



## **Entbürokratisierung in der Pflege vorantreiben – Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen (BT-Drucksache 16/672)**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt den Antrag der FDP, Entbürokratisierung in der Pflege voranzutreiben. Der Ansatz zur Entbürokratisierung und Deregulierung sollte allerdings nicht auf die stationäre Pflege beschränkt bleiben, sondern sich auch auf die ambulante und teilstationäre Pflege erstrecken. In allen Leistungssegmenten gibt es eine Flut von Vorschriften, die einen hohen Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand nach sich ziehen, ohne dem einzelnen Pflegebedürftigen ein Mehr an Pflege- und Lebensqualität zu bringen. Über 80 Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Normen und zahlreiche weitere Vorschriften und Regelungen sind in der stationären Pflege zu beachten. Ein zentrales Problem für Pflegeeinrichtungen und -dienste sind Doppel- und Mehrfachprüfungen durch sich überschneidende Prüfkompetenzen unterschiedlicher Instanzen. Ziel einer Entbürokratisierungsoffensive muss es sein, diese Überschneidungen aufzuheben, Prüfungsinhalte auf das notwendige Maß zu reduzieren und veraltete und überflüssige Vorschriften zu streichen. Die Verfahren der Leistungsallokation und Kontrolle müssen nicht nur die Kriterien der intersubjektiven Überprüfbarkeit und Zuverlässigkeit, sondern auch der Validität und der Effizienz erfüllen.

### **Kurzzusammenfassung:**

1. Zur Vermeidung von Doppel- oder Mehrfachprüfungen sollen die Prüfkompetenzen von Heimaufsicht und MDK klar voneinander abgegrenzt werden. Die Strukturqualität soll überwiegend durch die Heimaufsicht, Prozess- und Ergebnisqualität hingegen durch den MDK geprüft werden. Zudem ist die Zusammenarbeit zwischen allen Prüfinstanzen durch gesetzliche Rahmenbedingungen zu verbessern.
2. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) sind zu streichen und durch eine Regelung zu ersetzen, die Leistung, Qualität und Preis in eine unmittelbare Beziehung setzt.
3. Testate und Zertifikate, welche die Kriterien der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI erfüllen, sind bei Prüfungen durch den MDK angemessen zu berücksichtigen.

4. Die Prüfberichte des MDK eignen sich nicht als Grundlage für Qualitätsberichte. Der Deutsche Caritasverband setzt sich für die Veröffentlichung von Qualitätsberichten ein. Die dafür zugrunde zu legenden Kriterien müssen jedoch gemeinsam durch Verbraucher, Kostenträger, Leistungserbringer und Vertreter der Pflegewissenschaften und der Professionen definiert werden.
5. Die Rechte zur Mitwirkung, Mitbestimmung und Beteiligung der Heimbewohner/innen müssen weiter gestärkt werden, beispielsweise durch eine Stärkung der Fortbildung des Heimbeirats.
6. Prüfungen sollen angemeldet und unangemeldet erfolgen können. Unangemeldet soll eine Prüfung dann erfolgen, wenn eine Einrichtung gehäufte Defizite aufweist.
7. Die Definition der Pflegefachkraft nach § 71 SGB XI sowie der Fachkraft in Behinderteneinrichtungen, die unter das Heimgesetz fallen, ist um weitere Berufe zu erweitern. Die Fachkraftquote soll auch weiterhin heimgesetzlich geregelt werden.
8. Um bürokratischen Aufwand zu reduzieren, sollen die zwischen SGB XI und HeimG widersprüchlichen Regelungen zum Vertragsende bei Tod eines Bewohners und zur Entgelterhöhung harmonisiert werden.
9. Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI sollen nur eingeleitet werden, wenn Anhaltspunkte für die Nichterfüllung des Versorgungsvertrags gemäß § 72 Abs. 3 Satz 1 bestehen.
10. Eine Vereinheitlichung und Standardisierung der Pflegedokumentation ist kein geeigneter Weg, um die Probleme des Überdokumentierens zu lösen und das Dokumentieren effizienter zu machen.

