

Stellungnahme der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer  
von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA)

zum Antrag: „Pflege-TÜV hat versagt – Jetzt echte Transparenz schaffen:  
Pflegeroten aussetzen und Ergebnisqualität voranbringen“

anlässlich der öffentlichen Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des  
Bundestages am 20. Mai 2015

## 1. Vorbemerkung

Der Gesetzgeber hat seinerzeit richtig erkannt, dass ein von ihm gewollter liberalisierter und nach privatwirtschaftlichen Kriterien ausgerichteter Pflegemarkt zum Schutz der Betroffenen einer Transparenz hinsichtlich der gebotenen Pflegequalität bedarf. Das zentrale Element dabei sind die im SGB XI vorgeschriebenen regelmäßigen Prüfungen des MDK (bei den Privaten: MEDICPROOF) und die teilweise Veröffentlichung der Prüfergebnisse – im Folgenden „Pflege-TÜV“. Im SGB XI ist dazu lediglich festgelegt, dass die Details der Prüfungen und der Veröffentlichung der Ergebnisse in „verständlicher, übersichtlicher und vergleichbarer“ Form von den Parteien der Pflegeselbstverwaltung vereinbart werden sollten. Damit wurde den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern auf der einen und den Pflege-Anbietern auf der anderen Seite die Entscheidungshoheit überlassen. Beide haben alle Fragen in den Pflegetransparenzvereinbarungen (PTV) miteinander geregelt.

***Die wirklich Betroffenen, nämlich die Empfänger von Pflegeleistungen, wurden nicht stimmberechtigt einbezogen. Dabei ist diese Gruppe der größte Finanzier des Pflegesystems und trägt allein bei den Heimen mit ihren Zuzahlungen ca. 47% der Kosten direkt. (Dies ist dem Teilkasko-Charakter der Pflegeversicherung geschuldet und mit der Situation im Gesundheitswesen nicht vergleichbar.) Außerdem wären gerade die Leistungsempfänger am ehesten in der Lage, die Qualität der ihnen gebotenen Leistungen zu bewerten. Nicht zuletzt wird das Wettbewerbselement, das eine bestimmte Qualität sichern und fördern soll, ausgehebelt, indem Anbieter und Kostenträger allein festlegen, was Qualität ist.***

***Das ist der große Geburtsfehler des „Pflege-TÜV“!***

## **2. Derzeit in der Öffentlichkeit diskutierte Änderungen des „Pflege-TÜV“**

Der „Pflege-TÜV“ stand von Anfang an in der starken Kritik. Betroffenenorganisationen und Politik beklagten die mangelnde Transparenz, die beteiligten Vertrags-Parteien schoben sich gegenseitig die Schuld dafür in die Schuhe. Nach über 6 Jahren schlechter Praxis werden zurzeit einmal mehr deutliche Veränderungen diskutiert. Diese lassen sich in kurzfristige und langfristige Änderungen unterteilen.

### **2.1. Diskutierte kurzfristige Änderungen**

Es ist zweckmäßig, sich bewusst zu machen, dass der „Pflege-TÜV“ aus drei miteinander verbundenen, aber getrennt zu betrachtenden Teilbereichen besteht:

Teilbereich 1: Regelmäßige, flächendeckende Prüfungen des MDK

Teilbereich 2: Teilweise Veröffentlichung der einzelnen Prüfergebnisse in streng vereinbarter Form auf den Internet-Portalen der Pflegekassen

Teilbereich 3: Zusammenfassungen der Prüfergebnisse in Form von Schulnoten

Vielfach wird jetzt eine „Aussetzung“ der Pflegenoten gefordert. Damit ist mindestens eine Abschaffung der Zusammenfassungen als Schulnoten (Teilbereich 3) gemeint. Der Vorschlag des Pflegebeauftragten geht in diese Richtung. Die Noten sollen nach seiner Vorstellung durch textliche Kurzzusammenfassungen ersetzt werden. Bei Vorschlägen anderer Organisationen (z. B. B90/Die Grünen) bleibt offen, ob damit auch ein Aussetzen der teilweisen Veröffentlichungen der Prüfergebnisse gemeint ist (Teilbereich 2). Die meisten Vorschläge gehen dahin, dass vorerst an den MDK-Prüfungen (Teilbereich 1) festgehalten werden soll.

