Pflegequalität auf dem Prüfstand

Neue Regelungen zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes im SGB XI und im Heimgesetz

Jörg Hallensleben

Am 1. Januar 2002 sind drei Gesetze zur Reform des Heimgesetzes sowie des Elften Sozialgesetzbuches in Kraft getreten. Deskriptiv dargestellt werden die wesentlichen qualitätsrelevanten Neuregelungen aus diesen drei Gesetzen. Eruiert werden auch die Implikationen der Regelungen für die Profession Pflege sowie für die Pflegewissenschaft.

Schlagwörter: Pflegeversicherung – SGB XI – Heimgesetz (HeimG) – Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) – Pflegequalität – Qualitätsmanagement – Heimbewohnerschutz – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) – Demenz

Abstract *(engl.): Care quality on the test bed – New regulations to the quality safeguarding and to the refreshment of the consumer protection in the SGB XI and in the nursing home law.* – Since 1995 nearly the entire German population is compulsatory insured against the risk of requiring long-term care. Three laws have become effective to the reform of the German Long-Term Care Insurance (SGB XI) as well as the home law on January 1st, 2002. The essential quality relevant readjustments are represented descriptively in this article. The implications of the regulations for the care profession as well as for the care science are also established.
Key Words: German Long-Term Care Insurance (SGB XI) – German Nursing Home Law (HeimG)– nursing care quality – quality management – home resident protection – dementia

Übersicht

- Einführung
- Zum Steuerungsverständnis des Gesetzgebers
- Eigenverantwortliche Qualitätssicherung
- Leistungs- und Qualitätsnachweise
- Prüfung der Pflegequalität durch MDK und Heimaufsicht
- Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen im stationären Sektor
- Stärkung der Verbraucherrechte, Erweiterung der Mitwirkungsrechte
- Neue Leistungen für Demenzkranke und andere Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf
- Auswirkungen auf die Pflege
- Literatur

Einführung

Seit 1995 prägt die Pflegeversicherung maßgeblich die Pflegelandschaft in Deutschland. Gegenwärtig erhalten rund 1,9 Mio. Versicherte Leistungen aus der Pflegeversicherung. (Siehe Tabelle 1) Im Großen und Ganzen überwiegt zwar – auch und gerade unter den pflegebedürftigen Menschen – die Zufriedenheit mit der Pflegeversicherung (Schneekloth/Müller 2000). Gleichwohl wurden vielerorts Versorgungs- und Qualitätsmängel beklagt. (So etwa im Berliner Memorandum der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen 2000)

In der Diskussion, die seinerzeit der Einführung der Pflegeversicherung vorausgegangen war, dominierten Finanzierungsfragen über Qualitätsfragen. Das abschreckende Beispiel der so genannten „Kostenexplosion im Gesundheitswesen" vor Augen, ließen sich die avisierten einkommens- und vermögensunabhängigen Leistungen erst durchsetzen, nachdem praktisch sichergestellt war, dass die einmal festgelegten Beitragssätze den Pflegekassen (bzw. der Politik) nicht aus dem Ruder laufen können. (Meyer 1996) Wesentliche Hebel hierfür sind bekanntlich die „Deckelung" aller Leistungsbeträge („Teilkaskoversicherung") sowie der restriktive Begriff der Pflegebedürftigkeit.

Leistungen	2000	2000	1999	1998	1997
	absolut	in %	in %	in %	in %
Pflegegeld (ausschließlich)	954.684	50,7	52,0	53,6	56,3
Pflegesachleistung (ausschließlich)	159.693	8,5	8,1	7,5	6,9
Kombinationsleistung aus 1 + 2	193.018	10,3	10,2	9,6	9,1
Urlaubspflege	6.313	0,3	0,3	0,2	0,2
Tages- und Nachpflege	10.287	0,5	0,5	0,4	0,3
Kurzzeitpflege (stationär)	7.696	0,4	0,4	0,4	0,3
Vollstationäre Pflege	494.793	26,3	25,7	25,2	24,6
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	56.641	3,0	2,0	3,2	2,2
Insgesamt	1.882.125	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabelle 1 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (Eigene Zusammenstellung nach BMG 2001: Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung)

Tatsächlich hat sich die Pflegeversicherung – allen Unkenrufen zum Trotz – finanziell recht solide entwickelt. Gerade dieser Erfolg öffnete jedoch Spielräume für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung unter Fokussierung von Fragen der Pflegequalität. Die 1998 gewählte rot-grüne Bundesregierung beteiligte sich aktiv an laufenden Diskussionen und legte im April 1990 erste Referentenentwürfe zur Novellierung des Heimgesetzes (HeimG) sowie des Elften Sozialgesetzbuchs (SGB XI – Pflegeversicherung) vor. Die diversen Initiativen mündeten in folgenden drei Gesetzen, die am 1. Januar 2002 in Kraft getreten sind: 1. Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätsicherungsgesetz – PQsG), 2. Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs- Ergänzungsgesetz – PflEG), 3. Heimgesetz-Novelle.

Ziel dieses deskriptiven Beitrags ist es, die wesentlichen qualitätsrelevanten Neuregelungen aus diesen drei Gesetzen darzulegen. Eruiert werden die neuen Normen im Wesentlichen mit Blick auf ihre Auswirkungen für die Pflegeeinrichtungen, angesprochen werden sollen aber auch ihre Implikationen für die Profession Pflege sowie für die Pflegewissenschaft.

Zur Novellierung des Heimgesetzes

Die Novellierung des Heimgesetzes wurde vom Gesetzgeber wie folgt begründet:

1. *„In der letzten Zeit aufgetretene Pflegeskandale haben gezeigt, dass die Aufsicht über die Heime zum Teil intensiviert, insbesondere das Eingriffsinstrumentarium der Heimaufsicht verbessert werden muss.*
2. *Heimverträge sind in der Praxis in der Regel nicht hinreichend transparent. So ist z.B. eine Zuordnung von Entgelten zu Leistungen oft nur schwer möglich. Die Abwägung der Interessen ist nicht immer ausgewogen.*
3. *In vielen Heimen lassen sich aufgrund des hohen Alters und des Grads der Pflegebedürftigkeit der Bewohner nicht mehr genügend Personen für einen Heimbeirat finden. Damit ist eine Mitwirkung in Heimangelegenheiten nicht ausreichend gewährleistet.*
4. *Mit der Pflegeversicherung ist neben das externe Qualitätssicherungssystem des Heimgesetzes das externe Qualitätssicherungssystem des SGB XI getreten. Beide Systeme sind noch nicht ausreichend miteinander verzahnt. Trotz der gleich gelagerten Aufgabenstellung arbeiten Heimaufsichtsbehörden und Medizinische Dienste der Krankenversicherung noch zu wenig zusammen. Zum Teil sehen sie sich auch mangels Regelungen über den Datenaustausch an einer Zusammenarbeit gehindert."* (HeimG-RegE, S. 15)

Die wesentlichen Schwerpunkte des Heimgesetzes sind dementsprechend:

1. Stärkung der Heimaufsicht und Verbesserung ihres Eingriffsinstrumentariums
2. Verbesserung der Transparenz von Heimverträgen
3. Weiterentwicklung der Heimmitwirkung
4. Verbesserung der Zusammenarbeit von Heimaufsicht mit den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und den Trägern der Sozialhilfe

