

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0124(17)  
gel. VB zur Anhörung am 9.5.  
11\_Infektionsschutzgesetz  
02.05.2011



**Bundesverband privater Anbieter  
sozialer Dienste e.V.  
(bpa)**

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf  
der Fraktionen der CDU/CSU und FDP  
zur  
Änderung des Infektionsschutzgesetzes  
und weiterer Gesetze**

**(Bundestags-Drucksache 17/5178)**

sowie zu dem

**Antrag der Fraktion der SPD „Besserer Schutz vor Krankenhausinfektionen durch mehr Fachpersonal für Hygiene und Prävention“ (Drucksache 17/4452),**

**dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Krankenhausinfektionen vermeiden – Tödliche und gefährliche Keime bekämpfen“ (Drucksache 17/4489) und**

**dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Prävention von Krankenhausinfektionen verbessern“ (Drucksache 17/5203)**

**und zur Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (Bundesrats-Drucksache 150/11 (Beschluss))**

Berlin, 2. Mai 2011

## Vorbemerkung

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme und unterstützt grundsätzlich die Anliegen des vorliegenden Gesetzentwurfs von CDU/CSU und FDP.

Mit über 3.100 Pflegediensten, die ca. 150.000 Patienten betreuen, und mehr als 3.400 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 222.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede vierte Pflegeeinrichtung bundesweit. Der bpa nimmt vor diesem Hintergrund nachfolgend Stellung zu folgenden Regelungen des Entwurfs von CDU/CSU und FDP:

1. Änderung des Infektionsschutzgesetzes
2. Beteiligung des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung (PKV) an den Qualitätsprüfungen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
3. Einführung einer Schiedsstellenlösung für die Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV)

Im Zusammenhang damit schlägt der bpa darüber hinaus folgende weitere Änderungen vor:

4. Schaffung einer Schiedsstelle für die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR)
5. Rechtssichere Klarstellung über den Kreis der zu beteiligenden Verbände an den Vereinbarungen des SGB XI

Nach der Positionierung zu dem Gesetzentwurf von CDU/CSU und FDP erfolgt die Stellungnahme zu den Anträgen der SPD, der LINKEN und von BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN. Abschließend wird die Stellungnahme des Bundesrates bewertet.

## Positionen des bpa

Der bpa plädiert für einige Klarstellungen beim Infektionsschutzgesetz und begrüßt nachdrücklich die Beteiligung des PKV-Prüfdienstes an den Qualitätsprüfungen. Bei der Schiedsstellenlösung für die PTV plädiert der bpa für eine Verlängerung der Anrufungsfrist auf sechs Monate. Zur Beseitigung bestehender Rechtsunsicherheiten sollte auch für die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) eine Schiedsstellenlösung geschaffen werden. Außerdem sollte präzisiert werden, dass an den Verhandlungen zur PTV nur die *maßgeblichen* Verbände der Leistungserbringer zu beteiligen sind.

I. Zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

1.) Zu Artikel 1, Änderung des Infektionsschutzgesetzes

**Nosokomiale Infektionen**

Ziffer 8  
§ 23 IfSG  
S. 7 ff., Begründung S. 27 ff.

Der bpa begrüßt es nachdrücklich, dass CDU/CSU und FDP mit dem vorliegenden Entwurf die Krankenhaushygiene verbessern wollen. Nicht nur im Krankenhaus selbst, sondern auch in nachsorgenden Einrichtungen wie Pflegeheimen bereiten Patienten mit Infektionen, die sie im Krankenhaus erworben haben, derzeit erhebliche Probleme mit den Folgen mangelnder Krankenhaushygiene. Zu Recht verweist deshalb der Gesetzentwurf (S. 2 oben und in der Begründung auf S. 20, 1. Absatz) darauf, dass bei erfolgreicher Umsetzung mittelfristig auch eine Reduzierung der MRSA-Besiedlung in Heimen zu erwarten ist.

