist eines der größten Probleme, die wir haben. Insbesondere in der Altenpflege wird zu wenig ausgebildet, und die Vergütungen sind häufig zu gering. Wir sind der Meinung, dass als ein Qualitätsinstrument für höhere Vergütungen gesorgt werden sollte; hier hat der Gesetzgeber einen guten Weg eingeschlagen. Wir halten es allerdings für wichtig, dass dabei nicht auf die ortsüblichen Vergütungen, sondern auf den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst abgestellt wird. Es muss gewährleistet sein, dass die entsprechenden Vergütungen von den Einrichtungen gezahlt werden.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE.): Ich habe eine zweite Frage an Frau Bartz. Wie beurteilen Sie, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ immer wieder proklamiert, in der Praxis aber häufig nicht umgesetzt wird? Da heute ein Gesetzentwurf und verschiedene Anträge zur Diskussion stehen, frage ich Sie: In welcher dieser Vorlagen werden Wege aufgezeigt,

die Ihrer Meinung nach geeignet sind, die ambulanten Angebote im Interesse pflegebedürftiger Menschen zu verbessern, und in welcher eher nicht?

SVe **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Noch lieber als der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wäre mir der Grundsatz „ambulant statt stationär“. Es gibt aber im gesamten Leistungsbereich noch sehr viele Defizite. In den Pflegestufen I und II sind der Umfang der Unterstützung und die Höhe der Sachleistungen im stationären Bereich nach wie vor größer. Das Niveau dieser Leistungen soll laut Gesetzentwurf nicht gesenkt werden. Eine tatsächliche Angleichung der ambulanten und der stationären Leistungen findet allerdings nicht statt.

Wesentlich besser wäre es gewesen, die Regelung zu treffen, dass die Leistungen personenorientiert gewährt werden, und zwar unabhängig davon, wo sich die betreffende Person befindet. Die Höhe der Leistung sollte sich nur nach der jeweiligen Einstufung richten. Die jetzige Situation hat für stationäre Einrichtungen den großen Anreiz, dafür zu sorgen, dass sie ihren Status und ihre Bewohnerinnen und Bewohner behalten und sie nicht durch rehabilitative Maßnahmen in die Lage versetzen, vom stationären in den ambulanten Bereich zu wechseln.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE.): Jetzt habe ich zu einem ganz anderen Themengebiet eine Frage an den Sozialverband Deutschland, den SoVD diese Frage richte ich auch an den Deutschen Frauenrat: Wie bewerten Sie die im Omnibusverfahren angehängte geplante Neuregelung zur Verpflichtung von Ärzten und Einrichtungen, sich in bestimmten Fällen nicht an die Schweigepflicht zu halten und Daten an die Krankenkassen zu übermitteln?

SVe **Dr. Gabriele Kuhn-Zuber** (Sozialverband Deutschland e. V.): Wir halten das Omnibusverfahren für etwas fragwürdig, weil es zu einer Änderung des SGB V im Rahmen des Pflege-Versicherungsgesetzes führt. Die geplante Verpflichtung der Ärzte, die Krankenkassen zu informieren, stellt einen schweren Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung dar. Wir befürchten, dass

dadurch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nachhaltig gestört wird.

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass durch die Verpflichtung der Ärzte, eine Meldung zu machen, wenn sie zum Beispiel einen Patienten behandeln, der sich bei einem Vergehen oder einem Verbrechen verletzt hat, der rechtsstaatliche Grundsatz der Unschuldsvermutung unterlaufen wird; denn die Ärzte, die diese Meldung nicht machen, werden sanktioniert. Wir halten das Ganze mit Blick auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht für eine sehr große Gefahr.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Da im Moment keine Vertreterin des Deutschen Frauenrates anwesend ist, kann Ihre Frage von dieser Seite leider nicht beantwortet werden.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Dann würde ich meine Frage gern an die Bundesärztekammer richten. Sofern möglich, möchte ich darüber hinaus den Vertreter von Verdi fragen, wie er die Einführung flexibler Personalschlüssel im Pflegebereich beurteilt.

SVe Dr. Cornelia Goesmann (Bundesärztekammer): Auch wir lehnen die geplante Regelung vehement ab. Sie ist nicht nur gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gerichtet, sondern sie untergräbt natürlich auch die ärztliche Schweigepflicht. Ärztinnen und Ärzte würden die Patientinnen und Patienten in entsprechenden Situationen sicherlich darauf hinweisen, dass es keine Leistung der GKV ist, wenn sie sie behandeln. Wir möchten aber nicht, dass es zu einer Verletzung der Schweigepflicht kommt.

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Was die Einführung flexibler Personalschlüssel betrifft, sind wir der Meinung, dass erst dann für Flexibilität gesorgt werden kann, wenn es klare Vergütungsregelungen gibt. Darüber hinaus ist eine eindeutige Definition des Begriffs Pflegebedürftigkeit notwendig diese gibt es derzeit noch nicht, damit deutlich wird, mit welcher Qualifikation man welche Aufgaben verrichten kann. Hier gibt es Nachholbedarf. Diese Rahmenbedingungen müssen erst einmal geschaffen werden.

Wir halten es außerdem für erforderlich, dass Leistungserbringer und Krankenkassen ein Personalbemessungsinstrument vereinbaren, dem zugrunde gelegt wird, welche Möglichkeiten der Pflege bestehen. Ein solches Personalbemessungsinstrument gibt es derzeit noch nicht. Diese Voraussetzungen müssen erst einmal erfüllt werden. Im bisherigen Gesetzgebungsverfahren ist das noch nicht der Fall.

Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den SoVD und an die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft. Wie bewerten Sie den Zusammenhang zwischen Pflege, Rehabilitation und Prävention und insbesondere die vorgesehene Einführung von Strafzahlungen?

SVe Dr. Gabriele Kuhn-Zuber (Sozialverband Deutschland e. V.): Im Gesetz ist bereits vom Vorrang von Rehabilitation und Prävention die Rede. Dennoch ist auf diesem Gebiet noch nicht viel passiert. Wir bezweifeln, dass die geplante Einführung von Strafzahlungen dazu führen wird, dass verstärkt Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Besonders kritisch beurteilen wir die Regelung, dass sich die Krankenkassen von ihrer Verpflichtung zur Durchführung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation freikaufen können, wenn sie einen Betrag in Höhe von 1 536 Euro zahlen; denn die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ist teurer als 1 536 Euro. Wir halten dieses Instrument für überprüfungswürdig.