Ein weiterer – hier allerdings ausgeklammerter – Schwerpunkt ist, 5. die Abgrenzung zwischen Heim und Formen des sogenannten „Betreuten Wohnens". Flankiert werden die genannten Schwerpunkte durch eine Berichtspflicht der Bundesregierung sowie einen Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht. (§ 22) Außerdem findet eine Statistikvorschrift Aufnahme ins Heimgesetz. (§ 23)

Zur Novellierung des SGB XI durch das PQsG

Berichte über Mängel in der Pflege werden auch als „Anlass" für die Regierungsinitiative zur Reform des SGB XI durch das Pflege-Qualitätsicherungsgesetz angeführt. (PQsG-RefE, S. 29 f.) Die mit der Novellierung des SGB XI verfolgten Ziele der Bundesregierung sind streckenweise identisch mit denjenigen der Novellierung des Heimgesetzes. So enthält auch das PQsG zum Beispiel die Programmpunkte „Stärkung der Verbraucherrechte" und „Bessere Kooperation von Heimaufsicht und Pflegeselbstverwaltung". Auch im Programmpunkt „Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität" finden sich Ähnlichkeiten mit der Heimnovelle. Allerdings geht es hier – wie noch ausführlich darzulegen sein wird – nicht einfach nur um eine Stärkung des Medizinischen Dienstes der Kassen (analog zur Stärkung der Heimaufsicht). Vielmehr setzt der Gesetzgeber zugleich auch auf die Stärkung der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger. Dahinter steht der Versuch, das komplexe Gefüge wettbewerblicher, korporativer und staatsdirigistischer Elemente im SGB XI neu auszutarieren. In diesem Zusammenhang werden nicht nur neue Instrumente zur Qualitätssicherung und -entwicklung eingeführt, vielmehr werden auch landesweite Vereinbarungen von Personalbemessungssystemen oder Personalrichtwerten vorgesehen, die wenigstens Personalanhaltszahlen und Fachkraftquoten umfassen. Schließlich wird der Selbstverwaltung das neue Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung an die Hand gegeben, auf dessen Grundlage die für das einzelne Pflegeheim erforderliche Personalausstattung vereinbart und zur verbindlichen Voraussetzung für Vergütungsverhandlungen gemacht werden kann.

Darauf hinzuweisen ist im Übrigen, dass auch das PQsG (wie viele andere Gesetzesnovellierungen) mehrere kleinere Korrekturen an vorhandenen Paragraphen transportiert. So wird etwa mit einer Anpassung in § 45 (Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen) klargestellt, dass die praktische Anleitung und Unterweisung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden „soll" (statt wie bisher „kann"). Auf diese und einige andere Änderungen am SGB XI kann im Rahmen dieses Beitrags allerdings nicht eingegangen werden.

Zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

Im Gegensatz zu den beiden anderen Gesetzen handelt es sich beim *Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheb-*

lichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs- Ergänzungsgesetz – PflEG) in erster Linie um ein „Leistungsgesetz". Das heißt: Für den Personenkreis zu Hause lebender, demenzkranker und anderweitig psychisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger werden neue (allerdings recht begrenzte) Leistungen bereit gestellt. Die Gesetzgeber will damit einen „ersten Schritt" unternehmen, um die Lage eines Personenkreises zu erreichen, der zwar im SGB XI keineswegs ausgeblendet, aber in seiner Bedürfnislage nur unzureichend erfasst wird. (Zum Handlungsbedarf siehe BMFSFJ 2001, S. 24 f., 56 f.)

Auch das PflEG transportiert – wie üblich – kleinere Korrekturen am SGB XI und anderen Gesetzen. Die wichtigste: Die zum 31. Dezember 2001 auslaufenden Übergangsregelung über die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen wird – einmal mehr – um 3 Jahre Jahre verlängert. Allerdings sieht das novellierte SGB XI nunmehr erstmals explizit vor, dass ab 1.1.2005 die GKV die Finanzierung der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen übernehmen soll. Näheres soll in einem besonderen Gesetz geregelt werden. (§ 43b SGB XI) Ebenfalls um drei Jahre verlängert wurde die Regelung über die pauschalen Leistungsbeträge bei stationärer Pflege nach § 43 SGB XI.

Zum Steuerungsverständnis des Gesetzgebers

Insbesondere das PQsG ist ein weiteres Exempel jenes moderneren Verständnisses politischer Steuerung, von dem das SGB XI schon bisher geprägt war – wie im Übrigen auch das SGB V und andere Sozialleistungssysteme. Der Gesetzgeber hatte seinerzeit bei der Einführung der Pflegeversicherung die alte Streitfrage „Marktsteuerung oder „staatliche Regulierung" mit einem entschiedenen „sowohl, als auch" beantwortet: Das heißt: Einerseits wurde auf der Ebene der Leistungserbringer der Wettbewerb befördert, andererseits wurden gleichzeitig das Sachleistungsprinzip sowie mannigfaltige Regeln zur „Bändigung des Pflegemarktes" für unabdingbar gehalten. In diesem Zusammenhang setzt der Gesetzgeber primär auf die so genannte „Selbstverwaltung" der Pflegeeinrichtungsträger und Leistungs- bzw. Kostenträger, d. h. er setzt auf eine korporative Steuerung auf der Verbandsebene. Bei allem Bestreben die unmittelbare Staatsverwaltung nach Möglichkeit auf ein Minimum zu begrenzen, wurden und werden aber dem Staat im SGB XI robuste Interventionsmöglichkeiten für den Fall vorbehalten, dass die „Selbstverwaltung" nicht „funktioniert".

Wie bereits angedeutet, tariert der Gesetzgeber das komplexe Gefüge wettbewerblicher, korporativer und staatsdirigistischer Elemente im SGB XI neu aus. In einer Reihe, hier nicht im Einzelnen wiederzugebender Vorschriften gibt es Verschiebungen bei der Beteiligung der Akteure. Hervorzuheben ist die Aufwertung der Sozialhilfeträger sowie des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.; damit wird die seinerzeit aus dem Krankenversicherungsrecht abgeleitete starke Stellung der gesetzlichen Kassen etwas zurückgenommen. Erwähnt sei ferner, dass auch die Verbände der Pflegeberufe vermehrte Mitwirkungsrechte haben. (Siehe dazu mehr im letzten Abschnitt dieses Beitrags)

Die augenfälligste Neuerung betrifft die Rolle des Staates. Unter grundsätzlicher Beibehaltung des skizzierten Steuerungsprinzips nimmt der Staat das Zepter punktuell wieder stärker in die Hand. Die Bundesregierung wird zu einer Reihe von Rechtsverordnungen (mit Zustimmung des Bundesrates) ermächtigt; sie kann

- Beratungs- und Prüfvorschriften fest legen; (§§ 113 Abs. 2, 118 SGB XI)
- die Entgelte für die Erteilung von Lei stungs- und Qualitätsnachweisen sowie für die Durchführung von Wirtschaft lichkeitsprüfungen festlegen; (§ 116 Absatz 4)
- einen Pflegeheimvergleich anordnen; (§ 92a)
- der Anwendungsbereich der 1996 in Kraft getretene Pflege-Buchführungsverordnung auf den Gesamtbetrieb der Pflegeeinrichtungen zu erstrecken (also auch auf den Bereich des SGB V). (§ 83 Abs. 1 Nr. 3)
- Erneuert und dauerhaft installiert wird zudem die Möglichkeit, den Inhalt der Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI festzulegen

Im Übrigen wird die staatliche Heimaufsicht auf vielfältige Art und Weise gestärkt (siehe ausführlicher weiter unten).