### **2.2. Diskutierte langfristige Maßnahmen**

Es herrscht breite Übereinstimmung, dass die Prüfkriterien in Zukunft deutlich verändert und z. B. um am tatsächliche Pflegezustand der Bewohner orientierte ergebnisbezogene und weitere Kriterien ergänzt werden sollen. Die inhaltlichen Vorstellungen hierzu gehen naturgemäß weit auseinander. Der Prozess der Neuausrichtung soll nicht mehr allein von den bisherigen Parteien, den (Teil-) Kostenträgern und den Anbietern, bestimmt werden. Vielmehr sollen auch Organisationen der Betroffenen (und des Pflege-Personals?) stimmberechtigt einbezogen werden. Einige Vorschläge gehen weiter und sehen ausdrücklich eine Nichtbeteiligung der Anbieter, die ja Objekte der Prüfungen sind, vor. Es bleibt offen, mit welchen Stimmverhältnissen die einzelnen Parteien in dem zu bildenden wichtigen Entscheidungsgremium (Laumann: „Pflegequalitätsausschuss“) vertreten sein sollen.

Schließlich soll ein unabhängiges wissenschaftliches Institut zur Qualität in der Pflege eingerichtet werden. Dadurch erhofft man sich eine Versachlichung der Debatten und deren wissenschaftliche Fundierung.

### **3. Stellungnahme der BIVA**

#### **3.1. Vorbemerkung**

Zunächst muss festgehalten werden, dass auch nach den am meisten optimistischen Vorstellungen die eben erwähnten langfristigen Maßnahmen frühestens 2018 – d.h. in zweieinhalb Jahren – greifen können. Wir sehen sogar die große Gefahr, dass sich dieser Zeitpunkt wegen des dazwischen liegenden Endes der Legislaturperiode noch weiter nach hinten verschiebt. Allein in den nächsten zweieinhalb Jahren werden ca. 1 Mio. Menschen einen Heimplatz (und weitere Hunderttausende einen Anbieter für ambulante Pflegeleistungen) suchen. Diese Menschen benötigen auch in der Übergangszeit eine Orientierungshilfe bei ihren Entscheidungen. Den im Folgenden zunächst genannten drei kurzfristigen Maßnahmen (3.2 - 3.3.) kommt deshalb aus unserer Sicht eine sehr wichtige Rolle zu.

#### **3.2. Vorläufige Beibehaltung der MDK-Prüfungen**

Die BIVA befürwortet grundsätzlich ein vorläufiges Beibehalten der bisherigen regelmäßigen MDK-Prüfungen – bis ein besseres System etabliert ist. Dies schon allein, um überhaupt eine regelmäßige Kontrolle zu haben. Die MDK-Prüfungen folgen einer einheitlichen – sicher verbesserungsfähigen – Prüfsystematik und schaffen damit prinzipiell vergleichbare Ergebnisse. Die parallel durchgeführten Prüfungen der Heimaufsichten bieten keine Alternative dazu. Sie folgen der Ländergesetzgebung, sind je nach Region ganz unterschiedlich aufgebaut, haben neben deckungsgleichen Fragen auch andere inhaltliche Schwerpunkte und finden unregelmäßig statt. Ihre Daten lassen sich untereinander kaum vergleichen – und werden im Übrigen auch nur in den seltensten Fällen veröffentlicht. Die MDK-Prüfergebnisse sind damit zurzeit – und in absehbarer Zukunft – die einzige flächendeckende Informationsquelle zur Qualität der Pflege in Deutschland. Sie bilden z. B. auch die Datengrundlage für die regelmäßig veröffentlichten „Berichte zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“. Aus diesen lassen sich weitreichende Erkenntnisse bezüglich Schwachstellen und Verbesserungspotenzialen für die Pflege allgemein ableiten, wenn man die einzelnen Kriterien detailliert betrachtet.