2.) Zu Artikel 5, Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

a) **Beteiligung des PKV-Prüfdienstes an den Qualitätsprüfungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen**

Ziffern 1 bis 6  
§§ 97c, 112, 114, 114 a, 115, 117 SGB XI  
S. 14 ff.; Begründung S. 39 ff.

Der bpa begrüßt die vorgesehenen Regelungen uneingeschränkt. Bereits im Gesetzgebungsverfahren zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 hat sich der bpa dafür eingesetzt, dass weitere Prüforganisationen gleichwertige Prüfungen durchführen können. **Der bpa setzt sich für gleiche Prüfanforderungen ein; aber dafür braucht es kein Monopol für die Prüfer.** Monopole behindern den konstruktiven Dialog um die Weiterent-

wicklung des Systems. Konkurrierende Anbieter bereichern die Debatte, wie durch die Ausgestaltung der Prüfung als externe Qualitätssicherung die Leistungen für die Betroffenen wirksam verbessert werden können, ohne dass vermeidbare bürokratische Auswirkungen die für die Pflege und Betreuung zur Verfügung stehende Zeit unangemessen kürzen. Der Blick des externen Prüfers ist hilfreich für alle. Konkurrenz fördert intelligente Lösungen, Monopole fördern unangreifbares Expertentum. Die Hauptuntersuchung für das Auto wurde früher auch nur durch den TÜV durchgeführt. Heute wird niemand behaupten, dass die Sicherheit gelitten hat, weil weitere Sachverständigenorganisationen nach gleichen Bedingungen prüfen.

Konkurrenz dürfte auch an anderer Stelle hilfreich sein. Die **hohen Kosten** der den Pflegeeinrichtungen in Rechnung gestellten Wiederholungsprüfungen bestimmen sich heute nicht im Wettbewerb, sondern aus der Kalkulation des einzigen Anbieters. Statt einen nicht unbeträchtlichen Teil der vorhandenen Prüfstrukturen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) zu finanzieren, ist es aus Sicht des bpa richtig, wenn künftig Qualitätsprüfungen nach einheitlichen Bedingungen auch die Prüfer der privaten Krankenversicherung (PKV) durchzuführen. Die bisherige Regelung, wonach die Prüfung der Ergebnisqualität stets durch den MDK durchzuführen ist, hat 2008 das Monopol des MDK verlängert.

Zur Beurteilung der Qualität wünscht sich der bpa aber noch eine deutlich stärkere Einbeziehung der Pflegefachkräfte vor Ort. Sie sind es, die jeden Tag beim Patienten oder beim Bewohner sind. Sie sind auch diejenigen, die ihre Arbeit inhaltlich darlegen können. Und sie sind diejenigen, die sich immer dann ungerecht behandelt fühlen, wenn die Dokumentation wichtiger sein soll als die durch ihre professionelle Tätigkeit erreichte Ergebnisqualität und die damit verbundene Lebensqualität. Messbar wird aber insbesondere die Lebensqualität immer erst dann, wenn die pflegebedürftigen Menschen selbst nicht mehr als Objekt der Prüfung, sondern als Subjekt – verbunden mit ihrer Feststellung zur erlangten Lebensqualität – befragt und in Augenschein genommen werden.

## **b) Schiedsstellenregelung für die Pflege- Transparenzvereinbarungen**

Ziffer 5 b), cc)  
§ 115 Abs. 1 a, S. 9 - 13 SGB XI  
S. 16, Begründung S. 42 f.

Der Gesetzgeber hat mit der letzten Pflegereform, dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, die Qualitätsentwicklung in der Pflege weiter voran getrieben und die Transparenz erhöht. Dazu wurden im Rahmen

der Selbstverwaltung die Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) mit dem System der Pflegenoten in äußerst knapper Zeit entwickelt, verabschiedet und in der Praxis der Qualitätsprüfungen bundesweit umgesetzt. Die zentrale Botschaft der begleitenden wissenschaftliche Evaluation lautete: **Derzeit gibt es weder nationale noch internationale Erkenntnisse zu Transparenzsystemen, die sich kurzfristig als Alternative zu den Pflegenoten anbieten.** Wenn sich Verbraucher über die Leistungsqualität von Heimen und Pflegediensten informieren, eine Übersicht und Vergleichsmöglichkeiten erhalten wollen, bieten die Pflegenoten – ungeachtet ihres Überarbeitungsbedarfs – eine gute Orientierung.