Interessanterweise hatte die Bundesregierung zunächst nicht die Absicht, die Beratungs- und Prüfvorschriften (inklusive der Entgelte) sowie den Pflegeheimvergleich auf dem Verordnungswege zu regeln. (Siehe PQsG-RefE) Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wuchsen aber die Zweifel, dass im Rahmen der jeweils favorisierten Selbstverwaltungslösung die divergierenden Interessen der beteiligten Pflegeleistungserbringer und Kostenträger auszugleichen gewesen wären.

Die Erwartung des Gesetzgebers, dass sich trotz eines quasi fixen Gesamtbudgets („Beitragssatzstabilität") mehr Pflegequalität realisieren lassen würde, beruhte wesentlich auf dem Kalkül, dass die Leistungsanbieter unter den Bedingungen eines verschärften Wettbewerbs Rationalisierungsreserven mobilisieren würden. Mit anderen Worten: Das gleichzeitige Erreichen von Bedarfs- *und* Kostendämpfungszielen hing (und hängt) entscheidend davon ab, wie weit es gelingt, das Spannungsverhältnis von Budgetierungslogik und Marktlogik für eine effiziente Qualitätsverbesserung der professionellen Pflege fruchtbar zu machen.

Eigenverantwortliche Qualitätssicherung

Das durch das PQsG reformierte SGB XI enthält nunmehr die *Klarstellung*, dass die Träger der Pflegeeinrichtungen – trotz des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen – für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in ihren Einrichtungen verantwortlich bleiben. (§ 112 Abs. 1 SGB XI) Durch das PQsG wird die Implementierung eines funktionierenden *internen* Qualitätsmanagement-Systems für Pflegeein-

richtungen zwingend: Pflegeeinrichtungen müssen nicht nur (wie schon nach bisherigem Recht) die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten; vielmehr dürfen Versorgungsverträge von den Pflegekassen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die sich verpflichten einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwikkeln. (§ 72 Abs. 3). Die Bundesregierung schreibt dazu: *„Die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement greift die Fachdiskussion zur Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung auf. Diese Diskussion zeigt, dass Pflegequalität letztlich nicht von außen in die Pflegeeinrichtungen "hineingeprüft" werden kann, sondern von innen heraus – aus der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und aus der Mitverantwortung der Leistungsträger – entwickelt werden muss."* (PQsG-RegE zu § 72, S. 48)

Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement wird im Gesetz selbst zwar nicht genau vorgegeben. (In der Gesetzesbegründung heißt es dazu lediglich: Unter Qualitätsmanagement sei *„eine Art Gesamtstrategie zu verstehen, die – auf die Mitwirkung aller Mitarbeiter gestützt – die Qualität der Pflege in allen ihren Ausprägungen (Struktur, Prozess-, Ergebnisqualität) in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt und kontinuierlich bestrebt ist, diese zu verbessern."* (PQsG-RegE zu § 72, S. 48) Allerdings ist klar, dass damit nicht – wie in den bisherigen Vereinbarungen der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe der Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI a.F – lediglich ausgewählte Einzelmaßnahmen gemeint sind (wie die Einrichtung eines Qualitätszirkels, die Einsetzung eines Qualitätsbeauftrag-ten, die Mitwirkung an Qualitätskonferen-zen oder die Entwicklung von Pflegestandards).

Der Gesetzgeber legt der Selbstverwaltung auf Bundesebene auf, Vereinbarungen zur Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagement-Systems abzuschließen. (§ 80 SGB XI) Kommt eine solche Vereinbarung innerhalb von zwölf Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden. (§ 80 Abs. 3 SGB XI) Anzunehmen ist, dass die Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement deutlich präziser definiert sein werden als bisher.

Leistungs- und Qualitätsnachweise

Das PQsG führt ein bislang nicht gesetzlich verankertes System zur externen Qualitätssicherung ein. Ausgehend von der Grundidee der primären Trägerverantwortung wird der Nachweis der Qualität der Pflege als „Bringschuld" der Pflegeeinrichtungen definiert. (PQsG-RegE zu § 113-E SGB XI) Die Einrichtungsträger werden verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen regelmäßige die Qualität ihrer Leistungen durch so genannte *„Leistungs- und Qualitätsnachweise"* (LQN) nachzuweisen. (§ 113 Abs. 1 SGB XI) Dabei handelt es sich Zertifikate unabhängiger (und miteinander konkurrierender) Sachverständiger oder Prüfstellen, wie es sie – allerdings auf freiwilliger Basis – bereits seit geraumer Zeit gibt (z.B. Diakonie-Siegel durch die Firma ProCumCert).

Mit dem erteilten Zertifikat dokumentiert eine Pflegeeinrichtung, dass sie zum Zeitpunkt der Prüfung die gesetzlich vorgeschriebene Mindestqualität erfüllt. (§ 113 Abs. 3 SGB XI) Das schließt nicht aus, dass im Rahmen des Prüfverfahrens weitergehende (etwa verbandsspezifische) Anforderungen geprüft und bestätigt werden. *„Ab dem 1. Januar 2004 hat eine Pflegeeinrichtung nur dann Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen, wenn sie einen Leistungs- und Qualitätsnachweis vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als zwei Jahre zurückliegt."* (§ 113 Abs. 5 SGB XI) Faktisch wird diese Vorgabe dazu führen, dass sich alle Einrichtungen künftig in einem Zweijahresturnus einem Prüfverfahren zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises unterziehen.

Die geprüften Einrichtungen haben die Kosten von Leistungs- und Qualitätsnachweisen selbst zu tragen. Den Einrichtungen wird aber das Recht eingeräumt, die Kosten in die nächstmögliche Vergütungsvereinbarung mit Wirkung in die Zukunft einzustellen. Dabei ist eine Verteilung der Kosten auf mehrere Vergütungszeiträume möglich. (§ 116 Abs. 1 SGB XI)

Die Erteilung der Leistungs- und Qualitätsnachweise wird als eine „öffentliche Aufgabe" definiert und kann nur durch von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen wahrgenommen werden. Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Beratungs- und Prüfvorschriften anzuordnen. Darin sind auch die Anforderungen an die zertifizierenden Unternehmen und Sachverständigen festzulegen. (§ 113 Abs. 2, § 118 SGB XI) Die Bundesregierung wird ebenfalls ermächtigt die Entgelte für die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen (sowie für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen) zu regeln. (§ 116 Abs. 4. SGB XI)