Zu den einzelnen Punkten des Antrags:

## **Prüfkompetenzen von MDK und Heimaufsicht konkretisieren und Zusammenarbeit zwischen den Prüfinstanzen fördern**

Ziel muss die Vermeidung der Doppel- oder Mehrfachprüfung identischer Prüfinhalte durch unterschiedliche Prüfinstanzen sein. Durch den doppelten oder mehrfachen Aufwand für die Prüfungen werden unnötig Zeitressourcen der Mitarbeitenden in der Pflege und Betreuung gebunden, was letztlich zu Lasten der Pflegebedürftigen geht. Daher müssen die Prüfkompetenzen von Heimaufsicht und MDK klar voneinander abgegrenzt werden. Aufgabe der Heimaufsicht soll es künftig sein, entsprechen der ordnungs- und verbraucherschutzrechtlichen Materie des Heimgesetzes die Strukturqualität zu prüfen. Der MDK hingegen soll sich entsprechend seiner leistungsrechtlichen Kompetenzen auf die Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität konzentrieren. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass für die Messung der Ergebnisqualität nach wie vor evidenzbasierte und reliable Indikatoren sowie valide Messverfahren fehlen. Die Indikatoren müssen auf pflegewissenschaftlicher Grundlage entwickelt, mit den Leistungserbringerverbänden konsentiert und priorisiert sowie schrittweise in einem noch zu entwickelndem Verfahren eingeführt werden. Die Perspektive der Lebensqualität, des Wohlbefindens und der Kundenzufriedenheit der Pflegebedürftigen sowie die Perspektive der Angehörigen sind hierbei mit einzubeziehen.

Um Doppelprüfungen zu vermeiden, müssen die Prüfbehörden zum wechselseitigen Informationsaustausch, zur terminlichen und ggf. arbeitsteiligen Koordinierung ihrer Prüftätigkeit sowie zur Abstimmung über Beratungen der Einrichtungen verpflichtet werden. In § 117 SGB XI sind diese Aufgaben verpflichtend geregelt, in § 20 HeimG jedoch lediglich als Sollvorschrift ausgestaltet. Das SGB XI und das HeimG bzw. mögliche neue Landesheimgesetze sind in diesem Punkt zu harmonisieren. Zudem verweisen wir darauf, dass die Bildung von Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Abs. 5 HeimG, in denen die Pflegekassen, deren Landesverbände, der MDK und die zuständigen Träger der Sozialhilfe eng zur Erfüllung ihres Prüfauftrags zusammenarbeiten sollen, bisher weitgehend nicht erfolgt ist. Außerdem fehlt eine korrespondierende Regelung im SGB XI. Auch die Zusammenarbeit mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und den kommunalen und sonstigen Trägern ist auf Landesebene nicht oder nur unzureichend umgesetzt.

Um Mehrfachprüfungen derselben Inhalte zu vermeiden, muss die Heimaufsichtsbehörde verpflichtet werden, sich mit den weiteren, die Strukturqualität prüfenden Instanzen abzustimmen und zu koordinieren, wie z.B. der Brandschutzbehörde, dem Gesundheitsamt, dem Wirtschaftskontrolldienst, dem Marktamt etc.. Eine Einbeziehung dieser Behörden in die Arbeitsgemeinschaften nach § 20 HeimG erachten wir vor diesem Hintergrund als sinnvoll.

## **Erforderlichkeit und Praxistauglichkeit des PQsG**

Ziel des PQsG war es, die Grundsätze der Qualitätssicherung zu definieren und den Rahmen für die Durchführung von Qualitätsprüfungen zu setzen. Ansatzpunkt des Gesetzes ist die Stärkung der Eigenverantwortung der Träger für die Pflegequalität und die Förderung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Maßstab für die Beurteilung der Leistungsqualität sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI sowie die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) nach § 80a SGB XI.

## ***Streichung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen***

Mit der Einführung der LQV verbunden war das vergütungsrechtliche Postulat, dass die qualitätsgebundenen Leistungen der Pflegeeinrichtung dieser auch bezahlt werden sollen (§ 80a Abs. 2 Satz 3). Dieses Postulat ist in der Praxis nicht eingelöst worden. In den einzelnen Bundesländern wurden Muster-LQVen unterschiedlichen Regelungsumfangs und unterschiedlicher Rege-

lungsweite erstellt. Das Ziel, durch den Abschluss einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung die einrichtungsindividuelle Qualität abbilden zu können und für die entsprechenden Leistungen eine adäquate Vergütung zu erzielen, wurde jedoch nicht erreicht. So konnten die Einrichtungen Besonderheiten in ihrem Leistungsangebot, wie beispielsweise den Einsatz von Präsenzkraften oder von Pflegekräften mit palliativversorgerischer Zusatzqualifikation, nicht in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen abbilden. Die in den LQVen abgebildeten Leistungs- und Qualitätsdaten sind bereits in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 SGB XI und in den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI sowie in den Versorgungsverträgen geregelt. Der Deutsche Caritasverband setzt sich daher für eine Streichung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a ein. Leistung, Qualität und Preis stehen in einem Wechselverhältnis zueinander und müssen daher auch gleichzeitig verhandelt werden. Eine künftige Regelung muss Leistung, Qualität und Preis in eine unmittelbare Beziehung setzen und in das Pflegesatzverfahren nach § 85 integriert werden.