SVe Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Der bisher nicht wahrgenommene Tatbestand, dass vor der Pflege in der Regel keine Reha stattgefunden hat, soll nun behoben werden; das ist zunächst einmal zu begrüßen. Allerdings sind wir ähnlich wie der SoVD der Auffassung, dass sich die beabsichtigte Anreizwirkung nicht entfalten wird, wenn es möglich ist, diese Regelung durch Zahlung des vorgesehenen Betrages zu umgehen; denn Reha-Maßnahmen sind teurer. Eigentlich müsste man diesem Gesetzentwurf einen anderen Geist verleihen. Es müsste eine Selbstverständlichkeit sein, Rehabilitation im Rahmen der Pflege stärker zu verankern.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen damit zur Fragerunde der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Wallrafen-Dreisow. Welche Bedeutung hat im Rahmen der Qualitätssicherung die Einbindung und Mitbestimmung der Nutzerinnen und Nutzer in den Diensten und Einrichtungen vor Ort? Wird der vorliegende Gesetzentwurf dieser Bedeutung gerecht?

SV **Helmut Wallrafen-Dreisow**: Ich würde gern zwei Begriffe, von denen bis jetzt noch nicht die Rede war, in diese Diskussion einbringen: die Würde und die Wertschätzung der älteren Menschen, um die es geht. Wenn diese Aspekte zentrale Punkte sind das unterstelle ich, dann haben sie auch Einfluss auf die Haltung der Beschäftigten im Arbeitsalltag, sowohl auf die der Auszubildenden als auch auf die der Vorgesetzten. Wenn die Arbeitgeber also die Kunden sind als Konzerngeschäftsführer steuert man einen Apparat; letztlich geht es aber um die älteren Menschen, dann ist es existenziell wichtig, dass mit dieser Reform die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt gerückt wird.

Wie bereits gesagt wurde, haben wir bisher viel über die Struktur- und Prozessqualität gesprochen. Völlig unklar ist aber das wurde in den Stellungnahmen der Verbände deutlich, was letztlich unter Ergebnisqualität zu verstehen ist. Das finden wir allerdings nicht heraus, wenn wir Träger uns mit dem Gesetzgeber zusammensetzen. Hier ist eine existenzielle Einbindung der Kunden vonnöten. Ob diese Einbindung durch Personen vor Ort oder im Rahmen der Verbandsstrukturen erfolgen sollte, möchte ich an dieser Stelle offen lassen.

Es wird immer wieder verkannt, weshalb die Einbindung der Nutzerinnen und Nutzer von so großer Bedeutung ist. Bitte berechnen Sie doch einmal, wie viel Eigenkapital die Menschen, die in einem Heim leben, mitbringen. Dieser Anteil beträgt nicht etwa nur 5 Prozent. Wir haben berechnet, dass sich der Anteil des Eigenkapitals, der ausgeschöpft wird, bevor andere Refinanzierungsquellen in Anspruch genommen werden, auf circa 50 Prozent beläuft.

All das macht aus meiner Sicht eine stärkere Einbindung der Kundinnen und Kunden erforderlich. Die im Heimgesetz getroffenen Regelungen der Heimmitwirkung sind völlig unzureichend. Hier geht es, wie in Ihrer Frage deutlich wurde, um Mitbestimmung. Dass Mitbestimmung praktiziert werden soll, kann ich zum jetzigen Zeitpunkt weder im vorliegenden Gesetzentwurf noch an der Entwicklung der Landesheimgesetze erkennen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch meine nächsten Fragen richte ich an Herrn Wallrafen-Dreisow. Wie bewerten Sie die geplante Regelung, dass den Einrichtungen die Möglichkeit eröffnet werden soll, die Tiefe der MDK-Regelprüfung zu verringern und den Prüfungsturnus zu verlängern, sofern aus anderen Zertifizierungsverfahren vergleichbare Prüfungsergebnisse vorliegen? Halten Sie es für ausreichend, dass jedes Jahr mindestens 20 Prozent der betreffenden Einrichtungen einer unangemeldeten Stichprobe unterzogen werden sollen und dass für die Regelprüfung ein Dreijahresturnus vorgesehen ist?

SV **Helmut Wallrafen-Dreisow**: Davon halte ich nichts. Heute Morgen ist schon mehrfach angekungen, dass zwischen der Zertifizierung und der Einflussnahme auf den Turnus der Prüfungen ein Zusammenhang bestehen kann. Wer die Zertifizierung ernst nimmt wir tun das und wenden das EFQM-Modell an, dem ist letztlich egal, wie häufig geprüft wird. Für uns kommt die Selbstbestimmung vor der Fremdbestimmung. Sie sind übrigens herzlich eingeladen, die Regelung zu treffen, dass auch unangemeldet geprüft werden kann; das fordern wir schon lange.

Durch eine gute Zertifizierung wird das Selbstbewusstsein der Belegschaft, das in ihrem Arbeitsalltag notwendig ist, gestärkt. Dadurch wird man unabhängig davon, ob eine Fremdkontrolle stattfindet oder nicht. Von daher halte ich es für sehr bedenklich, eine Verrechnung von Zertifizierung, die nach vielen Zertifizierungsmodellen nur eine Momentaufnahme ist, und Prüfung vorzunehmen; auch das wurde bereits angesprochen. Das eine, unsere Selbstprüfung, hat mit der Ergebnisqualität zu tun, das andere betrifft Aspekte, die ich nicht weiter kommentieren möchte.

Wie Sie sagten, sollen jedes Jahr 20 Prozent der Einrichtungen einer unangemeldeten Stichprobe unterzogen werden. Dieser Anteil ist eindeutig zu gering. Wir Heimträger sagen zu Recht, dass viele Einrichtungen über eine hohe Qualität verfügen. Gerade deshalb fordern wir, viel häufiger überprüft zu werden. Wir wollen unsere Qualität unter Beweis stellen und dazu beitragen, dass endlich die Spreu vom Weizen getrennt werden kann. Das muss endlich rüberkommen. Wenn man an die schlechten Einrichtungen, die es auch gibt, denkt, muss man feststellen: Wenn nur alle drei Jahre eine Prüfung durchgeführt wird, ist das viel zu selten.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen. Die grüne Bundestagsfraktion plädiert in ihrem Antrag für die Errichtung einer unabhängigen und multidisziplinär besetzten Instanz für Qualität in der Pflege mit dem Ziel, in einem transparenten und unabhängigen Verfahren verbindliche Kriterien und Standards zur Definition und Bewertung der Pflegequalität zu entwickeln. Wie bewerten Sie diese Forderung insbesondere vor dem Hintergrund der im Gesetzentwurf geplanten Regelungen?

SV Prof. Dr. Gerhard Igl (Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V.): Frau Abgeordnete, lassen Sie mich zunächst eine Freude, eine Bitte und eine Sorge zum Ausdruck bringen.