Die Einrichtungsträgerverbände haben auf die Forderung des Gesetzgebers nach „unabhängigen" Sachverständigen bzw. Prüfstellen bereits reagiert, indem sie wirtschaftlich unabhängige Zertifizierungsagenturen gründen und/oder mit diesen Kooperationen eingehen (so etwa der Diakonieverband und ProCumCert oder der Paritätische Landesverband Bayern und SQ Cert). Ausgeschlossen hat der Gesetzgeber zwar explizit verbandseigene Prüfverfahren. Die bloße „Nähe" bestimmter Zertifizierungsstellen und Sachverständiger zu bestimmten Einrichtungsträgern steht aber einer Anerkennung durch die Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen nicht im Wege. Der Gesetzgeber wollte mit den LQN erklärtermaßen auch und gerade die Anstrengungen jener Einrichtungsträger würdigen, die bereits in der Vergangenheit interne Qualitätssicherungssysteme eingeführt und sich (freiwilligen) externen Zertifizierungen unterzogen haben. Die Leistungs- und Qualitätsnachweise sollen entlastende Wirkung für den MDK entfalten und als „trägernahes" Instrument zur externen Qualitätssicherung

gefördert werden. Dabei wurde in Rechnung gestellt, dass weder die Heimaufsicht noch der MDK über hinreichende Ressourcen verfügten, um ihre Qualitätsverantwortung flächendeckend auf administrative Weise wahrzunehmen. Im ersten Entwurf des PQsG, dem so genannten Referentenentwurf, waren Qualitätsprüfungen in Trägerverantwortung deshalb sogar ausdrücklich vorgesehen.

Der Verordnungsgeber kann sich im Übrigen eine vergleichsweise großzügige Haltung in Bezug auf die Neutralität der Zertifizierungsunternehmen ohne Weiteres erlauben, da die LQN die bisherigen Prüfungen durch die staatliche Heimaufsicht und parastaatlicher Akteure (Kassen und MDK) keineswegs ersetzen oder ausschließen. Das Gegenteil ist Fall! (§ 113 Abs. 4 SGB XI) Den parastaatlichen Prüforganen ist lediglich aufgegeben, die Leistungs- und Qualitätsnachweise „bei der Bestimmung von Zeitpunkt und Umfang ihrer Qualitätsprüfungen angemessen zu berücksichtigen, wenn die Erteilung nicht länger als ein Jahr zurückliegt." (§ 114 Abs. SGB XI) Tatsächlich sind die hoheitlichen und vertragspartnerschaftlichen Kontrollbefugnisse präzisiert und unter dem Strich sogar ausgeweitet worden.

Prüfung der Pflegequalität durch MDK und Heimaufsicht

Ein wesentliches Anliegen der Bundesregierung war die bessere Verzahnung des externen Qualitätssicherungssystems des Heimgesetzes und des externen Qualitätssicherungssystems des SGB XI (Siehe oben: Ziele, Punkt 4). Die Befugnisse und Pflichten des MDK und der Heimaufsicht werden deshalb besser aufeinander abgestimmt.

Gegenstand der Qualitätsprüfungen

In den Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (oder den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen) wird untersucht, ob die Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI und die daraus abgeleiteten vertraglichen Verpflichtungen von den Einrichtungen eingehalten werden. Die Prüfungen beziehen sich *„auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse der Leistungen sowie auf deren Abrechnung."* Bei stationärer Pflege erstrecken sich die Qualitätsprüfungen – wie bisher – auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie auf die Zusatzleistungen. Neu ist, dass sich die Prüfungsberechtigung nun ausdrücklich auch auf die Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erstreckt und insoweit der Geltungsbereich des SGB XI überschritten wird. (§ 112, Abs. 3 SGB XI)

Gemäß seines oben skizzierten Steuerungsverständnisses hat der Gesetzgeber darauf verzichtet, die von den Einrichtungen zu erfüllenden Anforderungen in Punkto Qualität, Versorgungsabläufe und Leistungsergebnisse darzulegen. Noch gelten von daher die bisherigen Prüfungsgrundlagen des MDK, die auf den Vereinbarungen nach § 80 SGB XI a.F. basieren. (MDS 2000, MDS 2000a) Danach prüft der MDK u.a. folgende Aspekte: Die Abbildung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation, Pflegeleitbild, Pflegekonzept, Ziele der Einrichtung, Organigramm, Stellenplan, Stellenbeschreibungen, Angaben zur verantwortlichen Pflegefachkraft, regelmäßig dokumentierte Dienstbesprechungen, Pflegestandards, Einarbeitungskonzept, Dienstpläne, Einsatzpläne sowie, last but not least, die Ergebnisqualität beim Patienten, wie allgemeine Zufriedenheit, ausreichender Ernährungszustand, Vorliegen eines Dekubitus etc. Ob die bisherigen Anforderungen durch die neuen Vereinbarungen nach § 80 wesentlich verändert werden, bleibt abzuwarten (ist aber eher unwahrscheinlich). Sicher ist bisher nur, dass die Anforderungen an das Qualitätsmanagement steigen werden, und das dies vom MDK (und den Sachverständigen der Pflegekassen) überprüft werden wird.

Nach dem Heimgesetz werden die Heime daraufhin überprüft, ob sie die Anforderungen an den Betrieb eines Heims nach dem Heimgesetz erfüllen. Die wesentlichen Anforderungen allgemeiner Art sind im nachfolgend zitierten § 11 HeimG niedergelegt:

(1) Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung

1. die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vor Beeinträchtigungen schützen,

2. die Selbständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner wahren und fördern, insbesondere bei behinderten Menschen die sozialpädagogische Betreuung und heilpädagogische Förderung sowie bei Pflegebedürftigen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleisten,

3. eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, auch soweit sie pflegebedürftig sind, in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern,

4. die Eingliederung behinderter Menschen fördern,

5. den Bewohnerinnen und Bewohnern eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung ermöglichen und die erforderlichen Hilfen gewähren,

6. die hauswirtschaftliche Versorgung sowie eine angemessene Qualität des Wohnens erbringen,

7. sicherstellen, dass für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner Pflegeplanungen aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,

8. gewährleisten, dass in Einrichtungen der Behindertenhilfe für die Bewohnerinnen und Bewohner Förder- und Hilfepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,

9. einen ausreichenden Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor Infektionen gewährleisten und sicherstellen, dass von den Beschäftigten die für ihren Aufgabenbereich einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden und

10. sicherstellen, dass die Arzneimittel bewohnerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt und die in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens einmal im Jahr über den

sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln beraten werden.

(2) Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger

1. die notwendige Zuverlässigkeit, insbesondere die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zum Betrieb des Heims, besitzt,

2. sicherstellt, dass die Zahl der Beschäftigten und ihre persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen zu leistende Tätigkeit ausreicht und

3. angemessene Entgelte verlangt und

4. ein Qualitätsmanagement betreibt.

(3) Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn

1. die Einhaltung der in den Rechtsverordnungen nach § 3 enthaltenen Regelungen gewährleistet ist, [dabei handelt es sich um die Anforderungen der Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV) und der Heimpersonalverordnung (HeimPersV). Außerdem werden dort die Heime verpflichtet, ihre Leistungen nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen],

2. die vertraglichen Leistungen [gemäß Heimvertrag] *erbracht werden und*

3. die Einhaltung der nach § 14 Absatz 7 erlassenen Vorschriften [die sich auf Geld- oder geldwerte Leistungen zugunsten des Trägers oder Beschäftigter beziehen] *gewährleistet ist.*

Die zitierten Regelungen sind in dieser Form zwar neu kodifiziert, im Kern handelt es sich aber weniger um grundlegend neue Anforderungen, sondern vielmehr um solche, die schon nach früherem Recht von einem ordnungsgemäß geführten Heim zu erfüllen waren.