Die Vertragspartner der PTV haben nach Vorliegen des Evaluationsberichtes bekräftigt, in einem ersten Schritt den erkannten und notwendigen Verbesserungsbedarf auch umzusetzen. Hieran arbeiteten die Vertragspartner sehr intensiv, allerdings wirkte es sich nicht erleichternd aus, dass wenige Trägerverbände diese Bemühungen nicht unterstützten und somit auch den Arbeitsgruppen und Verhandlungen fern blieben. Um die **Pflegenoten im Sinne der Verbraucher sinnvoll weiterzuentwickeln**, sind neben kurzfristigen auch mittel- und langfristige Veränderungen notwendig und sinnvoll. Diese gemeinsame Überzeugung der Mehrheit der Vertragspartner wurde durch den Evaluationsbericht, die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats sowie durch bisherige praktische Erfahrungen aus den Qualitätsprüfungen untermauert.

Gerade weil Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sich ihrer vom Gesetzgeber übertragenen Verantwortung bewusst waren und sind, sollten erste **konkrete Schritte für kurzfristige Veränderungen** gegangen werden. Folgen müssen mittel- und langfristige Schritte, sodass am Ende ein auf einer wissenschaftlichen Basis aufsetzendes nutzerfreundliches Instrument steht, das Verbraucher schnell und verlässlich über die Qualität einzelner Pflegeeinrichtungen informiert.

Zu berücksichtigen ist, dass das jetzige Verfahren zur Prüfung der Qualität und zur Veröffentlichung eine nie dagewesene Information der Verbraucher zu allen relevanten Bereichen sowohl in der ambulanten als auch der stationären Pflege erst ermöglicht hat. Zu berücksichtigen ist ferner, dass

- die Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien geprüft werden,
- alle relevanten Qualitätsbereiche von dieser Prüfung umfasst sind und
- die Pflegeeinrichtungen diese wichtigen Anforderungen - auch bei unangemeldeten Prüfungen - nahezu durchgängig erfüllen.

Insofern ist es unverständlich und auch nicht angemessen, dass nicht die hieraus begründete Wertschätzung für die geleistete Pflege und Betreuung die öffentliche Diskussion bestimmt, sondern stattdessen Detailkritik.

Nach monatelangen Gesprächen sind die Verhandlungen zur Weiterentwicklung der Pflegenoten für Pflegeheime vorerst durch den Ausstieg zweier Trägerverbände gescheitert. Für eine Weiterentwicklung der Pflegenoten ist nach den gesetzlichen Vorgaben die Zustimmung aller Vertragspartner notwendig.

Da eine einvernehmliche Vereinbarung nicht mehr zu erreichen war, ist der jetzt von der Bundesregierung vorgesehene Konfliktlösungsmechanismus in Form einer **Schiedsstelle** für die PTV aus Sicht des bpa **die richtige Antwort**. Der bpa begrüßt insbesondere die schnelle Umsetzung. Damit wird die zügige Weiterentwicklung der Kriterien für die Veröffentlichung von Transparenzberichten einschließlich der Bewertungssystematik ermöglicht.

Die jetzt vorgesehene Regelung besteht aus vier Elementen, zu denen der bpa nachfolgend im einzelnen Stellung nimmt:

- aa) 3 Monate Verhandlungsfrist:** Kommt eine einvernehmliche Einigung drei Monate nach Aufforderung durch einen Verhandlungspartner nicht zustande, kann jeder Vereinbarungspartner die Schiedsstelle nach § 113 b SGB XI anrufen.