### **Neuregelung des Leistungs- und Qualitätsnachweises**

Die Erbringung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach bundeseinheitlich zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbarten Kriterien durch Testate oder Zertifikate für einrichtungsinternes Qualitätsmanagement wird vom Deutschen Caritasverband nachdrücklich begrüßt. Leider ist der Gesetzgeber an der Umsetzung dieser Regelung bisher gescheitert. Die erforderliche Rechtsverordnung nach § 118 SGB XI und die Einführung einer Pflege-Prüfhilfe scheiterte im Jahre 2002 im Bundesrat. Auch die Anschlussregelung des 5. SGB XI -Änderungsgesetzes ist über das Stadium des Referentenentwurfs nie hinausgelangt. Damit ist die Anforderung von § 113 Abs. 5 SGB XI, wonach eine Pflegeeinrichtung nur dann Anspruch auf den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung hat, wenn sie einen LQN vorliegt, dessen Erteilung nicht länger als zwei Jahre zurückliegt, nicht erfüllbar. Der Deutsche Caritasverband setzt sich für einen strikt an den Kriterien von § 80 SGB XI orientierten Anforderungskatalog für den Nachweis der Leistungen und der Qualität ein. Um den Erfordernissen des Bestimmtheitsgrundsatzes Rechnung zu tragen, soll dieser auch gesetzlich normiert werden. Der Prüfkatalog der örtlichen Prüfungen nach § 114 SGB XI und die entsprechenden Prüfanleitungen des MDK müssen sich ebenfalls strikt an den Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI orientieren. Verbraucher und wissenschaftliche Experten sind ebenfalls an der Entwicklung der Prüfkriterien zu beteiligen, um ein Prüfkonzept auf einen möglichst breiten Konsens stützen zu können. Erfüllt eine Einrichtung diese Anforderungen durch ein entsprechendes Testat, soll der MDK dieses hinsichtlich Prüftiefe und Prüfturnus berücksichtigen. Eine Qualitätsprüfung durch den MDK soll regelhaft alle drei Jahre erfolgen. Wenn eine Einrichtung einen LQN vorlegt, der allen Anforderungen des Katalogs nach § 80 SGB XI entspricht, soll der Prüfturnus auch verlängert werden können. Legt eine Einrichtung kein entsprechendes Testat vor, könnte der Leistungs- und Qualitätsnachweis auf Grundlage der Prüfung durch den MDK erfolgen. Zuvor muss jedoch sichergestellt sein, dass die MDK-Prüfanleitung, anders als bisher erfolgt, auf eine zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern entwickelte Grundlage mit wissenschaftlich fundierten und validen Kriterien sowie evaluierten Verfahren gestellt werden.

### **Transparenz der Pflegequalität sicherstellen**

Der Deutsche Caritasverband unterstützt nachdrücklich die Forderung nach einer Erhöhung der Transparenz über die Qualität in der Pflege. Nutzerinnen und Nutzer von Pflegeeinrichtungen haben einen Anspruch darauf, sich von der Qualität der jeweiligen Einrichtung ein Bild machen zu können. Die MDKs einzelner Länder haben den Vorstoß unternommen, Prüfberichte auf freiwilliger Basis als Qualitätsberichte zu veröffentlichen, mit der Absicht, damit die Transparenz über die Pflegequalität zu steigern. Wir unterstützen nachdrücklich dieses Ziel, halten den dazu vorgeschlagenen Weg allerdings für ungeeignet, denn die Prüfberichte enthalten vor allem Daten zur

Struktur- und Prozessqualität. Auch basieren die Prüfberichte des MDK nicht auf validen und reliablen Kriterien und Verfahren. Nach wie vor fehlen allgemeine und deshalb auch in der MDK-Prüfanleitung exakte methodisch-logische Qualitätskriterien, um wissenschaftlich gültige Feststellungen zur Qualität der Pflege und Versorgung treffen zu können. Zudem werden in den neuen MDK-Prüfanleitungen Anforderungen formuliert, die nicht durch die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI legitimiert sind. Schwerpunkt eines verbraucherfreundlichen Qualitätsberichts müssen hingegen Daten zur Ergebnisqualität sein, die auch die Kundenzufriedenheit in Bezug auf die Bewertung von Lebensqualität und Wohlbefinden einschließen. Diese fehlen allerdings weitgehend, da die Forschung zu evidenzbasierten Indikatoren für pflegerische Qualität noch in den Kinderschuhen steckt. Wir regen daher an, die Grundlagenforschung in diesem Bereich durch staatliche Mittel zu unterstützen und voranzutreiben. Die Kriterien dürfen nicht einseitig durch den MDK festgelegt werden, sondern müssen gemeinsam durch Verbraucher, Kostenträger, Leistungserbringer, Vertreter der Pflegewissenschaft und Professionen definiert werden. Auf einer derart legitimierten Grundlage veröffentlichte Qualitätsberichte sollen von den Einrichtungen in einem regelmäßigem Turnus, .B. alle zwei bis drei Jahre selbständig bis zu einem bestimmten Stichdatum auf der eigenen Homepage veröffentlicht und somit dem Verbraucher zugänglich gemacht werden, wie es im Krankenhausbereich bereits der Fall ist.