Prozedere der Qualitätsprüfungen

Der MDK ist zu Qualitätsüberprüfungen „vor Ort" berechtigt. (§ 114 Abs. 1) Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (oder den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen) die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität zu ermöglichen. Das können Einzelprüfungen, Stichproben oder vergleichende Prüfungen sein. (§ 112 Abs. 3. SGB XI)

Die Heime werden – gemäß § 15 Abs.1 HeimG – von der zuständigen Heimaufsicht durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen überwacht. Der Heimaufsicht ist grundsätzlich aufgegeben, jedes Heim mindestens einmal im Jahr zu überprüfen. Sie kann allerdings Prüfungen in größeren Abständen vornehmen, wenn ein Heim bereits durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft wurde oder ihr durch geeignete Nachweise unabhängiger Sachverständiger Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Anforderungen an den Betrieb eines Heimes erfüllt sind. (Abs. 4)

Der Träger, die Leitung und – neuerdings – auch die Pflegedienstleitung haben den zuständigen Behörden auf Verlangen die erforderlichen mündlichen und schriftlichen Auskünfte unentgeltlich zu erteilen. Die Vorschrift regelt allerdings nur die Auskunftspflicht und trifft keine Aussage darüber, wann eine Pflegedienstleistung zu bestellen ist. Neu ist auch, dass sich die Heimaufsichtsbehörde vor Ort die geschäftlichen Unterlagen vorlegen lassen kann, also nicht an eine ortsferne Zentrale des Trägers verwiesen werden darf. Zu den geschäftlichen Unterlagen des Auskunftspflichtigen rechnen alle zum Geschäftsbetrieb gehörenden Aufzeichnungen, einschließlich steuerrechtlicher oder die Finanzierung betreffende Unterlagen sowie Belege über die für die Bewohner verwalteten Barbeträge und Zusatzbarbeträge zur persönlichen Verfügung sowie der gesamte Schriftverkehr.

Die SGB XI-Regelungen zum Prozedere der Prüfungen bei teil- oder vollstationärer Pflege sind weitgehend identisch mit den Regelungen im HeimG:

- Die Prüfer können alle für die Pflegeeinrichtung benutzten Grundstücke und Räume jederzeit angemeldet oder unangemeldet zu betreten (§ 114 Abs. 2 SGB XI, § 15 Abs. 1 HeimG);

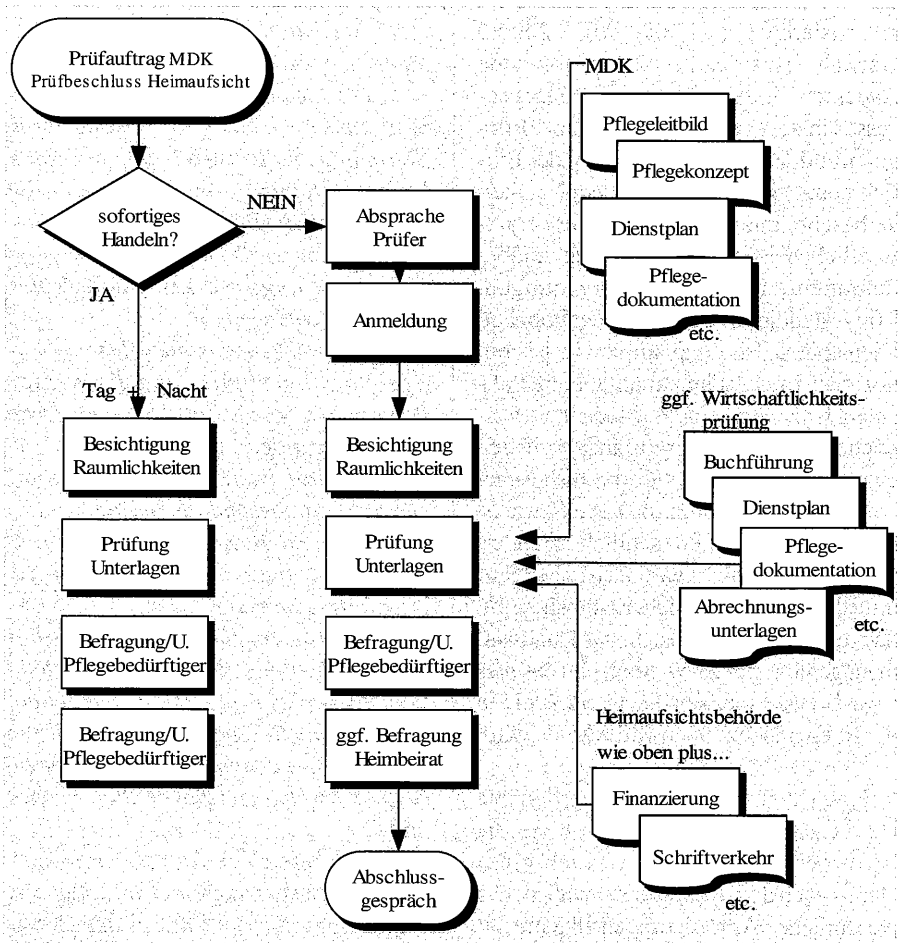

Abb. 1 Prüfung von Pflegeeinrichtungen durch Heimaufsicht, MDK und Sachverständige

– Prüfungen zur Nachtzeit sind allerdings nur zulässig, wenn und soweit das Überwachungsziel tagsüber nicht erreicht werden kann (in der Begründung zum PQsG werden in diesem Zusammenhang folgende Beispiele genannt: Anzahl der Nachtwachen, Fixierung/Sedierung der Pflegebedürftigen, Flüssigkeitszufuhr; in der Begründung zum HeimG werden Zweifeln an der ausreichenden Fachpersonalbesetzung angeführt. (§ 114 Abs. 2 SGB XI, § 15 Abs. 2 HeimG);

– Soweit die Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie allerdings nur mit deren Zustimmung betreten werden.

– Die Prüfer können Prüfungen und Besichtigungen vornehmen (§ 114 Abs. 2 SGB XI, § 15 Abs. 1 HeimG); während diese Formulierung im SGB XI wohl automatisch die körperliche Untersuchung des Pflegezustandes von Bewohnern/Tagespflegebesuchern einschließt, hielt der Gesetzgeber es für angebracht, dies noch einmal ausdrücklich als Recht auch der Heimaufsicht zu betonen.

– Die Prüfer können sich mit den Pflegebedürftigen in Verbindung setzen." (§ 114 Abs. 2 SGB XI, § 15 Abs. 2 HeimG);

– den Heimbeirat oder den Heimfürsprecher zu befragen (§ 114 Abs. 2 SGB XI, § 15 Abs. 2 HeimG – das ist auch im HeimG eine Neuerung);

– die Beschäftigten befragen. (114 Abs. 2 SGB XI, § 15 Abs. 2 HeimG).