Die Freude bezieht sich darauf, dass in der Gesetzgebung, die sich mit pflegebedürftigen Menschen befasst, zum ersten Mal etwas Positives zur Qualitätsentwicklung gesagt wird; das hat eine Folgewirkung. Es wird zwar immer beklagt, dass der MDK eine andere Qualität prüft, als es später die Heimaufsicht tut. Wir beurteilen es aber als sehr positiv, dass dieser Aspekt vom Gesetzgeber aufgegriffen wurde und die notwendige Finanzierung sichergestellt werden soll.

Unsere Bitte ist: Stellen Sie klar, dass sich der Begriff Expertenstandards nicht nur, wie es in der Gesetzesbegründung heißt, auf monodisziplinäre Standards, sondern auch auf multiprofessionelle Standards bezieht. Ich denke, eine

solche Klarstellung ist auch im Gesetzentwurf notwendig.

Die Sorge, die wir haben, betrifft die Unabhängigkeit der Qualitätsentwicklung; dieses Thema ist von Herrn Dr. Wilbers, Frau Professor Schiemann und Herrn Professor Klie schon aufgegriffen worden. Unserer Ansicht nach ist die Unabhängigkeit der Qualitätsentwicklung in diesem System, das die Schaffung eines Gremiums nach § 113 SGB XI und einer Schiedsstelle vorsieht, nicht gewährleistet. Wir plädieren, wie Frau Scharfenberg von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ausgeführt hat, für die Einrichtung eines unabhängigen Gremiums zur Sicherstellung der Qualität in Pflege und Betreuung.

Unser Verein hat hierzu Machbarkeitsstudien erstellt. Wir kamen zu dem Ergebnis: Das ist verfassungsrechtlich machbar, gesundheitspolitisch ohne weiteres in dieses System einzufügen und auch organisatorisch so umzusetzen, dass Unabhängigkeit gewährleistet ist. Unsere Studien liegen vor und sind bekannt. Ich bitte Sie, diese Ergebnisse zur Kenntnis zu nehmen.

Damit würden sich die anderen Fragen erübrigen. Das Gremium nach § 113 SGB XI kann Qualität nicht sozusagen per Vertrag festlegen. Man kann Qualität erst recht nicht von einer Schiedsstelle bestimmen lassen. Was unser Gesundheitswesen angeht, wäre das rechtlich problematisch und systemfremd. Diese Schiedsstelle wäre die erste, die über Qualität befindet; ansonsten entscheiden Schiedsstellen nur über Vergütungen. International ist kein solches Beispiel bekannt.

Ich möchte dafür plädieren, dass die Qualitätsmaßstäbe, die entwickelt werden, empfohlen werden. Da in allen Qualitätsklauseln von allgemein anerkannter Qualität und allgemein anerkannten Erkenntnissen die Rede ist, würde eine Art Beweislastumkehr stattfinden. Derjenige, der diese Qualität nicht anerkennt, bekommt ein Problem. Er muss begründen, warum er sie nicht anerkennt. Deswegen muss man sie nicht vorschreiben.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richte ich erneut an die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen und an die Verbraucherzentrale; ich bitte

um eine möglichst akzentuierte Antwort, damit ich danach eine weitere Frage stellen kann.

In ihrem Antrag fordert die grüne Bundestagsfraktion bezüglich der Qualitätsentwicklung, die Beteiligung und Mitwirkung der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe von pflegebedürftigen und behinderten Menschen sicherzustellen. Wie beurteilen Sie diese Forderung nach Mitwirkung, und wird ihr im Gesetzentwurf der Bundesregierung Ihres Erachtens in ausreichendem Maße Rechnung getragen?

SV Prof. Dr. Gerhard Igl (Bundeskongress zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V.): Ich bitte um Nachsicht, dass ich diese Frage noch nicht beantwortet habe. Es ist eigenartig, dass diese Beteiligung, was die Schiedsstelle betrifft, nach dem Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht gewährleistet ist. Auch wenn man dieses Modell beibehalten würde, könnte man den Betroffenenverbänden wenn auch keine entscheidende, so doch zumindest eine beratende Beteiligung ermöglichen. Bisher ist das aber nicht gewährleistet. Im Übrigen unterstütze ich Ihre Ansicht.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): In den §§ 113 ff. des Gesetzentwurfes werden die Art und Weise und der Rahmen der Beteiligung der sogenannten maßgeblichen Organisationen nicht einheitlich geregelt. Für meine Begriffe fehlen aber an entscheidender Stelle entscheidende Vorschriften, wie diese Beteiligung im Einzelnen stattfinden soll. Wir sind der Auffassung, dass den maßgeblichen Organisationen ein Beratungsrecht eingeräumt werden sollte. Der Gesetzentwurf sollte dahin gehend ergänzt werden, dass die Bundesregierung nähere Einzelheiten zur Zertifizierung der maßgeblichen Organisationen durch eine Verordnung regelt.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und an den Caritasverband. Die grüne Bundestagsfraktion betont in ihrem Antrag, dass Qualitätsentwicklung multidisziplinär zu erfolgen hat. Wie bewerten Sie diese Forderung vor dem Hintergrund der

im Gesetzentwurf der Bundesregierung formulierten Ansätze?

SV Prof. Dr. Thomas Klie (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.): Für die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie ist Multidisziplinarität ein sehr wichtiger Qualitätsbaustein zur Sicherung der Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf. Dieser Ansatz ist im Gesetzentwurf leider nicht prominent vertreten bzw. wird sogar eher vernachlässigt.

Das gilt, wie ich schon erwähnte, auch für die Formulierung der Expertenstandards, bei der die Multidisziplinarität anders als es das Leistungsrecht des SGB XI eigentlich nahelegen würde nicht berücksichtigt wurde, bei aller Bedeutung, die wir gerade in diesem Zusammenhang den monodisziplinären Standards beimessen. Die Dimension der Multidisziplinarität ist unserer Meinung nach auch in den Konzepten der Qualitätsprüfung nicht hinreichend berücksichtigt.

In unserem Prüfungspapier haben wir formuliert, dass Qualitätssicherung für uns mindestens vier Ebenen hat: nicht nur die externe Ebene, die im vorliegenden Gesetzentwurf besonders betont wird, sondern natürlich auch eine interne, die ebenfalls erwähnt wird, eine regionale, in deren Rahmen regionale Akteursgruppen, insbesondere Akteure der Zivilgesellschaft, stärker einzubeziehen sind, und eine individuelle.