## **Erhöhung der Mitbestimmung und Beteiligung durch Heimmitwirkungsverordnung**

Generell treten wir unter dem Gesichtspunkt einer Stärkung der Verbraucherrechte für einen hohen Stellenwert der Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte der Heimbewohner ein. Da der Anteil der demenziell schwer oder schwerst erkrankten Menschen in den Heimen in den letzten Jahren auf 60 bis 70 Prozent seiner Gesamtbewohner/innen angestiegen ist, begrüßen wir die Möglichkeit, dass sich der Heimbeirat auch aus Angehörigen, Betreuern oder Vertretern von Behinderten- und Seniorenorganisationen zusammensetzen kann. Wir möchten darauf hinweisen, dass sich aus dieser Konstellation jedoch auch Interessenskonflikte ergeben können, denn die Interessen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen sind nicht automatisch identisch. Insgesamt hat sich die Heimmitwirkungsverordnung jedoch bewährt. Gegenwärtig ist unklar, ob die Kompetenz für die Bewohnermitwirkung nach der Föderalisierung des Heimrechts auf Bundesebene verbleibt oder aber in Länderkompetenz übergeht. Aus unserer Sicht gibt es auch Anhaltspunkte dafür, die Mitwirkung nach § 10 HeimG materiell dem Zivilrecht zuzuordnen und die Kompetenz dafür weiterhin auf Bundesebene zu belassen.

Wünschenswert unter dem Gesichtspunkt der Entbürokratisierung ist eine Verkürzung der für das Wahlverfahren zum Heimbeirat zu beachtenden Fristen, da der lange Vorlauf des Verfahrens bis zur eigentlichen Wahl die Arbeitskapazitäten der Heimleitung lange bindet.

Beibehalten werden sollte die Regelung in § 7 Abs. 4 HeimG und in § 85 Abs. 3 SGB XI, wonach das Heim rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen eine schriftliche Stellungnahme des Heimbeirats bzw. Heimfürsprechers beifügen muss. Diese Vorschrift ist vor dem Hintergrund der Stärkung der Mitwirkungsrechte der Heimbewohner/innen zu begrüßen und daher beizubehalten. Allerdings lässt die bisherige Formulierung offen, welcher Stellenwert der Stellungnahme des Heimbeirats in den Pflegesatzverhandlungen zukommt. So gibt es weder im HeimG noch im SGB XI eine Regelung für den Fall, dass der Heimbeirat mit der geplanten Entgelterhöhung nicht einverstanden ist und dies in seiner Stellungnahme bekundet. Um die Mitwirkungsrechte der Heimbewohner/innen zu stärken, soll daher explizit im Gesetzestext verankert werden, dass die Stellungnahme des Heimbeirats in die Entscheidung bei den Pflegesatzverhandlungen einzubeziehen ist.

Um die Mitwirkung, Mitbestimmung und das Beschwerdemanagement des Heimbeirats nachhaltig zu stärken, ist die Fortbildung der Heimbeiräte zu stärken. Auch externe fachliche Beratung des Heimbeirats durch Dritte muss im Einzelfall möglich sein. Diese Mitwirkungsrechte erfordern ein angemessenes finanzielles Budget. § 21 HeimmwV sieht bisher lediglich vor, dass die durch die Tätigkeit des Beirats entstehenden angemessenen Kosten durch den Träger finanziert werden. Die Kosten können bei Pflegesatzverhandlungen nicht in Ansatz gebracht werden. Für die Beratungs- und Unterstützungstätigkeit der Heimbeiräte könnten öffentliche Mittel bereitgestellt werden, die von den Heimaufsichtsbehörden verwaltet werden. Die Heimbeiräte könnten sich aus diesen Mitteln von den Verbraucherschutzzentralen beraten lassen.