Nur im SGB XI findet sich die Regelung,

– dass die Prüfer sich mit den Angehörigen oder Betreuern in Verbindung setzen können;

– wird explizit darauf hingewiesen, dass zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 Grundgesetz) eingeschränkt werden kann, d.h. dass eine Wohnung u.U. doch ohne Zustimmung des Bewohners betreten werden kann. (114 Abs. 2 SGB XI)

Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen – einer Anmeldung dieser Prüfung beim Pflegedienst bedarf es ergo nicht. (114 Abs. 3 SGB XI)

In den Beratungen zum PQsG wurde von einiger Einrichtungsträgern eine Beschränkung der Prüfbefugnisse des Medizinischen Dienstes auf Anlässe gefordert, wie dies im Krankenhaussektor der Fall ist. Der Gesetzgeber ist dem – wie dargelegt – nicht gefolgt. Man kann dies als Indiz dafür nehmen, dass auch auf den Krankenhaussektor regelmäßige Prüfungen zukommen.

Ein heikler und umstrittener Punkt im Entstehungsprozess der Gesetzesänderungen war die Frage der unangemeldeten Prüfungen. Nach dem Referentenentwurf zum PQsG hätte eigentlich klar gestellt werden sollen, dass örtliche Prüfungen in Pflegeheimen grundsätzlich nur noch nach vorheriger Terminabsprache (nicht Ankündigung) durchgeführt werden dürfen. (Ausnahmen hiervon wären nur in Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht statthaft gewesen) Dieses Zugeständnis an die Einrichtungsträger wurde im weiteren Verfahren, nicht zuletzt auf Druck der Pflegekassen und des MDK (Rebscher 2000, Pick 2000, Brüggemann 2000) zurückgenommen. Heimaufsicht und MDK haben die Befugnis, auch unangemeldete Prüfungen vornehmen zu können. Eingeschränkt wird diese grundsätzliche Befugnis allerdings durch den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. In der Begründung zu § 114 PQsG-RegE heißt es: *„Bei der Wahrnehmung dieser Rechte durch den MDK ist jedoch stets eine Ermessensprüfung dahingehend anzustellen, ob im Sinne des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes die im Einzelfall weniger belastende Maßnahme vorzuziehen ist. Hierbei kann beispielsweise zu beachten sein, dass sich aus Sicht der Praxis – insbesondere der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung – gezeigt hat, dass erfahrene Prüfkräfte ohne weiteres auch dann Qualitätsmängel erkennen können, wenn Prüfungen vorangemeldet erfolgen. Damit wird der Grundsatz gestärkt, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellte Sachverständige als Stellen, die in die partnerschaftlich organisierte Pflegeselbstverwaltung eingebunden sind, in Fragen der Qualität sich primär beratungsorientierten Prüfansätzen verpflichtet sehen und belastende Eingriffsmaßnahmen erst in zweiter Linie als Instrument der Qualitätssicherung dienen. Dies gilt erst recht für unangemeldete Prüfungen."*

Auch in der Begründung zum Heimgesetz wird den Behörden ein zurückhaltender Umgang mit ihrer Befugnis nahe gelegt: *„Dies bedeutet aber nicht, dass nur unangemeldete Prüfungen die einzig effektive Form der Heimüberwachung seien. Es gibt Situationen, bei denen eine unangemeldete Prüfung die einzig richtige Maßnahme ist. In der weit größeren Zahl der Fälle wird aber eine angemeldete, gut vorbereitete Prüfung, bei der die Gesprächspartner zur Verfügung stehen und die erforderlichen Unterlagen zur Hand sind, in Verbindung mit der nötigen Nachbereitung, zu einem aussagekräftigeren Prüfungsergebnis führen."*

Das PQsG ermöglicht die Beteiligung sowohl der Kostenträger, als auch der Trägervereinigung der geprüften Einrichtung an den Prüfungen. Damit wird einerseits sichergestellt, dass der Einrichtungsträger im Regelfall die Unterstützung seines Verbandes einholen kann. Andererseits ermöglicht sie, dass der MDK Vertreter der Pflegekassen hinzuziehen kann, um beispielsweise eine wirksame Prüfung der Abrechnungen zu gewährleisten. Die Hinzuziehung Dritter ist allerdings dann ausgeschlossen, wenn dadurch die Prüfung verzögert wird. (§ 114 Abs. 6 SGB XI)

Folgen der Qualitätsprüfung (I): Prozedere bei festgestellten Qualitätsmängeln

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (und alle sonstigen Stellen, die Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI durchführen) haben die Ergebnisse ihrer Prüfungen – ohne den bisherigen Umweg über die Landesverbände der Pflegekassen – unmittelbar der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. Informiert werden

auch die Landesverbände der Pflegekassen sowie – das ist neu – die betroffenen Sozialhilfeträger und Heimaufsichtsbehörden. Im Interesse der Einrichtungsträger und mit dessen Zustimmung haben die Landesverbände der Pflegekassen auf Anforderung das Prüfergebnis auch der Vereinigung des Trägers zuzuleiten.

Die Entscheidung über die zu treffenden Maßnahmen bei festgestellten Qualitätsmängeln liegt bei den Landesverbänden der Pflegekassen unter Beteiligung des zuständigen Sozialhilfeträgers. Vorher sind der Träger der Pflegeeinrichtung und ggf. dessen Vereinigung „anzuhören". Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen dem Träger der Einrichtung einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Werden festgestellte Mängel nicht fristgerecht beseitigt, kann es zur Kündigung des Versorgungsvertrages kommen. (§ 115 Abs. 2 SGB XI) Keine Frist ist einzuhalten, wenn zum Schutze einzelner Pflegebedürftiger sofortiges Handeln, namentlich die sofortige Beendigung des Pflegeverhältnisses, erforderlich erscheint. Das Grobgerüst der Verfahrenskette im SGB XI ist zeigt Abbildung 2.