Wir würden uns wünschen, dass die Ergebnisqualität im Rahmen der in Auftrag gegebenen Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens und Assessmentinstruments auf der Einzelfallebene geprüft wird, sodass man den Prüfaufwand in den Einrichtungen reduzieren kann. Wenn wir die Lebenssituation der Menschen mit Pflegebedarf in einem Begutachtungs- und Assessmentverfahren aus multidisziplinärer Perspektive betrachten, dann können wir auch die in der gesamten Diskussion über Qualitätssicherung vernachlässigten Personengruppen, die bisher nur Pflegegeld beziehen, mit in den Blick nehmen. Aus unserer Sicht könnte dies einen Quantensprung in Sachen multidisziplinärer Qualitätsentwicklung bedeuten.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Qualitätsentwicklung erfordert einen multidisziplinären Ansatz und die Einbeziehung aller Professionen. Im Mittelpunkt muss die Lebensqualität der Bewohner stehen. Hierbei geht es auch um die hauswirtschaftliche Versorgung und die soziale Betreuung, orientiert an den Grundsätzen der Selbstbestimmung und der Normalität. Insofern müssen alle Disziplinen in den Prozess der Qualitätsentwicklung einbezogen werden.

Eine kurze Anmerkung zu den Expertenstandards. Wir sehen es als erforderlich an, dass nicht nur die Regelungen zur Pflege im SGB XI einseitig in den Blick genommen werden, sondern auch die im SGB V. Auch hinsichtlich der Expertenstandards ist ein interdisziplinärer Ansatz zugrunde zu legen.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Wir kommen zur zweiten Fragerunde der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Uns interessiert die Position des Herrn Dr. Wilbers zu dem Bereich Prävention und Rehabilitation und ganz konkret zu § 40 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V. Hier ist eine Strafzahlung der Krankenkassen für den Fall vorgesehen, dass nicht innerhalb von sechs Monaten notwendige Leistungen zur Rehabilitation erbracht worden sind.

Erste Frage: Wie sehen Sie diesen Betrag, Herr Dr. Wilbers, und zwar sowohl von der Idee als auch von der Höhe her? Zweite Frage: Wie ist Ihre Einschätzung zu den Leistungen der Heilberufe in diesem Bereich insgesamt?

SV Dr. Joachim Wilbers: Überall wird gesagt, Rehabilitation solle vor Pflege gehen. Wenn man sich aber den vierten Pflegebericht der Bundesregierung von letzter Woche anschaut, dann stellt man fest, dass nur in 1,7 Prozent aller Begutachtungen eine Rehabilitationsempfehlung gegeben wird. Das ist vor dem Hintergrund überraschend, dass das Motto „Rehabilitation vor Pflege“ immer nach außen getragen wird. Ich habe keine Information darüber, wie viele dieser Anregungen tatsächlich umgesetzt worden sind. Ich nenne hier eine Größenordnung: 1,7 Prozent entspricht pro Jahr ungefähr 25 000 Personen. Wer sich mit

Pflegebedürftigkeit auskennt, der weiß, dass es einen deutlich höheren Rehabilitationsbedarf oder auch mehr Rehabilitationsmöglichkeiten gibt. Die Umsetzung muss also anders gestaltet sein.

Ich halte grundsätzlich die Idee, finanzielle Anreize zu setzen, für richtig. Bisher ist die Situation folgende: Die Krankenkasse muss die Rehabilitation bezahlen, wovon die Pflegekasse profitiert, weil das unterschiedliche Finanzierungskreise sind. Strafzahlungen besser wären natürlich Anreize sind im Grunde genommen der richtige Weg, weil dann ein finanzielles Interesse vorhanden ist. Ob der Betrag von 1 536 Euro ausreicht, wage ich zu bezweifeln. Ich würde, um ein Zeichen zu setzen, den Betrag verdoppeln. Ich sehe, dass hier einige schon tief durchatmen. Aber auch die Vertreter der Kassen sagen, dass sie für das Motto „Rehabilitation vor Pflege“ sind. Deswegen dürfte sie dieser Betrag gar nicht schrecken, weil diese Strafzahlungen nie anfallen würden. Insofern wäre es eine gute Sache, wenn man eine höhere Zahl in den Gesetzentwurf hineinschreiben würde.

Man stellt sich die Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit immer als eine sechswöchige stationäre geriatrische Behandlung vor. Das muss nicht immer der Fall sein. Das ist auch nicht immer indiziert. Vielmehr gibt es ganz gezielte Maßnahmen, die die Lebensqualität deutlich verbessern. Ich denke zum Beispiel an den Bereich der Logopädie oder auch der Ergotherapie, in dem rehabilitative Maßnahmen sehr schnell zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen können, die ambulant erbracht werden können.

Dafür müssen natürlich die entsprechenden Dienstleister vorhanden sein. Versuchen Sie einmal, für einen älteren pflegebedürftigen Menschen eine logopädische Betreuung zu organisieren. Das ist in der Praxis gar nicht so einfach. Hier sollte man das breite Spektrum im ambulanten, stationären und auch im teilstationären Bereich der Rehabilitation nutzen. Das würde mich sehr freuen; denn dann kann der Ansatz „Rehabilitation vor Pflege“ tatsächlich umgesetzt werden.

Ich möchte einen weiteren Punkt ansprechen. Bei der Begutachtung des MDK werden auch Menschen beurteilt, die dann keine Pflegestufe genehmigt bekommen. Diese haben aber trotzdem meistens irgendeine Art von Pflegebedarf;

sonst würden sie keinen Antrag stellen. Hier könnte man durch gezielte Maßnahmen sogar erreichen, dass die Pflegebedürftigkeit erst gar nicht eintritt, sondern dass schon vorab präventiv und rehabilitativ eingegriffen wird. Die Informationen, die der MDK durch die Begutachtung gewinnt auch bei denjenigen, bei denen die Genehmigung einer Pflegestufe abgelehnt wird, könnten genutzt werden, um zu erreichen, dass diese Personen auch in näherer Zukunft keine Pflegestufe benötigen, sodass es bei einem leichten Pflegebedarf bleibt bzw. der Gesundheitszustand sogar verbessert werden kann. Hier kann man recht viel erreichen, wenn die vorliegenden Informationen an die Stellen gelangen, die etwas machen können.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Verband der Pflegekassen und den bpa. Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Pflegeeinrichtungen gelten allgemein als unstritten. Es kommt tatsächlich öfter zu juristischen Auseinandersetzungen. Von daher meine Frage: Wird die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Ergänzung hier zu mehr Klarheit und Rechtssicherheit führen?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir begrüßen die jetzt vorgeschlagene Regelung ausdrücklich. Es geht ja nicht darum, bei möglichen Anhaltspunkten dafür, dass nur die halbe Zahl des vorgesehenen Personals beschäftigt ist, eine Pflegeeinrichtung zu überprüfen. Vielmehr geht es darum: Haben die Unternehmen die Verantwortung für das, was sie tun, oder haben sie sie nicht? Der bisherige Ansatz ist bisweilen nicht umgesetzt worden. Die Regelung ist so, wie sie jetzt vorgesehen ist, aus unserer Sicht eine sehr klare, verfassungskonforme Auslegung. Wir sehen hier keinen Änderungsbedarf.