Aus Sicht des bpa ist die vorgesehene Frist zu kurz. Um die notwendigen Klärungsprozesse herbeiführen zu können und um zu vermeiden, dass es ohne ernsthafte Verhandlungen zu einem Schiedsverfahren kommt, sollte hier die bewährte Frist von sechs Monaten verankert werden. Dieses entspräche auch dem Zeitrahmen, der für die Anrufung der Schiedsstelle bei Rahmenvertragsverhandlungen gilt (§ 75 Abs. 4 SGB XI). Da zudem ohnehin die Möglichkeit der Fristverkürzung (s. unten) vorgesehen ist, bedarf es an dieser Stelle keiner von der üblichen Praxis abweichende Frist.

- bb) Fristverkürzung:** Die Frist von drei Monaten entfällt, wenn nach einer Beratung aller Vereinbarungspartner der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und mindestens zwei Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene die Schiedsstelle einvernehmlich anrufen.

Vor dem Hintergrund einer für neue Verhandlungen angemessenen Frist von aus unserer Sicht sechs Monaten dürfte eine Option auf Fristverkürzung nur in absoluten Ausnahmefällen Bedeutung erlangen. Eine solche Ausnahmesituation könnte gegeben sein, wenn strittige Gegenstände tatsächlich ausreichend verhandelt wurden und ein Abwarten einer Frist letztlich nur aus grundsätzli-

chen Erwägungen erfolgt, obwohl ein Verhandlungsfortschritt nicht erwartet wird. Große Bedenken hat der bpa allerdings hinsichtlich der vorgesehenen Konstruktion, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und **mindestens zwei Vereinigungen der Leistungserbringer** auf Bundesebene die Schiedsstelle einvernehmlich anrufen können. Diese Regelung ist zu unspezifisch, da sie es unabhängig von der Anzahl der repräsentierten Pflegeeinrichtungen auch zwei Kleinstverbänden ermöglichen würde, maßgeblichen Einfluss auf das Verfahren zu nehmen. Um dieses auszuschließen, schlägt der bpa vor, dass die Fristverkürzung nur ermöglicht wird, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und **mindestens zwei maßgebliche Vereinigungen der Leistungserbringer** auf Bundesebene die Schiedsstelle einvernehmlich anrufen. Zur Definition der maßgeblichen Vereinigungen hat der bpa einen Vorschlag erstellt (s. unten).

**cc) Entscheidungsfrist:** Die Schiedsstelle soll innerhalb von drei Monaten entscheiden

Der vorgesehene Zeitraum für die Entscheidung der Schiedsstelle ist aus Sicht des bpa sachgerecht.

**dd) Fortgeltung:** Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gelten die bestehenden PTV fort.

Der bpa begrüßt die vorgesehene Regelung zur Fortgeltung. Dadurch kann vermieden werden, dass es zu einem vereinbarunglosen Zustand kommt. Damit ist auch sichergestellt, dass die bereits bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen bei einem kommenden Schiedsverfahren weiterhin gelten.

Der bpa setzt sich nachdrücklich dafür ein, auch bei den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI) eine Fortgeltung der Schiedsstellenregelung zu verankern. Bisher sieht § 113 Abs. 3 SGB XI nur vor, dass die Schiedsstelle nach § 113 b SGB XI ange-rufen werden kann, wenn die Vereinbarungen bis zum 31. März 2009 ganz oder teilweise nicht zustande kommen. Um künftig bei Auseinandersetzungen bei einer Veränderung oder Neufassung der Gemeinsamen Grundsätze die Schiedsstelle anrufen zu können, sollte in § 113 Abs. 3 SGB XI folgende Änderung vorgenommen werden:

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

...