## **Angemeldete und unangemeldete Prüfungen situationsadäquat einsetzen**

Prüfungen und Besichtigungen von Pflegeeinrichtungen können nach dem bisherigen SGB XI und HeimG jederzeit angemeldet, unangemeldet oder anlassbezogen erfolgen. Unangemeldete Prüfungen erfordern kurzfristig einen höheren Personaleinsatz als angemeldete Prüfungen, da die Prüfung Personalkapazitäten bindet, die eigentlich für die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen vorgesehen waren. Dennoch ist der etwas höhere Personalaufwand bei unangemeldeten Prüfungen hinzunehmen. Heimaufsichtsbehörde und MDK haben jedoch nicht nur den Auftrag zur Überwachung und Kontrolle, sondern auch zur Beratung, auch wenn dieser in der Praxis bisher kaum zum Tragen kommt. Ausschließlich unangemeldete Prüfungen werden diesem Beratungsauftrag nicht gerecht. Der Deutsche Caritasverband setzt sich daher für ein situationsadäquates Mischverhältnis zwischen angemeldeten und unangemeldeten Prüfungen ein. Wenn eine Einrichtung bei der MDK-Prüfung gute Prüfergebnisse erzielt oder aber ein Zertifikat vorlegen kann, soll die Prüfung angemeldet erfolgen. Wenn jedoch bei der Prüfung durch den MDK gehäufte Defizite festgestellt wurden, soll die betreffende Einrichtung unangemeldet geprüft werden. Der „Generalverdacht“ gegen die stationäre Pflege, der durch die Skandalberichterstattung der letzten Jahre genährt wurde, kann auf diese Weise in der öffentlichen Wahrnehmung ein Stück weit reduziert werden. Insgesamt fordern wir den Gesetzgeber auf, weiterhin die Rahmenbedingungen zur Stärkung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu fördern und positiv zu sanktionieren, indem die Prüfhäufigkeit von zertifizierten Einrichtungen entsprechend reduziert wird.

## **Die Definition der Pflegefachkraft erweitern**

Die Definition der Pflegefachkraft im SGB XI soll erweitert werden. Die Altenhilfestrukturen der Zukunft erfordern einen höheren Grad an Personalmix und eine stärkere Diversifizierung der Professionen einschließlich des Mischverhältnisses zwischen Fachkräften und Hilfskräften. Zu den Fachkräften sollen künftig bundeseinheitlich und für den stationären Bereich auch Sozialpädagogen/innen und Ergotherapeuten/innen mit einer gerontopsychiatrischen Zusatzqualifikation gehören, sofern sie in der Pflege in Einrichtungen mit einem besonderen Versorgungsvertrag, insbesondere in Einrichtungen mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt, eingesetzt werden.

Auch die Anerkennung von Fachkräften in Behinderteneinrichtungen, die unter das Heimgesetz fallen, ist bundeseinheitlich zu regeln. Da das HeimG für Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen gilt, definiert es in § 6 Fachkräfte und nicht nur Pflegefachkräfte. § 7 sieht vor, bei der Definition der Mindestanforderungen nach den §§ 2 bis 6 auch die Aufgaben bei der Betreuung, Förderung und Eingliederung behinderter Menschen zu berücksichtigen. Als Fachkräfte sind in der Behindertenhilfe primär pädagogische Fachkräfte wie Heilerziehungspfleger/innen, Erzieher/innen, Sozialpädagogen/innen und Heilpädagogen/innen anzuerkennen. Der Einsatz von Pflegefachkräften wie Altenpfleger/innen und Krankenpfleger/innen dagegen ist abhängig vom Pflegebedarf der jeweiligen Heimbewohner/innen. Diesen unterschiedlichen Bedarfen muss bei Prüfungen durch die Heimaufsicht Rechnung getragen werden. Gerade bei den für den Eingliederungsauftrag beson-

ders geeigneten kleinen, dezentral im Versorgungsgebiet verstreuten Wohneinheiten, treibt das Beharren auf einer Fachkraftpräsenz in Form einer Alten- oder Krankenpflegekraft die Kosten der Einrichtung in die Höhe, ohne dass die Betreuten hierdurch einen angemessenen Qualitätsgewinn erzielen können. In vielen Fällen würde eine Fachkraft in Rufbereitschaft ausreichen, um die notwendige Sicherheit zu gewährleisten.