SV **Paul-Jürgen Schiffer** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Wir unterstützen diese Neuregelung. Ich weise noch darauf hin, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Lande Bayern in der Vergangenheit gemeinsam mit allen Beteiligten wiederholt mit einem positiven Ansatz durchgeführt wurden. Von daher sollte es bei dieser Regelung bleiben.

Abg. **Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich habe einige Fragen an den Deutschen Caritasverband und an den bpa bezüglich des Bürokratieabbaus. Sehen Sie in der Aufhebung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen eine Regelung zur Entbürokratisierung? Ist die LQV tatsächlich verzichtbar oder droht damit ein Verlust an Qualität? Woran ist die inhaltliche Umsetzung der LQV bisher gescheitert?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir sehen in der Abschaffung der LQV nach § 80 a SGB XI so, wie die Regelung bisher vorgesehen ist, einen positiven Ansatz; denn das, was mit der LQV erzielt werden sollte, konnte nicht erreicht werden. Es ging nämlich um das vergütungsrechtliche Postulat, dem zur Folge qualitätsgesicherte und -bezogene Leistungen der Einrichtung tatsächlich vergütet werden sollten. Mit den bisherigen LQVs, die auf Länderebene erstellt wurden, konnte dieses Ziel nicht erreicht werden.

Zudem sind die Daten, die mit den LQVs erhoben wurden, zum Großteil mit den Daten identisch, die wir in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 SGB XI oder in bisherigen § 80, jetzt § 113 SGB XI, oder in den Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI abgebildet finden, sodass sich die LQV als zahnloser Tiger erwiesen hat und in dieser Form abgeschafft werden kann. Allerdings sehen wir weiter Handlungsbedarf darin, dass sich das Wechselverhältnis von Leistung, Qualität und Preis tatsächlich auch im Gesetz wiederfinden soll. Insofern ist eine Integration in die Pflegesatzverhandlungen nach § 85 SGB XI erforderlich.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir sind der Überzeugung, dass es bei der Abschaffung der LQV nicht zu Qualitätseinbußen kommt. Gedacht war diese, um die Aufgaben und die personelle Ausstattung einvernehmlich zu regeln. Das geht aber nur, wenn dafür einvernehmliche Spielregeln herrschen, die sowohl für die Kostenträger als auch für die Einrichtungsträger klar und verbindlich sind. Daran mangelt es uns nach wie vor. Wir haben nach wie vor kein entsprechendes Pflegezeitbemessungssystem oder Personalbemessungssystem. Solange wir das nicht haben, fehlt es schlichtweg an Grundlagen, um die inhaltliche Umsetzung der LQV so zu gestalten, wie sie eigentlich gedacht war.

Bisher hat sie nicht dazu gedient, den Einrichtungen die Ausstattung zu verschaffen, die sie brauchen, weil dafür schlichtweg die Differenzierungspunkte fehlten. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ähneln sich häufig sehr stark, sodass dabei wenig Differenzierung möglich ist. Insofern ist wegen der fehlenden inhaltlichen Grundlage die Abschaffung der LQV kein Verlust.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Dr. Wilbers, an die KBV und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Das Entlassungsmanagement eines Krankenhauses ist an der Schnittstelle immer ein besonderes Sorgenkind des Gesetzgebers gewesen. Mit § 11 des GKV-WSG wurden Neuregelungen eingeführt. Auch mit diesem Gesetz wird weiter an diesem Bereich gearbeitet. Ist aus Ihrer Sicht das, was in diesem Gesetzentwurf verankert werden soll, zielführend, um das Entlassungsmanagement an der stationär-ambulanten Schnittstelle zu verbessern? Was könnte man aus Ihrer Sicht noch machen, damit dieses Sorgenkind kein Sorgenkind bleibt?

SV Dr. Joachim Wilbers: Aufgrund langjähriger Erfahrungen glaube ich, dass es Schnittstellenprobleme immer geben wird, egal welche gesetzlichen Bestimmungen gelten. Es liegt in der Natur der Sache, dass es unterschiedliche Interessen und Verfahrensabläufe gibt. Man kann die Zahl der Schnittstellenprobleme verringern, aber man kann sie nie ganz aufheben. Das, was im Gesetzentwurf steht, könnte dazu aber ein Beitrag sein.

Ich nenne ein praktisches Beispiel: Ein Patient wird an einem Freitag aus dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege entlassen und bekommt die Medikation für zwei oder zweieinhalb Tage bis zum Montag mit. Hier muss die Anschlussmedikation sichergestellt werden. An dem Montag das ist ein realer Fall wird der Hausarzt angerufen. Der Hausarzt erklärt, ein bestimmtes Medikament nicht verschreiben zu dürfen, weil das nur ein Neurologe verschreiben dürfe. Ein daraufhin angerufener Neurologe sagt, er verschreibe erstens nichts für einen Patienten, den er nicht kenne, und er könne zweitens jetzt nicht kurzfristig einen Hausbesuch vornehmen. Was machen Sie hier? Das ist eine echte Schnittstellenproblematik.

Dieses Problem kann man nicht dadurch lösen, dass man alles in die Verantwortung des Krankenhauses überträgt, weil das Krankenhaus diese Probleme nicht aus eigener Kraft lösen kann. Man kann hier gute Ansätze finden. Ich denke, es hat sich in den letzten Jahren bei der Kooperation zwischen Pflege und Krankenhäusern eine ganze Menge verbessert. Ich glaube aber nicht, dass man mit den Regelungen, die im Gesetzentwurf stehen, das Thema vom Tisch haben wird, sondern das wird uns weiter begleiten.

SV Dr. Carl-Heinz Müller (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Mehrdimensionalität der Pflege wurde bereits mehrfach angesprochen. Hier kann man Abhilfe schaffen. Das bedarf aber Vereinbarungen, die nach Möglichkeit dreiseitig sein sollten. Hier ist, wie vorgesehen, nach § 73b SGB V der Hausarzt in die Koordinierung mit einzubeziehen. Nichtsdestotrotz kennen wir es insbesondere aus der Pflege, dass die anderen Fachärztdisziplinen, der Chirurg, der Dermatologe, der Kollege aus der Geriatrie und der Neurologe, einzubeziehen sind. Das kann man sowohl vor Ort wie auch überregional mit entsprechenden Vertragsregelungen schaffen. Dafür haben wir unter anderem die Möglichkeit der IV-Verträge. Hier ist festzulegen, dass der zu Pflegenden geleitet wird.