(3) Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. März 2009 ganz oder teilweise nicht zustande, kann jede Vertragspartei oder das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Schiedsstelle setzt mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarungen fest. **Sätze 1 und 2 gelten auch für Vereinbarungen, mit denen bestehende Vereinbarungen geändert oder durch neue Vereinbarungen abgelöst werden sollen, sofern die Vereinbarungspartner sich nicht innerhalb von sechs Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, einigen können.**

### **c) Schiedsstelle für die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR)**

Während die Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) von der Selbstverwaltung vereinbart werden – und jetzt für diese eine Schiedsstellenregelung geschaffen werden soll – gelten bisher andere Regelungen für die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR). Nach § 114 Abs. 7 SGB XI beschließt alleine der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die „Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114“ (Qualitätsprüfungsrichtlinien – QPR). Die derzeit gültigen QPR bestehen aber hinsichtlich der bei der Bewertung zu berücksichtigten Kriterien zur Hälfte aus den Fragen, die derzeit auch über die PTV geprüft werden. Die Fragen der PTV, die für die Beurteilung der Pflegeleistungen entscheidend sind, sind allerdings in der QPR nicht vollständig, wie nach § 115 Abs. 1a SGB XI vereinbart, umgesetzt worden. Entsprechend § 114 SGB XI werden die PTV-Kriterien im Rahmen einer QPR-Prüfung geprüft und bewertet. Faktisch wird durch die Entkoppelung der nach § 115 Abs. 1a SGB XI vereinbarten Prüfungen und deren Bewertung von dem in der Prüfung angewendeten und einseitig durch den GKV-Spitzenverband festgelegten Prüfkatalog nach den QPR **der Selbstverwaltung die Operationalisierung der PTV-Prüfung entzogen.**

Daher haben alle Verbände der Leistungserbringer eine Klage gegen die QPR-Anlage 1 und QPR-Anlage 2 eingereicht. Um solche gerichtlichen Auseinandersetzungen künftig zu vermeiden, sollten auch die QPR im Rahmen der Selbstverwaltung vereinbart werden und mit einem Konfliktlösungsmechanismus (Schiedsstellenregelung) versehen werden.

Die Vereinbarung der PTV durch die Selbstverwaltung und die Verankerung einer Schiedsstelle ist sachgerecht. Eine Umgehung dieser Vereinbarung bzw. der Schiedsstellenentscheidung durch die einseitige Festlegung abweichender Inhalte über die QPR sollte allerdings ausgeschlossen

werden. Diese Grundsätze – **Vereinbarung durch die Selbstverwaltung und Installation einer Schiedsstelle** – sollten daher auch auf die QPR übertragen werden.

Zur Umsetzung dieses Vorschlags schlägt der bpa folgende Gesetzesänderung vor:

§ 114a Durchführung von Qualitätsprüfungen

(1) bis (6)

**(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die maßgeblichen Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum ... gemeinsam und einheitlich Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 einschließlich der Operationalisierung der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Abs. 1. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, welche die Anforderungen nach § 113 Abs. 1 Sätze 2 und 3 nicht erfüllen, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sind zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.**

**(8) Die Vereinbarungen nach Absatz 7 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gelten die Vereinbarungen bis zum Abschluss neuer Vereinbarungen weiter.**

**(9) Kommen Vereinbarungen nach Absatz 7 innerhalb von sechs Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 113b festgesetzt. Dies gilt auch für Vereinbarungen, mit denen bestehende Vereinbarungen geändert oder durch neue Vereinbarungen abgelöst werden sollen.**

#### d) Rechtssichere Klarstellung über den Kreis der zu beteiligenden Verbände an den Vereinbarungen des SGB XI

##### Vorschlag des bpa:

Über die bisher im Gesetzesentwurf vorgesehenen Regelungen hinaus setzt sich der bpa dafür ein, künftig nur die „maßgeblichen“ Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an den Vereinbarungen des SGB XI zu beteiligen. Als maßgeblicher Verband auf Bundesebene soll gelten, wer

- in 75 % der Bundesländer (also 12 der 16 Länder) mindestens
- 5 % der jeweiligen Pflegeeinrichtungen repräsentiert.
- Sofern sich Vereinbarungen nur auf den ambulanten Bereich oder nur auf den stationären Bereich beziehen, sollen die 5 % jeweils für den jeweiligen Bereich Anwendung finden.