Die Fachkraftquote soll auch weiterhin heimgesetzlich geregelt werden. Wir halten an der Richtgröße einer 50prozentigen Fachkraftquote fest. Die Fachkraftquote soll das fachliche Potenzial einer Einrichtung abbilden. Um künftig Rechtsunsicherheiten und Rechtsstreitigkeiten zu reduzieren, soll die Überprüfung der Quotierung nach einem einheitlichen Verfahren erfolgen. Die Definition der Quote soll sich dabei auf die Mitarbeiter/innen der Gesamteinrichtung und nicht auf einzelne Wohnbereiche oder auf das zum jeweiligen Zeitpunkt tatsächlich anwesende Personal beziehen. Nur auf diese Weise ist ein flexibler, an Betreuungskonzept und Bewohnerstruktur orientierter Personaleinsatz gewährleistet.

Zudem regen wir an, die in SGB XI und Heimgesetz unterschiedlich verwandten Begrifflichkeiten für die Pflegedienstleitung („verantwortliche Pflegefachkraft“ bzw. „Leiter des Pflegedienstes“) zu vereinheitlichen.

## **Harmonisierung der Regelungen im SGB XI und im Heimgesetz bzw. den Landesheimgesetzen**

Unterschiedliche Regelungen ein und desselben Sachverhalts im SGB XI und im Heimgesetz haben zu unnötigem bürokratischem Aufwand und zu Rechtsunsicherheiten geführt. Die Definition der Fachkraft wurde als Beispiel bereits oben ausgeführt. Weitere der Harmonisierung bedürftige Punkte sind die Regelungen zum Vertragsende nach Tod des Bewohners/der Bewohnerin und zur Entgelterhöhung.

### ***Vertragsende bei Tod des Bewohners***

Der Deutsche Caritasverband plädiert dafür, die in § 87a Abs. 1 SGB XI festgelegten Regelungen zum Vertragsende bei Tod des Bewohners an die in § 8 Abs. 8 HeimG festgelegten Fristen anzupassen. Denkbar ist es aus unserer Sicht, den Zeitraum von zwei Wochen für die Fortzahlung der Entgeltbestandteile für Wohnraum und Investitionskosten zu verkürzen, z.B. auf fünf Werktage. Die Vorschrift in § 87a Abs. 1 SGB XI, wonach die Zahlungspflicht der Heimbewohner bzw. Kostenträger mit dem Tag des Todes abrupt endet, wälzt hingegen die Folgekosten einseitig an den Heimträger ab. Dabei benötigen sowohl die Angehörigen des Verstorbenen als auch das Heim in der Praxis einige Tage, um das Zimmer des Verstorbenen für andere Heimbewohner wieder nutzbar zu machen: Den Angehörigen ist eine ausreichende und den Pietätserfordernissen entsprechende Möglichkeit für das Räumen des Wohnraums zu geben. Die Einrichtung muss in die Lage versetzt werden, eventuell erforderliche Schönheitsreparaturen durchzuführen, um das Zimmer weitervermieten zu können. Wir verweisen darauf, dass die Einrichtung Wohn- und Lebensmittelpunkt des Bewohners analog zu einer Wohnung im Miet- oder Eigentumsverhältnis war. Das Mietverhältnis regelnde Zivilrecht sieht ebenfalls nicht vor, dass das Mietverhältnis unmittelbar mit dem Tod eines Bewohners endet. Aus dieser grundsätzlichen Erwägung heraus sind auch im SGB XI und im Heimvertragsgesetz entsprechende Übergangsregelungen vorzusehen.

### ***Entgelterhöhung***

Die Regelungen zur Entgelterhöhung nach § 7 Abs. 3 HeimG und § 85 Abs. 6 führen ebenfalls immer wieder zu Rechtsstreitigkeiten. Während das HeimG fordert, dass vorgesehene Entgelterhöhungen dem Heimbewohner spätestens vier Wochen vor dem Zeitpunkt, zu dem sie wirksam werden sollen, schriftlich angekündigt werden müssen, sieht § 85 Abs 5. und Abs. 6 SGB XI vor,