SV Andreas Wagener (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.): In der Tat kann ich mich den Ausführungen von Herrn Wilbers weitgehend anschließen. In der Regel scheidet es nicht am Management. Tatsächlich muss die Versorgungssituation auch im ambulanten Bereich sichergestellt sein. Ansonsten besteht die Möglichkeit, das Personalmanagement im Krankenhaus dadurch zu verbessern, dass Geld zur Verfügung gestellt und das Personal bereitgestellt wird, welches das Management besser praktiziert. Hier müsste man dem Krankenhaus extrabudgetär Mittel geben, die dann auch beim Krankenhaus verbleiben.

Angesichts der Verdichtung gerade im Pflegebereich darf die Arbeit der Personalgruppen nicht weiter verdichtet werden, sondern sie muss so gestaltet werden, dass sie sich mehr um die Patienten und das Management kümmern können.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Verband der Kranken- und Pflegekassen sowie die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Wie beurteilen Sie die in § 75 SGB XI neu aufgenommene Klarstellung, dass in den Landesrahmenverträgen nicht nur die personelle Ausstattung, sondern auch die Grundausrüstung der Pflegeeinrichtungen mit Hilfsmitteln zu vereinbaren ist?

SV **Paul-Jürgen Schiffer** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Die Vereinbarung hinsichtlich der Personalbemessungen ist schon heute durchaus Gegenstand in den Landesrahmenvereinbarungen. Von daher gibt es dagegen keine Bedenken.

Erhebliche Bedenken haben wir aber gegen die Vereinbarung in Bezug auf die Ausstattung mit sächlichen Hilfsmitteln. Das hat in der Vergangenheit der Streit zwischen den Kostenträgern immer wieder gezeigt. Dabei geht es nicht nur um die Pflegeversicherung, sondern teilweise auch um die Krankenversicherung bis hin zum Sozialhilfeträger. Hier erwarten wir eine ganz klare Abgrenzung. Diese wäre durch eine Rechtsverordnung des Gesetzgebers zu erreichen.

SVe **Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Wir haben gleichfalls Bedenken. Die Einbeziehung der sächlichen Ausstattung in die Rahmenverträge wirft Fragen hinsichtlich der Abgrenzung zu Investitionsaufwendungen auf, weil die sächlichen Aufwendungen eigentlich zu den Investitionsaufwendungen gehören. Daneben sind die Abgrenzungsprobleme zu den Hilfsmitteln in § 33 SGB V schon heute nicht geklärt. Hier wird es zu einer doppelt schwierigen Abgrenzung kommen.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen, und zwar zum einen an den Verband der Pflegekassen und die kommunalen Spitzenverbände sowie den bpa. Gehen Sie davon aus, dass die in § 76 SGB XI neu vorgesehene Möglichkeit zur Beauftragung einer unabhängigen Schiedsperson zu einer Beschleunigung des Schiedsverfahrens führt?

Daran möchte ich die Frage an den Verband der Pflegekassen anschließen. Bei den Leistungs- und Qualitätsstandards der MDKs gibt es enorme Unterschiede; das haben wir heute schon mehrfach gehört. Welche gesetzliche Regelung müssen wir treffen, sodass wir ein etwa gleiches und am Interesse des Bewohners orientiertes Niveau erreichen?

SV **Thomas Ballast** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Grundsätzlich begrüßen wir die Möglichkeit, unabhängige Schiedspersonen einzuschalten. Ob es tatsächlich zu einer Beschleunigung des Verfahrens kommt, hängt natürlich sehr stark von den Verhältnissen im Einzelfall ab. Auch Einigungsprozesse von unabhängigen Schiedspersonen können manchmal sehr lange dauern.

SVe **Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Wenn nur eine einzelne Person entscheidet, geht das in der Regel schneller, als wenn sich ein Gremium eine Meinung bilden soll. Wir fragen uns aber, wie die praktische Relevanz aussehen wird, weil die Beauftragung einer unabhängigen Person, die entscheiden soll, ein quasi blindes Vertrauen voraussetzt. Hier müsste also eine Art Blankoscheck ausgestellt werden, zumal kein Rechtsbehelf vorgesehen ist. Die Fragen, um die es geht, sind aber in der Regel höchst strittig. Daher machen wir von der Sache her ein Fragezeichen.

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir schließen uns weitestgehend dem an, was Frau Dr. Vorholz gesagt hat. Wir sind der Auffassung, dass eine zusätzliche Schiedsperson nicht zwingend erforderlich ist. Der bestehenden Schiedsstellenregelung ist hier der Vorzug zu geben. Insofern bedarf es keiner weiteren Schiedsperson.

Allerdings sind wir der Auffassung, dass die Zusammensetzung der Schiedsstellen im Rahmen der jetzigen Regelung hinsichtlich der Gleichberechtigung der Bänke zu überprüfen ist, weil nach unserer Erfahrung der Sozialhilfeträger zum Teil nicht mit eigenen Einrichtungen ausgestattet ist und sich trotzdem auf der Bank der Leistungserbringer und der Kostenträger wiederfindet. Das halten wir für korrekturbedürftig. Insofern würden wir einer

Korrektur auf der Ebene der Besetzung und Zusammensetzung der bestehenden Schiedsstelle den Vorrang geben.

SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.): Die Frage ist durchaus berechtigt. Wenn man die Qualitätsberichte der MDKs liest, und zwar sowohl für die abzugebenden Berichte in Bezug auf die Qualität der Begutachtung wie auch mit Blick auf die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen das sind die heute Morgen schon vielfach zitierten Qualitätsergebnisse, dann wird man sicherlich feststellen, dass es dabei unterschiedliche Ergebnisse gibt, weil die MDKs landesunmittelbar sind. Da nützen die Richtlinien der Spitzenverbände auf Bundesebene mit Blick auf die Einheitlichkeit nicht überall etwas.

Allerdings - das muss man positiv hervorheben - wird bei einem Vergleich der Berichte deutlich, dass - dies zeigt auch der in der letzten Woche präsentierte vierte Pflegebericht der Bundesregierung - sich die Ergebnisse in den letzten Jahren stark angenähert haben. Es muss unsere Aufgabe sein, gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände, aber auch mit den MDKs zu weiteren Annäherungen zu kommen, um die darzustellenden Qualitätsergebnisse zu verbessern.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Damit kommen wir zur zweiten Fragerunde der SPD-Fraktion.