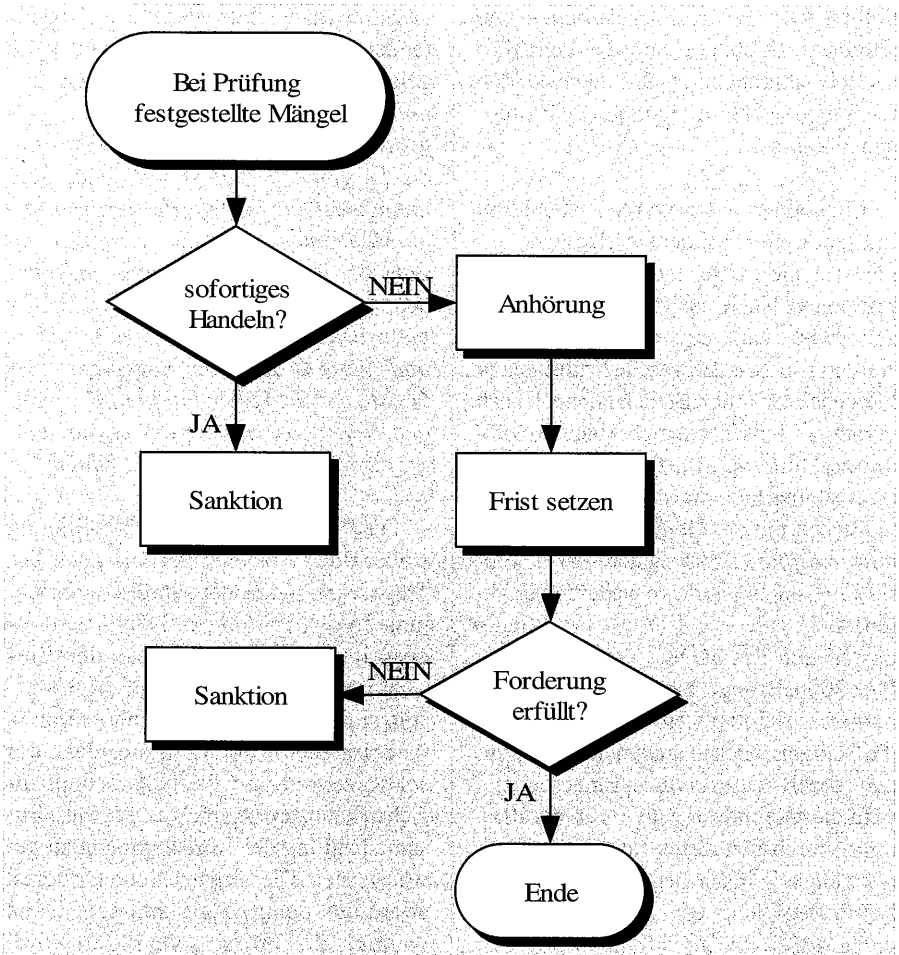

Abb. 2 Grundprinzip der Sanktionierung von festgestellten Qualitätsmängeln im SGB XI

Die besagte Verfahrenskette findet sich im Prinzip auch im Heimgesetz. Allerdings ist im Heimgesetz insofern ein etwas anderer Duktus erkennbar: Dort ist nicht von einer „Anhörung" des Einrichtungsträgers die Rede. Statt dessen wird im neuen § 16 Abs. 1 HeimG zunächst auf Beratung gesetzt: *„Sind in einem Heim Mängel festgestellt worden, so soll die zuständige Behörde zunächst den Träger über die Möglichkeiten zur Abstellung der Mängel beraten."* Bereits die Stellung des § 16 im Anschluss an die Heimüberwachung (§ 15) mache deutlich – so steht es in der Begründung zum HeimG-RegE, S. 31 –, *dass der Heimträger zunächst beraten werden soll, bevor einschneidendere Maßnahmen wie Anordnungen nach § 17, ein Beschäftigungsverbot nach § 18 oder gar eine Betriebsuntersagung nach § 19 erfolgen. Er ist Ausdruck des Grundsatzes ‚Beratung vor Überwachung'."*

Im Zuge der Beratung hinsichtlich der Mängelbeseitigung sollen die Sozialhilfeträger bzw. Pflegekassen beteiligt werden. Kann die Mängelbeseitigung finanzielle Auswirkungen haben, so ist der Sozialhilfeträger zu beteiligen (Mussvorschrift), gegebenenfalls auch die Pflegekassen und sonstigen Sozialversicherungsträger. (§ 16 Abs. 2 HeimG) Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Heimaufsicht in aller Regel versuchen wird, ein *„einvernehmliches Beratungsergebnis"* zu erreichen. Ziel sei es, alle Kostenträger möglichst frühzeitig zu beteiligen, wenn durch Maßnahmen der Heimaufsicht deren Zuständigkeitsbereiche betroffen werden können. Dies bedeute auch Planungssicherheit für die Kostenträger.

Der Unterschied ist in der Praxis allerdings vielleicht nicht so groß. Im Bereich des SGB XI hat der MDK bereits in der Vergangenheit einen „beratungsorientierten Prüfansatz" verfolgt; er verstand die externen Qualitätsprüfungen als „Einheit von Prüfung, Empfehlung und Beratung" und setzte dementsprechend auf eine *„intensive Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen in allen Phasen des Prüfungsverfahrens."* (MDS 2000, S. 13) Die neue Textfassung des SGB XI schließt dies keineswegs aus – allerdings sichert der Gesetzestext nicht explizit die „Einheit von Prüfung, Empfehlung und Beratung" ab, sondern betont den präventiven Charakter der Beratung: *„Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll im Rahmen seiner Möglichkeiten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung beraten, mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken."* (§ 112, Abs. 4 SGB XI) Die Vorschrift soll sicherstellen, dass der MDK bei der Qualitätssicherung vor Ort mitwirkt und

die Anstrengungen der Einrichtungsträger auf diesem Feld *auch* durch separate Beratungen begleitet. Ein Anspruch auf Beratung besteht im Übrigen nicht. (Ebd.)

Folgen der Qualitätsprüfung (II) – Sanktionen bei Qualitätsmängeln

Die beschriebenen Beratungsangebote können als 1. Stufe einer Interventionspyramide gesehen werden. (Siehe Tabelle 2) Im ordnungsrechtlichen Heimgesetz (Zweck: Schutz einer als besonders schwach eingeschätzten Verbrauchergruppe) steht als letztes Mittel die Betriebsuntersagung zur Verfügung. Im Leistungsrecht (SGB XI) kann dagegen als *Ultima Ratio* gegen Vertragsverstöße „nur" die Kündigung des Versorgungsvertrages stehen. Allerdings gleicht Letzteres im Regelfall einem ökonomischen „Todesurteil" für den Träger der Pflegeeinrichtung; von daher ist der Unterschied zur *Ultima Ratio* des Heimgesetzes im Endeffekt nicht mehr sehr groß).

	Heimgesetz	Sozialgesetzbuch XI
Stufe 3	Betriebsuntersagung (§ 19)	Kündigung des Versorgungsvertrages (§ 74)
Stufe 2	Entgeltkürzung durch Bewohner (§ 5) Verstöße gegen Anordnungen (§ 17) sind Ordnungswidrigkeiten und können mit Geldbußen bis zu 25.000 € geahndet werden (§ 21) Beschäftigungsverbot (§ 18) SOFORT: Heimaufsicht unterstützt Bewohner dabei, eine andere Pflege einrichtung zu finden, wenn eine Fortsetzung des Versorgungsvertrages nicht mehr zumutbar er scheint (§ 16, Abs. 3)	Entgeltkürzung (§ 115 Abs. 3) SOFORT: Bei schwerwiegenden Mängeln stationär: Auf Wunsch betroffener Heimbewohner sofortige Vermittlung in eine andere Einrichtung (Abs. 4) – (Kosten der Vermittlung muss Pflegeeinrichtung tragen) SOFORT: Bei schwerwiegenden Mängeln ambulant: Untersagung der Betreuung der Betroffenen und Vermittlung an einen anderen Dienst (Abs. 5) – (Kosten der Vermittlung muss Pflegeeinrichtung tragen)
	Stufe 1 Beratung (§ 16)	(Beratung)

Tabelle 2: Interventionen bei Qualitätsmängeln

Die Sanktionsregelungen im Heimgesetz gemäß §§ 17-19 und 21 sind im Wesentlichen unverändert geblieben. Mit zwei Ausnahmen: Das bei Ordnungswidrigkeiten zu zahlende Bußgeld wurde von früher maximal 10.000,— DM auf nunmehr maximal 25.000 € merklich erhöht. Auf der anderen Seite ist die – ansonsten inhaltlich unverändert gebliebene – zwingende Untersagung des Heimbetriebs nach § 19 nur noch dann angemessen, wenn Anordnungen der Heimaufsichtsbehörde nicht ausreichen (d. h., wenn die Anforderungen vom Träger in keiner angemessenen Frist mehr erfüllt werden können). Mit anderen Worten: Das Mittel der Untersagung des Heimbetriebs wird sparsamer gehandhabt, dafür aber werden die Sanktionen auf mittlerem Niveau (Stufe 2 in Tabelle) verschärft.