dass Pflegesatzvereinbarungen und eventuelle Schiedsstellenentscheidungen zu den in diesen jeweils bestimmten Zeitpunkten in Kraft treten und sofort für Heimträger, Heimbewohner und Kostenträger verbindlich sind. § 8 Abs. 2 HeimG sieht zudem ein außerordentliches Kündigungsrecht für Heimbewohner bei Entgelterhöhungen für den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Erhöhung vor. Eine einheitliche gesetzliche Regelung im SGB XI und HeimG muss aus Sicht des Deutschen Caritasverbands zwei Kriterien erfüllen: 1. Sie muss dem Heimbewohner ermöglichen, frühzeitig über geplante Entgelterhöhungen informiert zu werden, um ggf. einen anderen Heimplatz suchen zu können. 2. Sie muss das Heim in die Lage versetzen, eine Entgelterhöhung wirksam umzusetzen, sofern diese bei Einhaltung der vierwöchigen Ankündigungsfrist den tatsächlich angekündigten Erhöhungsumfang nicht überschreitet. Dies ist in aller Regel gegeben, denn meist wird den Bewohnern bei bevorstehenden Pflegesatzverhandlungen ein höheres Entgelt angekündigt als tatsächlich nach Beendigung der Verhandlungen erzielt werden kann. Wir regen daher eine gesetzliche Klarstellung in § 85 SGB XI an, die den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Entgelterhöhung so bestimmt, dass eine geplante Entgelterhöhung, die mindestens vier Wochen vor dem vorgesehenen Erhöhungstermin angekündigt war, auch wirksam umgesetzt werden kann. Wir verweisen darauf, dass auch bei einer zukünftigen Regelung heimgesetzlicher Vorschriften auf Länderebene die Bestimmungen über die Entgelterhöhung als Bestandteil des Heimvertragsrechts bundeseinheitlich zu regeln sind.

## **Wirtschaftlichkeitsprüfungen beschränken**

§ 79 Abs. 1 Satz 1 SGB XI sieht vor, dass die Pflegekassen grundsätzlich die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflegeleistungen prüfen lassen können. Zur Einleitung einer Prüfung müssen keine konkreten Anhaltspunkte vorliegen. Da nach § 11 Abs. 2 Ziffer 4 ein Heim aber nachweislich nur betrieben werden darf, wenn die Gewähr der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit insgesamt gegeben ist und § 11 Abs. 4 bei Zweifeln daran der Heimaufsichtsbehörde Prüfbefugnisse einräumt, halten wir die Möglichkeit einer zusätzlichen Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeleistung für entbehrlich. Die Einleitung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen § 79 SGB XI sollte daher darauf beschränkt werden, dass die Pflegekassen nur dann Prüfungen einleiten können, wenn Anhaltspunkte für die Nichterfüllung des Versorgungsvertrags nach § 72 Abs. 3 Satz 1 bestehen. Regelmäßig mögliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI werfen zudem das Problem auf, dass sie in einem grundlegenden Widerspruch zu prospektiv für den Pflegesatzzeitraum vereinbarten Preisen stehen. § 79 SGB XI ist daher entsprechend anzupassen.

## **Pflegedokumentation nicht standardisieren**

Verschiedene Bundesländer streben derzeit an, die Pflegedokumentationen zu standardisieren, um den Umfang der Dokumentationspflichten zu reduzieren und das Dokumentieren effizienter zu machen. Das Problem der in der Praxis häufig anzutreffenden Überdokumentation ist jedoch oft Ausdruck der Sorge vor den haftungsrechtlichen Folgen nicht ausreichend dokumentierten Pflegehandels. Dieses Problem kann auch durch Standardisierung und Reduzierung der Dokumentationspflichten nicht gelöst werden. Anzustreben ist hingegen eine höhere Effizienz der Pflegedokumentation. Pflegemodell, Pflegeplanung und Pflegehandlungen müssen eng aufeinander bezogen werden. Dabei muss es auch weiterhin der einzelnen Einrichtung überlassen bleiben, welches Pflegemodell sie zur Anwendung bringt und welches Dokumentationssystem sie entsprechend anwendet. Bundeseinheitliche Kriterien für die Pflegedokumentation halten wir nicht für zielführend. Sollte der Gesetzgeber dennoch diesen Weg beschreiten, soll die Definition von einheitlichen Kriterien Aufgabe der Vertragsparteien nach § 80 SGB XI sein.

Neben der Pflegedokumentation sollten auch die in Einrichtungen tätigen Ärzte zur Dokumentation ihrer Diagnosen, Interventionen und behandlungspflegerischen Verordnungen verpflichtet werden. Vor allem die Anordnungen der Ärzte an die Pflegekräfte müssen schriftlich dokumentiert werden.