##### Begründung:

In der deutschen Pflegelandschaft gibt es eine Vielzahl verschieden strukturierter Interessengruppen, deren Zielsetzung, Mitgliederaufkommen und Organisationsgrad sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Nicht wenige dieser Vereinigungen sind rein regionale Interessenvertretungen. Andere Verbände repräsentieren gezielt nur Anbieter bestimmter Versorgungsbereiche, etwa nur ambulante Pflegedienste oder aber lediglich Träger stationärer Pflegeeinrichtungen. Vereinsrechtlich ist es jeder noch so kleinen Vereinigung frei gestellt, sich satzungsmäßig als Bundesverband darzustellen – unabhängig davon, in welchem tatsächlichen Ausmaß sie Mitglieder über das gesamte Bundesgebiet vertritt.

Diese Rechtslage birgt beim gegenwärtigen Wortlaut des § 113 Abs. 1 SGB XI die **Gefahr einer latenten Rechtsunsicherheit in Bezug auf das rechtmäßige Zustandekommen** der nach Abs. 1 zu entwickelnden Qualitätsmaßstäbe und -grundsätze, da während der Entwicklung und auch noch danach kleine und regionale Verbände über eine entsprechend gestaltete Satzung eine Bundesvertretung für sich reklamieren könnten und mit Anzeige ihrer fehlenden Beteiligung am Entwicklungsprozess die Rechtmäßigkeit zustande gekommener Vereinbarungen in Frage stellen könnten.

Um dieser Gefahr adäquat entgegenzuwirken, sollte durch eine **Definition maßgeblicher Trägervereinigungen von Pflegeeinrichtungen** die Arbeitsfähigkeit der hierbei mitgestaltenden Trägervereinigungen auf einer rechtssicheren Grundlage gesetzlich klargestellt werden.

Mit einer **Repräsentanz in  $\frac{3}{4}$  aller Bundesländer** wird sichergestellt, dass nicht begrenzte, sektorale Interessen vertreten werden, sondern eine übergeordnete, auf die Verhältnisse der Mehrzahl aller Pflegeanbieter im Bundesgebiet angepasste Vertretung erfolgt.

Über das **Quorum von lediglich 5 % an Mitgliedern im jeweiligen Bundesland** wird in quantitativer Hinsicht einerseits ein Mindestmaß an Interessenwahrnehmung sichergestellt und andererseits auch kleineren Vereinigungen neben größeren Verbänden mit deutlich mehr Mitgliedern bei gleichem Stimmgewicht die Teilnahme auf Bundesebene ermöglicht. Ein solches Quorum ist dem SGB XI auch nicht unbekannt. Bereits in den Vergütungsbestimmungen zu den §§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2 SGB XI ist aus Gründen der Arbeitsfähigkeit und Praktikabilität auf Seiten der Kostenträger ein Quote von 5 % gesetzlich eingeführt worden und hat sich seither grundsätzlich bewährt.

In diesem Zusammenhang kommt es darüber hinaus wesentlich darauf an, dass Trägervereinigungen, die die **Interessen lediglich eines der beiden Versorgungsgebiete (stationär oder ambulant) wahrnehmen**, auch nur in dem jeweiligen Versorgungsbereich als Trägerverband auf Bundesebene einbezogen werden. Schließlich soll durch eine angemessene Beteiligung entsprechend sachkundiger Organisationen die fachliche Nähe in Bezug auf die zu regelnde Materie gewährleistet werden. Das ist bislang nicht im ausreichenden Maße der Fall.

Für Verbände, die die Voraussetzungen einer maßgeblichen Trägervereinigung nicht erfüllen, schlägt der bpa ein Beteiligungsrecht vor.