Wenngleich wir kurzfristig keine Alternative zu den MDK-Prüfungen sehen, kritisieren wir die zu stark an der Pflegedokumentation ausgerichtete gegenwärtige Prüfmethode. So ist z.B. nur bei 14 von 36 bewohnerbezogenen Kriterien auch eine tatsächliche Inaugenscheinnahme des betreffenden Bewohners in den Prüfrichtlinien vorgesehen. Wir wünschen uns, dass die unmittelbare Inaugenscheinnahme der Bewohner deutlich gesteigert wird.

Diese erfolgt bei stichprobenhaft ausgewählten Bewohnern/innen. Die Größe der Stichproben (laut MDS-Bericht durchschnittlich 7 Personen, aufgeteilt auf drei Pflegestufen) führt auf ein einzelnes Heim bezogen zu einem sehr großen statistischen Fehler. Die Größe der Bewohnerstichprobe sollte mindestens verdoppelt werden.

Die hier vorgeschlagenen Maßnahmen rühren nicht an den Fundamenten des bisherigen Systems, sie könnten von den Beteiligten mit etwas gutem Willen direkt umgesetzt werden und damit – im Rahmen des bisherigen Systems – zu einer kurzfristig wirksamen Verbesserung des Verbrauchernutzens beitragen.

### **3.3. Vorläufige Beibehaltung der Veröffentlichung der MDK-Prüfergebnisse – mit Einbeziehung der Verbraucherorganisationen**

Wir sehen wie viele andere Experten die Problematik, wenn Prüfergebnisse weiterhin veröffentlicht werden, die allgemein als wenig geeignet qualifiziert werden. Nur, was ist die Alternative? Keine Veröffentlichung bedeutet überhaupt keine öffentlich zugänglichen standardisierten Daten für die nächsten mindestens zweieinhalb Jahre. Wir meinen: eine Aussetzung der Veröffentlichung der Prüfergebnisse nimmt die weit über 1 Mio. Menschen, die in den nächsten zweieinhalb Jahren einen Heimplatz oder einen ambulanten Pflegedienst suchen, in „politische Geiselhaft“.

Die BIVA befürwortet deshalb die weitere Veröffentlichung der Prüfergebnisse – allerdings in einer deutlich veränderten, verbraucherfreundlichen Form unter Einbeziehung der Verbraucherorganisationen.

Die bisherige Art der Veröffentlichung ist in den sog. Pflegetransparenzvereinbarungen (PTV) zwischen den Parteien bis ins kleinste Detail geregelt. Sie erfüllt die vom Gesetzgeber geforderten Kriterien „Verständlichkeit, Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit“ in keiner Weise.

Die Daten werden als fünfseitiges Textdokument (PDF) auf den Portalen der Kassen veröffentlicht. Möchte man sich über die Leistungen eines Heims im Einzelnen informieren, so findet man dort eine Liste mit 77 Fragen/Kriterien, die z.T. mit „Ja“ und „Nein“ und z.T. mit Werten wie „vollständig erfüllt bei 5 von 7 Bewohnern“ beantwortet sind. Es wird dem Laien sehr schwer fallen, daraus auch nur ein ungefähres Bild der Pflegequalität eines einzelnen Heimes zu gewinnen.

Möchte er, das wird die Regel sein, mehrere für ihn grundsätzlich in Frage kommende Heime vergleichen, hat er sehr schnell den Tisch voll Papier mit einem unverständlichen und unübersichtlichen Datenfriedhof. Ganz unmöglich ist es, etwa eine gezielte Suche „Alle Heime mit einer einwandfreien Wundbehandlung“ oder eine Rangfolge bzw. Vergleiche der Heime nach bestimmten Pflegekriterien vorzunehmen. Die von den Schöpfern dieser Darstellung dem Verbraucher aufgedruckte Analyseverfahren „Bleistift und Papier“ stößt unmittelbar an ihre Grenzen.