Abg. Christian Kleiminger (SPD): Meine Fragen richten sich an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und den Deutschen Hospiz- und Palliativverband. Mich interessiert, welche Berührungspunkte im Gesetzentwurf für den Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung besondere Relevanz haben. Sehen Sie eventuell und, wenn ja, an welchen Stellen Konkretisierungsbedarf? An welchen Schnittstellen muss der Entwurf hinsichtlich der Hospiz- und Palliativversorgung noch besser abgestimmt werden? Ich denke dabei an den Aufbau der spezialisierten ambulanten Versorgung durch Palliativcareteams im Rahmen des § 37 b SGB V.

SV Thomas Montag (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.): Es gibt gerade im Rahmen der Veränderung des § 37 b SGB V, Sie haben es angesprochen, mit der Entwicklung von Palliativcareteams viele Schnittstellen zwischen dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und der Palliativversorgung. Die Schnittstellen liegen aus unserer Sicht insbesondere in der Einrichtung der Pflegestützpunkte, der Beratungsstellen. Überall dort, wo Pflegebedarf entsteht, gibt es dann ein Problem, wenn die Patienten im Sterben liegen. In dem Gesetzentwurf müssen die Regelungen zur Versorgung der Palliativpatienten überall ergänzt werden. Es geht also nicht nur um die Versorgung im kurativen oder rehabilitativen Bereich, sondern eben auch im palliativen Bereich. Die Regelungen zur Versorgung von Palliativpatienten müssen konkretisiert und genauer beschrieben werden.

Sve Dr. Birgit Wehrauch (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.): Ich kann mich der Aussage von Herrn Montag voll anschließen. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf einige andere Aspekte eingehen und betonen, warum wir eine enge Verzahnung zwischen beiden Gesetz unbedingt brauchen, also zwischen der gesetzlichen Regelung in § 37 b SGB V und dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. In beiden Bereichen haben wir gerade beim Ausbau der ambulanten Versorgung, um den es im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz entscheidend geht, eine große Zahl einer gemeinsamen Klientel. Gerade in den stationären Pflegeeinrichtungen spielt die Hospiz- und Palliativversorgung zunehmend eine Rolle, sodass wir sie im Rahmen der Pflege mit berücksichtigen müssen.

Ich möchte über die Beratung und die Pflegestützpunkte hinaus zwei weitere Regelungen ansprechen, die wir beim Thema Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung unbedingt in den Blick nehmen müssen. Der erste Punkt ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die nach § 18 SGB XI anders geregelt werden soll. Bei der Hospizversorgung wird die Finanzierung zum Teil von der Pflegeversicherung übernommen. Wir haben derzeit mit der geltenden zeitlichen Frist der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein großes Problem, weil die Hospizpatienten in aller Regel sehr spät in die Hospize kommen und die verbleibende Zeit gar nicht ausreicht, um die Pflegebedürftigkeit

innerhalb dieser Frist festzustellen. Hier gibt es Änderungsbedarf.

Der zweite Punkt ist die Pflegezeit, die in dem neuen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eine große Rolle spielt. Wir plädieren sehr dafür, dass in die Pflegezeitregelung auch Angehörige einbezogen werden, die Palliativpatienten versorgen, bei denen keine der drei Pflegestufen I bis III festgestellt wurde. In diesem Fall fallen sie nach § 37 b SGB V in die Gruppe der Schwerstkranken, die die Voraussetzungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung erfüllen. In einem solchen Fall ist auch für die Angehörigen unbedingt die Pflegezeit geltend zu machen.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich möchte gern auf die Qualitätssicherung und die Pflegequalität zurückkommen. Die Sicherung der Qualität der pflegerischen Versorgung hat maßgeblich mit den Menschen, die pflegen, zu tun. Deswegen möchte ich an Verdi, den DGB, den Deutschen Bundesverband für Pflegeberufe und den Berufsverband für Altenpflege eine Frage richten.

Bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen soll sichergestellt sein, dass diese den Beschäftigten eine Arbeitsvergütung entrichten, die dem Lohnniveau des Wirtschaftskreises entspricht. Diese Regelung der ortsüblichen Vergütung wurde bereits kritisiert. Meine Frage ist: Reicht die Regelung der ortsüblichen Vergütung aus, um Lohndumping zu vermeiden und die Qualität zu verbessern? Wenn Sie dazu Vorschläge haben, die in eine andere Richtung gehen, möchte ich sie gerne hören. Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort auch den Aspekt der Einzelpflegerkräfte.

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ich habe vorhin schon ausgeführt, dass die Regelung der ortsüblichen Vergütung meines Erachtens nicht ausreicht. Das ging auch aus anderen Beiträgen hervor. Ich möchte dazu noch gerne ergänzen, dass wir bereits bei der Krankenhausversorgung an verschiedenen Stellen einen Hinweis auf den Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes haben. Wir können uns vorstellen, dass dieser auch im Bereich der Pflegeversicherung eingeführt wird. Man muss davon ausgehen, dass es heute eher zu Unter- als zu Überschreitungen der Rege-

lungen des Tarifvertrages kommt. Mir liegen keine Beispiele von Überschreitungen vor.

Zu den Einzelpflegerkräften kann man sagen, dass man auch für sie dieselben Regelungen braucht; denn es kann nicht sein, dass für Pflegeeinrichtungen, mit denen Verträge ausgehandelt werden, ein Vergütungskriterium zugrunde gelegt wird, aber für Einzelpflegerkräfte, die Verträge mit den Krankenkassen schließen und daher bei Vertragsverhandlungen in einer schwächeren Position als eine Organisation sind, kein Schutz durch den TVöD gilt. Ich halte die vorgesehene Lösung für praktikabel und würde es begrüßen, wenn man diese klare Regelung tatsächlich einbaute.

SV Jürgen Sandler (Deutscher Gewerkschaftsbund): Ich bedanke mich für die Frage. Ich kann meine Antwort sehr einfach machen: Ich möchte mich den Ausführungen des Kollegen Weisbrod-Frey inhaltlich voll anschließen.

SVe Silvia Raffel (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.): Auch wir schließen uns den Aussagen der Vorredner an. Allerdings sind die Regelungen in dem Gesetzentwurf, mit denen Lohndumping vermieden werden soll, nicht an den Stellen, an denen sie hingehören. Zur Vermeidung von Lohndumping muss die Ausführung konkreter gestaltet werden.

Im Zusammenhang mit den Einzelpflegerkräften ist auszuführen, dass es nicht sein kann, dass Einzelpflegerkräfte, wenn sie Verträge mit den Krankenkassen abschließen, entgegen dem Tarifvertrag zu gering vergütet werden. Dies öffnet dem Missbrauch Tor und Tür.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Jetzt haben wir das Problem, dass wir keinen weiteren Sachverständigen für diese Fragen haben. Wer fühlt sich angesprochen? Bitte schön.