Zur Umsetzung des Vorschlags wären §§ 113 – 115 SGB XI wie folgt zu ändern:

#### § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) <sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die **maßgeblichen Verbände** der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich ~~unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger~~ Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das

auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. <sup>2</sup>**Ein Verband der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist maßgeblich im Sinne des Elften Kapitels, wenn er in wenigstens fünfundsiebzig vom Hundert der Bundesländer jeweils wenigstens fünf vom Hundert aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen vertritt.** <sup>3</sup>**Soweit Vereinbarungen für die ambulante und die stationäre Pflege gesondert getroffen werden, ist für die Beurteilung der Maßgeblichkeit nach Satz 2 auf die für den jeweiligen Versorgungsbereich zugelassenen Pflegeeinrichtungen abzustellen.** <sup>4</sup>**Die Vereinbarungen sind unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, welche die Anforderungen nach den Sätzen 2 und 3 nicht erfüllen, der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger zu treffen.**

(1a) Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln

1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen,
2. an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 4 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie
3. an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen.

(2) ...

(3) ...

## **Folgeänderungen**

### § 113 a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimm-

ter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., **die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, welche die Anforderungen nach § 113 Abs. 1 Sätze 2 und 3 nicht erfüllen**, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Sie können vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen. Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien. Kommen solche Beschlüsse nicht zustande, kann jede Vertragspartei sowie das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Ein Beschluss der Schiedsstelle, dass ein Expertenstandard gemäß der Verfahrensordnung nach Absatz 2 zustande gekommen ist, ersetzt den Einführungsbeschluss der Vertragsparteien.

(2) ...

(3) ...

(4) ...

#### Begründung:

Folgeänderung zu § 113 Abs. 1 SGB XI.

#### § 113 b Schiedsstelle Qualitätssicherung

(1) ...

(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der **maßgeblichen Verbände** der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden die unparteiischen Mitglieder und ihre Vertreter bis zum 31. Oktober 2008 durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände an; sie werden auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Der

Schiedsstelle kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören, dieser wird auch auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. ~~Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann der Schiedsstelle unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen angehören.~~ **Der Schiedsstelle können Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, welche die Anforderungen nach § 113 Abs. 1 Sätze 2 und 3 nicht erfüllen, sowie ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen angehören.** Soweit die beteiligten Organisationen bis zum 30. September 2008 keine Mitglieder bestellen, wird die Schiedsstelle durch die drei vom Präsidenten des Bundessozialgerichts berufenen unparteiischen Mitglieder gebildet.

(3) ...

(4) ...

#### Begründung:

Folgeänderung zu § 113 Abs. 1 SGB XI.

#### § 114 Qualitätsprüfungen

(1) ...

(2) ...

(3) ...

(4) Liegen den Landesverbänden der Pflegekassen Ergebnisse zur Prozess- und Strukturqualität aus einer Prüfung vor, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde, so haben sie den Umfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern. Voraussetzung ist, dass die vorgelegten Prüfergebnisse nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1a Satz 3 Nr. 2 und 3 festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als ein Jahr zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a veröffentlicht werden. Eine Prüfung der Ergebnisqualität durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist stets durchzuführen.

(5) ...

## § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

(1) unverändert

(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden. Personenbezogene und personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. Die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die **maßgeblichen Verbände** der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bis zum 30. September 2008 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu vereinbaren. **Die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, welche die Anforderungen nach § 113 Abs. 1 Sätze 2 und 3 nicht erfüllen, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind frühzeitig zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Kommt eine Festlegung über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik bis zum 30. September 2008 nicht zustande, werden sie auf Antrag eines Vereinbarungspartners oder des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2008 durch die Schiedsstelle nach § 113b festgesetzt.**

- (2) ...
- (3) ...
- (4) ...
- (5) ...
- (6) ...

Begründung:

Folgeänderung zu § 113 Abs. 1 SGB XI.