Dabei wäre eine deutlich verbraucherfreundlichere Darstellung ganz einfach. Die Daten liegen ja schließlich in einem EDV-System vor. Man könnte Sie sehr leicht in Form einer im Internet abfragbaren Datenbank publizieren. Das tut man leider gerade nicht. Wir vermuten: mit Absicht. Wir haben den Eindruck, dass ganz bewusst eine Veröffentlichungsweise gewählt wurde, die formal alles zeigt, in der Praxis jedoch jede wirkliche Analyse für einen einzelnen Verbraucher unmöglich macht. Andernfalls würden die Verbraucher selbst zu einem regulierenden Marktinstrument werden, was für die PTV-Beteiligten offensichtlich nicht das erste Ziel ist.

Die AOK hat einmal versucht, diese Darstellung in ihrem Internetauftritt im Sinne einer besseren Verbraucherorientierung leicht zu verändern. Sie musste dies nach erfolgreichen Klagen der Heimbetreiber 2011 wieder zurückziehen. Auch kleinste Reformen etwa bei der Neuformulierung von Fragen/Kriterien ziehen sich in Vermittlungsausschüssen der beteiligten Parteien endlos hin.

Wir halten es nach allen Erfahrungen der Vergangenheit für extrem unwahrscheinlich, dass sich die bisherigen PTV-Parteien von sich aus in absehbarer Zeit auf ein besseres und verbraucherfreundliches Darstellungsverfahren einigen.

***Die BIVA fordert deshalb, die vollständigen Daten der Prüfergebnisse der Heime und ambulanten Dienste den Verbraucherorganisationen und – verbänden in maschineller Form zur Verfügung zu stellen, damit diese daraus nach eigenem Ermessen verbraucherfreundliche Informationsangebote erstellen können. Dies könnte durch eine einfache Klarstellung durch den Gesetzgeber im § 115 des SGB XI geschehen.***

Die Verbraucherorganisationen sind nicht Vertragsparteien der PTV und damit nicht an die dort vereinbarten Publizitätsregeln gebunden. Sie wären mit den Daten in der Lage, nach eigenen Kriterien auf die Bedürfnisse der Betroffenen hin optimierte Internetportale zu erstellen. Sie können eine freie Darstellungsform wählen, Spezialindizes etwa zur Wundversorgung oder zur Ernährungssituation bilden und die Prüfdaten auch mit anderen relevanten Qualitätsinformationen, etwa den Berichten der Heimaufsichten (falls vorhanden), Pressemeldungen etc. kombinieren. Die BIVA hat als Pilotprojekt derartige Veränderungen und Neuberechnungen vorgenommen. Es zeigte sich dabei eine deutliche Erhöhung des Verbrauchernutzens.

Eine Verbraucherorganisation ist auch nicht in dem Maße wie das quasi hoheitlich aufgestellte Kassensystem an die strikte Beachtung des Prinzips der im Grundgesetz geschützten unternehmerischen Betätigungsfreiheit der Träger gebunden. Demgegenüber hat sie aus dem ebenfalls grundgesetzlich verankerten Recht auf Meinungsfreiheit weiter gehende Handlungsmöglichkeiten – natürlich im Rahmen der bestehenden Gesetze.

Grundsätzlich muss sich der am freien Markt tätige Betreiber einer Pflegeeinrichtung an den von ihm erbrachten Leistungen messen lassen. Die widerstreitenden Interessen zwischen Betreibern und Bewohnern bzw. deren Verbänden sind dann nur im Wege praktischer

Konkordanz zu lösen. Eine Einschränkung der Meinungsfreiheit ist daher nur soweit zulässig, als nur beleidigende oder unzutreffende Behauptungen zu den Prüfberichten nicht erlaubt sein dürfen.

Die Bundesagentur für Arbeit praktiziert ein ähnliches System der kontrollierten Datenweitergabe (mit vereinbarten Qualitätsmaßstäben) seit über 10 Jahren sehr erfolgreich mit den bei ihr gemeldeten offenen Stellen.