SV Stephan Baumann (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.): Entschuldigung, ich glaube, hier liegt ein Missverständnis vor. Der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe wurde nicht aufgerufen. Ich gebe also die Frage zurück.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich wollte ganz konkret den Berufsverband für Altenpflege hören. Wir hatten einen Vertreter eingeladen; aber ich habe ihn im Sitzplan nicht gefunden.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wahrscheinlich hat der Berufsverband abge-sagt.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich richte meine Frage an die BAG Selbsthilfe, an den DBVA, den DBfK und an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Wäre es im Interesse einer Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung, insbesondere von Pflegebedürftigen, wenn Apothekerinnen und Apotheker stärker in die Qualitätssicherung eingebunden würden?

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Das Regelungsgefüge im Arzneimittelbereich wird immer komplizierter. Das Wechselspiel zwischen Ärzten und Apothekern bei der Verordnung von Arzneimitteln ist schon für den nicht pflegebedürftigen Patienten schwer zu durchschauen. Insofern wäre eine bessere Einbindung derer, die an der Medikation beteiligt sind, sicherlich hilfreich.

SVe **Silvia Raffel** (Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe e. V.): Wir schließen uns dieser Stellungnahme an, weil auch wir der Meinung sind, dass eine fachliche medikamentöse Versorgung nicht immer gesichert ist. Je mehr, gerade im stationären Bereich, an Beratung hinzugezogen wird, desto besser.

SV **Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband): Die Arzneimittelverordnung ist umfangreich geregelt. Es bedarf in diesem Zusammenhang aus unserer Sicht keiner besonderen Regelung. Wir haben hier die ärztliche Verschreibung; dies muss der Fall bleiben.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich komme noch einmal auf den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zurück und möchte die Spitzenver-

bände der Pflege- und Krankenkassen, den Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter sowie den Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen fragen: Wie stehen Sie zu den Zahlungen nach § 40 SGB XI? Erachten Sie, damit diesem Grundsatz besser Rechnung getragen wird, weitere Maßnahmen für notwendig, zum Beispiel dass der MDK bei der Begutachtung der Notwendigkeit von Pflege auch etwas zum Rehabilitationsbedarf und zum Bedarf an Maßnahmen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sagt?

SV **Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband): Zu diesem Betrag ist heute schon viel gesagt worden. Diese Regelung unterstreicht das Anliegen der Politik, dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ Nachdruck zu verleihen. Insofern ist das grundsätzlich zu begrüßen. Doch in der Praxis wird das wahrscheinlich keine Rolle spielen, weil gar nicht zu erwarten ist, dass die Krankenkassen die notwendigen Rehaleistungen nicht initiieren.

Was die Notwendigkeit angeht, dass der MDK bereits bei der Begutachtung auf Rehamaßnahmen eingeht, muss ich sagen: Auch das kann man nur begrüßen. Wir unterstützen das und sehen es als einen Fortschritt an.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Bahr vom BDH. Er ist nicht da. Dann kommen wir zu Herrn Froese.

SV **Sebastian A. Froese** (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.): Ich kann mich den Ausführungen Herrn Dr. Reichelts weitgehend anschließen. Was die Frage angeht, wo bei den Hilfsmitteln noch Präzisierungsbedarf besteht, möchte ich sagen, dass die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der Rechtsprechung zufolge in der Praxis umgesetzt werden muss. Die Rechtsprechung ist auf dem richtigen Weg; aber sicherlich kann man im Gesetz bezüglich der Hilfsmittel ein Zeichen setzen.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich komme auf Frau Mattheis' Frage zur Arzneimittelversorgung zurück. Ich möchte die Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft fragen: Reichen die gesetzlichen Regelungen

für die Verordnung von Arzneimitteln und weiterer Leistungen im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b Abs. 2 SGB V aus, oder sind weitere Regelungen erforderlich und, wenn ja, welche?

Meine zweite Frage richte ich an die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft, an Frau Bartz und an die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegeversicherung: Welche Erwartungen haben Sie hinsichtlich des Bedarfs an und des Ausbaus von Angeboten der Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen, und wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die Regelung nach § 31 Abs. 3 SGB XI in Art. 1 Nr. 14, wonach die Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehaträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 SGB IX gilt?

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Für diese zwei Fragen haben die vier Antworter zwei Minuten Zeit. Alles klar? Wer beginnt für die DKG?

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Ich kann Ihnen das mengenmäßig nicht genau beantworten. Wie wir gehört haben, bekommen nur 1,7 Prozent der Pflegebedürftigen eine Empfehlung für eine Reha. Ich glaube aber, dass der Bedarf viel höher ist. Wenn man ihn abdecken will, wird man auf verschiedene Settings schauen müssen. Zum Beispiel wird man besonders für Demenzkranke im Frühstadium niedrigschwellige Rehaangebote, zum Beispiel mobile geriatrische Rehabilitation, ins Auge fassen müssen. Wichtig sind aber auch stationäre Programme, bei denen die Demenzkranken mit ihren Angehörigen zusammen auf den weiteren Verlauf der Krankheit vorbereitet werden. In den wenigen Fällen, in denen so etwas schon angeboten wird, gibt es große Probleme bei der Kostenerstattung. Wir sehen Bedarf, diese Angebote auszuweiten. Auch im stationären Bereich müsste es viel selbstverständlicher sein, die Rehabilitation in die Pflege zu integrieren.

SVe **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Ich denke, man muss vor allen Dingen definieren: Was bedeutet Reha? Reha kann bedeuten: Maßnahmen vor dem Eintreten von Pflegebedürftigkeit. Reha kann aber auch bedeuten: Stuserhalt, Verschlechterung verzögern.

Wenn Menschen mit Behinderung eine Reha-Maßnahme beantragen, wird dies mit der Begründung abgelehnt: Du wirst eh nie unabhängig von Pflegebedarf. Auch für diese Menschen brauchen wir entsprechende Rehaangebote. Auch finden viele pflegebedürftige Menschen, die eine Behinderung haben, keine Rehakliniken, in denen sie individuelle Reha-Maßnahmen bekommen können.

SV **Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband): Wir können diese Regelung nur unterstützen; sie wird zur Verfahrensbeschleunigung beitragen.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich schließe damit den Block I der Anhörung.

Ich darf mich für Ihr Hiersein ganz herzlich bedanken. Ich wünsche denjenigen, die nach Hause fahren das sind einige wenige, eine gute Heimreise.

(Schluss: 13.10 Uhr)