**II. Zu dem Antrag der Fraktion der SPD (Drucksache 17/4452), der Fraktion DIE LINKE. (Drucksache 17/4489) und dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 17/5203)**

Die Anträge beziehen sich vorrangig nicht auf Pflegeeinrichtungen, sondern auf notwendige Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen und zur Verhinderung von Antibiotika-Resistenzen. Der bpa begrüßt, dass die Anträge damit den Schwerpunkt auf den Entstehungsort der Infektionen, das Krankenhaus, legen und von einer Anwendung von Krankenhausstandards auf Pflegeeinrichtungen absehen. Das ist sachgerecht, da für Pflegeeinrichtungen bereits heute umfangreiche Hygienestandards gelten.

Im Antrag der SPD-Fraktion wird allerdings gefordert, dass die Bundesregierung die Bundesländer unterstützen soll, eigene Hygieneverordnungen zu erlassen, die an die Behandlungsabläufe u.a. in pflegerischen Einrichtungen angepasst sein sollen. Die Überwachung und Entwicklung von hygienischen Standards ist bereits eine kontinuierliche Aufgabe in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und wird bereits vielfach überprüft. Der MDK, die Heimaufsicht, das Gesundheitsamt und die Lebensmittelkontrolle prüfen regelmäßig die Einhaltung der bereits vorhandenen Hygienepläne und Hygienevorschriften.

**III. Zur Stellungnahme des Bundesrates (Drucksache 150/1/11)**

In Bezug auf das **Infektionsschutzgesetz** beziehen sich die Änderungsvorschläge des Bundesrates auf die Möglichkeit, über Verordnungen detaillierte Hygieneanforderungen für Pflegeeinrichtungen festzulegen. Be-

reits heute gelten für Pflegeeinrichtungen diverse Hygiene- und Schutzvorschriften. Als Verursacher von nennenswerten Infektionsproblemen sind diese bisher nicht aufgetreten.

Die Wohnatmosphäre und die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen darf nicht der geforderten Sterilität geopfert werden. Das Wohnen muss auch künftig im Vordergrund stehen. Die Länder könnten nach den Vorschlägen des Bundesrates sogar Hygiene-Vorschriften erlassen, wie ambulant versorgte Pflegebedürftige zu wohnen und zu leben haben. Für die Pflege bedeutet dieses letztlich noch mehr Bürokratie, einen höheren Aufwand und damit zusätzliche Kosten.

### **Zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen**

Anders als der Antrag von CDU/CSU und FDP schlägt der Bundesrat vor, dass die Bundesregierung die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik per Rechtsverordnung bestimmt. Diese Verordnungsermächtigung soll greifen, wenn zuvor die Vereinbarungspartner der Selbstverwaltung die Kriterien nicht innerhalb von drei Monaten festlegen konnten.

Der bpa lehnt diesen Vorschlag ab.

In der Vergangenheit bestand schon einmal die Möglichkeit, die Kriterien zur Prüfung der Pflegeeinrichtungen per Rechtsverordnung der Bundesregierung zu regeln. Eine entsprechende Vorschrift wurde 2001 durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz eingeführt und 2008 durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wieder aufgehoben. Im Jahr 2002 hat die Bundesregierung eine entsprechende Pflege-Prüfverordnung erlassen, die aber am Widerstand des Bundesrates gescheitert ist.

Als Konsequenz daraus hat es der Gesetzgeber deswegen der Selbstverwaltung übertragen, entsprechende Kriterien zu bestimmen. Die auf der Grundlage der letzten Pflegereform erarbeiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen haben sich grundsätzlich bewährt. Deswegen ist es richtig, diese weiterzuentwickeln und einen Konfliktlösungsmechanismus in Form einer Schiedsstelle zu ergänzen. Eine Schiedsstelle ist aufgrund der fachlichen Nähe der Schiedsstellenmitglieder eine tragfähigere, transparentere und vor allem ergebnisorientiertere Lösung als eine Regelung durch Rechtsverordnung.