## **Erforderlichkeit und Praxistauglichkeit von der Anzeige-, Aufbewahrungs- und Aufzeichnungspflichten**

Der Gesetzesantrag des Landes Baden-Württemberg (BR-Drs 243/06), der eine Reduzierung der Anzeigepflichten nach § 12 HeimG und der Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten nach § 13 HeimG vorsah, weist in die richtige Richtung. Auch wenn die beiden im Antrag der FDP genannten Paragraphen künftig möglicherweise nicht mehr durch ein bundeseinheitliches Heimgesetz, sondern auf Landesebene geregelt werden, möchten wir kurz dazu Stellung nehmen. Sinnvoll ist aus unserer Sicht die Streichung folgender Ziffern:

- § 12 Abs. 1, Ziffer 4: Da die Angaben zur vorgesehenen Mitarbeiterzahl nicht in Relation zu anderen Strukturmerkmalen, wie z.B. Anzahl der Bewohner, gesetzt werden, ist nicht ersichtlich, welchen Zweck eine solche Angabe macht.
- § 12 Abs. 1, Ziffer 5: Die Anzeigepflicht sollte sich auf das Leitungspersonal (Heimleitung, Pflegedienstleitung) beschränken und hier auf den Namen und die berufliche Ausbildung.
- § 12 Abs. 1, Ziffern 7-9: Diese Angaben werden bereits den Kostenträgern für die Pflege-satzverhandlungen nach § 85 SGB XI unterbreitet und sind daher gedoppelt. Sie sind im HeimG redundant und daher zu streichen.
- § 12 Abs. 1, Ziffer 10: Unterlagen zur Finanzierung der Investitionskosten.
- § 12 Abs. 3: Die Anzeigepflicht gemäß § 12 Abs. 3 sollte auf wesentliche Änderungen beschränkt bleiben, wie z.B. der Änderung der Nutzungsart des Heims oder Personalveränderungen in der Heimleitung oder Pflegedienstleitung.
- § 13 Abs. 1, Ziffer 5: Das Heim ist aus haftungsrechtlichen Gründen zur Dokumentation von Erhalt, Aufbewahrung und Verabreichung von Arzneimitteln und zur Fortbildung der Mitarbeiter im sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln verpflichtet. Diese Vorschrift ist daher entbehrlich.

Insgesamt sollten die Anzeigepflichten nach § 12 Abs. 1 abschließenden Charakter haben.

## **Entbürokratisierungspotenziale in der ambulante Pflege**

Auch wenn sich die dieser Anhörung zu Grunde liegende Drs. 16/672 auf die Entbürokratisierung in der stationären Pflege konzentriert, möchten wir darauf verweisen, dass es auch in der ambulanten Pflege überflüssige Bürokratie mit einem hohen Maß an Deregulierungspotenzial gibt. Zentral möchten wir auf folgende Punkte verweisen:

- **Genehmigungsvorbehalt in der häuslichen Krankenpflege:** Ein Großteil der Verordnungen häuslicher Krankenpflege wird momentan durch den Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen verkürzt, eingeschränkt oder zurückgewiesen. Die Ausgaben, die durch dieses bürokratische Verfahren sowohl bei den Krankenkassen und Pflegediensten entstehen, sind immens. Daher sollte der Genehmigungsvorbehalt auf den begründeten Einzelfall, den der MDK auf die Notwendigkeit der ärztlichen Verordnung überprüfen können soll, begrenzt werden.
- **Aufhebung der regelhaften Begrenzung der Erstverordnung auf 14 Tage:** Die Begrenzung der Erstverordnung für eine Maßnahme der Häuslichen Krankenpflege gilt auch für Patienten mit einem erwartbaren dauerhaften und relativ stabilen Versorgungsbedarf, wie z.B. für Diabetiker mit intensivierter Insulintherapie oder Menschen mit chronischen Wunden. Diese Begrenzung führt zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand durch unvermeid-

lich notwendige Folgeverordnungen. Für die Personengruppe mit einem medizinisch erwartbaren dauerhaften Behandlungsbedarf ist die Begrenzung der Erstverordnung auf 14 Tage in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 6 SGB V daher aufzuheben.

- **Verzicht auf den Versand von Urbelegen:** Auch nach Einführung des elektronischen Datenträgeraustausches fordern die Kranken- und Pflegekassen weiterhin die Mitsendung der Urbelege sowie eines zusätzlichen Begleitzettels. Dieser bürokratische Mehraufwand für die Pflegedienste könnte durch Einführung elektronischer Kodierzeichen für die Urbelege vermieden werden, die im Datensatz der Abrechnung wiederkehren. Im Gegenzug sollen die Einrichtungen die Unterlagen 5 Jahre lang zu Prüfzwecken vorhalten. Zur Vereinfachung des Aufwands sollen die Kranken- und Pflegekassen aller Kassenarten zu einem gemeinsamen Zeitpunkt mit dem elektronischen Datenaustausch beginnen müssen.

Prof. Dr. Georg Cremer  
Generalsekretär  
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik

**Kontakt:**

Dr. Elisabeth Fix  
Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik  
Deutscher Caritasverband e. V.  
Berliner Büro  
Reinhardtstraße 13  
10117 Berlin  
Telefon: 030 284447-46  
E-Mail: [elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de).