### **3.4. Abschaffung der Schulnoten**

Die PTV-Parteien wussten selber, wie unübersichtlich die Veröffentlichung der Prüfergebnisse ist (jedenfalls in der von ihnen vereinbarten Form). Zur angeblich verbraucherfreundlichen Kurz-Darstellung wurde deshalb ein System von Schulnoten eingeführt. Diese „Pflegetnoten“ werden als Mittelwerte aus den einzelnen Prüfergebnissen gebildet. Die Durchschnittsnote liegt inzwischen bei 1,3. Die Noten haben damit natürlich überhaupt keine Trennschärfe und Aussagekraft mehr. Neben der Problematik der Mittelwertbildung, bei der wichtige und unwichtige Fragen gleichermaßen in die Note eingehen und damit die wahre Pflegequalität nivelliert und verschleiert wird, liegt ein Grundproblem der Noten in der von den Autoren sicher gewollten irreführenden Analogie zu den Schulnoten. Während aber in der schulischen Wirklichkeit ein „sehr gut“ tatsächlich ein herausragendes Ergebnis darstellt, bedeutet eine „Eins“ bei den Pflegetnoten definitionsgemäß lediglich die Erfüllung eines Standards. So werden beispielsweise bei etwa einem Viertel der betroffenen Bewohner die erforderlichen Dekubitusprophylaxen zur Wundversorgung nicht durchgeführt (24,4% laut MDS-Bericht, Kriterium 7). Dieses besorgniserregende Prüfergebnis bekommt, in Pflegetnoten übersetzt, eine „2,7“, also eine „Drei plus“. Das ist Augenwischerei!

Wir fordern deshalb eine sofortige Aussetzung/Abschaffung des irreführenden Schulnotensystems. Konsequenterweise müsste den Anbietern untersagt werden, mit den Noten zu werben.

Damit stellt sich unmittelbar die Frage, wie in der Zwischenzeit – bis ein neues Prüfsystem etabliert ist - eine schnelle übersichtsartige Information des Verbrauchers erfolgen kann. Der Pflegebeauftragte hat – maschinell erstellte? – textliche Kurzzusammenfassungen des MDK empfohlen. Die BIVA hält dieses Vorgehen für ungeeignet. Zunächst stellt sich dabei die Frage der Legitimation des MDK, die bereits von anderen Parteien angezweifelt wird. Nach den Erfahrungen der Vergangenheit wird eine gelegentlich sicher angebrachte kritische Text-Darstellung auf den entschiedenen Protest der Anbieterseite stoßen und bald vor Gericht gestoppt werden. Wenn das System „gerichtsfest“ sein soll, wird es aus weichgespülten stereotypen Textbausteinen bestehen müssen, die niemandem wirklich wehe tun. Es wäre damit eine Fortführung des wenig aussagekräftigen Schulnotensystems unter anderer Flagge und bringt den Verbrauchern keinen Nutzen. Im Übrigen würden durch Textzusammenfassungen die vom Gesetzgeber ausdrücklich geforderte Vergleichbarkeit der Bewertungen nicht erreicht, da sich Texte nicht in eine vergleichende Rangfolge bringen lassen.

Diese Nachteile vermeidet eine Darstellung in Form von Erfüllungsgraden einer Norm. Wie im obigen Beispiel bildet ein Erfüllungsgrad von 75,6% - damit ein Fehlergrad von 24,4% - in den Augen eines an schnellen Informationen interessierten Verbrauchers die Wirklichkeit etwas realistischer ab als die Schulnote „befriedigend“. Deshalb unser Vorschlag: Als Zwischen-/Notlösung sollte zur schnellen Verbraucherorientierung nicht auf textliche Kurzzusammenfassungen sondern vorübergehend auf den Erfüllungsgrad abgestellt werden.

Das Problem der inhaltslosen Kurzdarstellungen würde sich weitgehend erübrigen, wenn man den Verbraucherorganisationen, wie oben vorgeschlagen, nicht nur die Daten überlassen würde, sondern ihnen damit auch die Möglichkeit einer eigenen Interpretation eröffnen würde.

### **3.5. Neuer Pflegequalitätsausschuss mit anderer Zusammensetzung**

Es herrscht weitgehende Einigkeit, dass in Zukunft nicht mehr allein die traditionellen Gruppen der Pflegeselbstverwaltung über den Zuschnitt der Pflegenoten bestimmen sollen. Mindestens die Betroffenenorganisationen sollen ebenfalls Stimmrechte erhalten. Das ist auch die klare Position der BIVA. Wir halten die stimmberechtigte Beteiligung der Betroffenen für absolut geboten. Sie leitet sich allein schon aus der direkten Finanzierung von deutlich über 40% des Pflegesystems in Form von direkten Zuzahlungen durch die Betroffenen ab.

Den Vorschlag des Pflegebeauftragten, der auf eine Drittelung der Stimmen zwischen den Kostenträgern, den Anbietern und den Vertretern der Betroffenen und der Pflegeberufe hinausläuft, halten wir nicht für zielführend.

Zunächst sind wir der Meinung, dass die Anbieter in einem derartigen Steuerungsgremium nicht mit Stimmrecht vertreten sein dürfen. Sie und die von ihnen gelieferte Pflegequalität sind Gegenstand der Prüfungen. Sie sollten bei der Festlegung der Prüfdetails kein Stimmrecht haben, genauso wenig wie Schüler bei der Auswahl der Examensaufgaben.

Wir halten es weiterhin für möglich, dass in einem Steuerungsgremium die Vertreter der Pflegeberufe mit vertreten sind. Diese dürfen allerdings nicht auf das Quorum der Betroffenen angerechnet werden. Beschäftigte haben durchaus eine eigene Interessenlage, die nicht unbedingt mit der der Betroffenen deckungsgleich ist.

Wenn aus politischen Gründen eine Beteiligung von Anbietern und deren Beschäftigten gewollt ist, sollten beide in eine gemeinsame „Stimm-Gruppe“ fallen.

Im Pflegequalitätsausschuss sollte „Waffengleichheit“ herrschen. Die Pflegekassen haben allein an Verwaltungskosten 700 Mio. € jährlich zur Verfügung und unterhalten eine hochprofessionelle Organisation. Die Betroffenenorganisationen haben demgegenüber nur sehr bescheidene Mittel und speisen sich stark aus dem Ehrenamt. Eine wirkliche Beteiligung der Betroffenenorganisationen ist nur möglich, wenn das neu zu schaffende Entscheidungsgremium einen eigenen Etat und eine eigene Rechtspersönlichkeit bekommt. Wir meinen,

dass langfristig zur Weiterentwicklung des „Pflege-TÜV“ eine eigene unabhängige Organisation nach dem Vorbild der „Stiftung Warentest“ gebildet werden sollte.

### **3.6. Neu zu schaffendes unabhängiges wissenschaftliches Institut für Pflegequalität**

Nach unserem Eindruck krankt die Weiterentwicklung der Pflegequalitätsdiskussion nicht in erster Linie an einem Mangel an wissenschaftlicher Expertise. Wir sehen die Engpässe vornehmlich im Bereich der politischen Willensbildung und im bislang praktizierten System der Pflegeselbstverwaltung. Ein mit Fachautorität ausgestattetes Qualitätsinstitut kann stets nur Lösungsmöglichkeiten und Alternativen aufzeigen. Die politischen Entscheidungen bezüglich der Weiterentwicklung der Pflegequalität müssen dann im Pflegequalitätsausschuss zwischen den beteiligten gesellschaftlichen Gruppen ausgehandelt werden. Gleichwohl begrüßen wir die Bündelung des pflegewissenschaftlichen Sachverstandes in einem derartigen Institut. Es kann zur Versachlichung und Objektivierung der Diskussionen beitragen.