Das selbe Prinzip wird auch im SGB XI deutlich, sogar besonders deutlich, da dort Sanktionsmöglichkeiten auf mittlerem Niveau bisher gänzlich fehlten. Der Gesetzgeber hat diese Lücke nun mit mehreren Regelungen zu schließen versucht, d. h. die Sanktionsmöglichkeit bei Feststellung von Qualitätsmängeln differenzierter ausgestaltet.

Entgeltkürzungen: Die als Kostenträger betroffenen Vertragsparteien können künftig eine angemessene Kürzung der vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Verletzung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten fordern. Dies gilt insbesondere für die Pflichten aus dem Versorgungsvertrag und der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung. (§ 115 Abs. 3 SGB XI)

Der Gesetzgeber wollte bewusst keine Absenkung der Vergütung in den nächstfolgenden Vergütungszeiträumen erreichen, sondern einen Rückzahlungsanspruch gegenüber den Kostenträgern begründen: *„Diese Konzeption zielt insbesondere auf den Fall ab, dass die Pflichtverletzung darin besteht, dass das vereinbarte Personal nicht vorgehalten wurde. Um zu vermeiden, dass auch in der nächstfolgenden Vergütungsperiode Personal nicht in ausreichender Zahl vorgehalten wird, ist es notwendig, dass die hierzu erforderlichen Vergütungen nicht gekürzt werden. Denn es muss bedacht werden, dass die Pflegeeinrichtung auch nach der rückwirkenden Vergütungskürzung in der Lage bleiben muss, ihre Klientel in Zukunft ordentlich zu versorgen. Bei einer prospektiven Absenkung der Vergütungssätze wäre die Gefahr gegeben, dass das vereinbarte Personal in den nächstfolgenden Vergütungszeiträumen nicht finanziert wäre und damit nicht vorgehalten würde. Dabei ist es selbstverständlich, dass die Rückzahlungsbeträge nicht über die Vergütungen refinanziert werden dürfen, sondern als Sanktion aus trägereigenen Mitteln zu finanzieren sind."* (PQsG-RegE, Begründung zu § 115 Abs. 3 SGB XI)

Über die Höhe des Kürzungsbetrages ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 SGB XI Einvernehmen anzustreben; gelingt dies nicht, ist er durch die Schiedsstelle festzusetzen. (§ 115 Abs. 3 Satz 3 SGB XI) Der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag ist von der Pflegeeinrichtung anteilig an die betroffenen Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zurückzuzahlen. Die Kosten der Schiedsstellenentscheidung muss der Träger der Pflegeeinrichtung übernehmen, wenn die Schiedsstelle eine Vergütungskürzung anordnet. Ist dies nicht der Fall sind die Verfahrenskosten von den Kostenträgern zu tragen. Setzt die Schiedsstelle einen niedrigeren Kürzungsbetrag fest als von den Kostenträgern gefordert, haben die Beteiligten die Verfahrenskosten anteilig zu zahlen. (§ 116 Abs. 3 SGB XI) Gegen den Spruch der Schiedsstelle steht der Rechtsweg zu den Sozialgerichten offen. Im Rahmen des sozialgerichtlichen Verfahrens kann im Streitfall auch die Verteilung der Verfahrenskosten geprüft werden.

Die dargestellte Vorschrift des SGB XI steht in engem Zusammenhang mit einer Parallelvorschrift nach § 5 Abs. 11 HeimG. Danach wird dem Heimbewohner aus seinem individualvertraglichen Verhältnis mit

dem Heimträger grundsätzlich ein Anspruch auf Kürzung des vereinbarten Heimentgelts eingeräumt. Dies gilt allerdings nicht, wenn wegen desselben Sachverhaltes im SGB XI ein Kürzungsbetrag vereinbart oder festgesetzt worden ist. Bei Personen, denen Hilfe in Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt wird, steht der Kürzungsbetrag bis zur Höhe der erbrachten Leistungen vorrangig dem Sozialhilfeträger zu. Versicherten der Pflegeversicherung steht der Kürzungsbetrag bis zur Höhe ihres Eigenentgelts am Heimentgelt zu; ein überschießender Betrag ist an die Pflegekasse auszuzahlen.

Weitergehende Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Rechtsvorschriften, insbesondere denen des Bürgerlichen Gesetzbuches, werden durch die Entgeltkürzungen nicht ausgeschlossen. Auch gilt § 66 des Fünften Buches entsprechend. (§ 15 Abs. 3 SGB XI) Danach kann die Krankenkasse ihre Versicherten in begrenztem Umfang bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen; sie hat zwar nicht die Befugnis, für den Versicherten einen Rechtsstreit zu führen und darf auch nicht die Kosten des Rechtsstreits übernehmen, den der Versicherte führt. Die Pflegekasse kann aber den Versicherten mit Informationen ausstatten und ihm insofern die Beweisführung im Rechtsstreit erleichtern.

Sofortige Vermittlung in andere Pflegeeinrichtung: Bei Feststellung schwerwiegender, Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen (ggf. unter Beteiligung des Sozialhilfeträgers) verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln. (§ 115 Abs. 4 SGB XI) Analog zur Regelung in der stationären Pflege kann die zuständige Pflegekasse einem ambulanten Pflegedienst die weitere Betreuung eines Pflegebedürftigen vorläufig untersagen und dem Pflegebedürftigen nahtlos einen anderen geeigneten Pflegedienst vermitteln. (§ 115 Abs. 5) Die Einrichtungsträger – ambulant wie stationär – müssen für die Kosten der Vermittlung einstehen, wenn sie die Pflegemängel zu vertreten haben. (§ 115 Abs. 6)

Erwähnenswert ist ferner folgende Regelung im SGB XI: Durch Anordnungen der Heimaufsichtsbehörde bedingte Mehr- oder Minderkosten sind, soweit sie dem Grunde nach vergütungsfähig sind, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen (nicht aber rückwirkend). (§ 117 Abs. 6 SGB XI)

Zusammenarbeit zwischen MDK, Heimaufsicht und anderen Akteuren

Mit der Pflegeversicherung ist neben das externe Qualitätssicherungssystem des Heimgesetzes das externe Qualitätssicherungssystem des SGB XI getreten. Ziel des Gesetzgebers war es, wie bereits erwähnt, die beiden bisher noch nicht ausreichend miteinander verzahnten Systeme zu harmonisieren. Trotz großer Schnittmengen in den Aufgaben war (und ist) dies insofern kein ganz leichtes Unterfangen, als die beiden historisch gewachsenen Systeme eine je eigene Systemlogik entwickelt haben. Schließlich war eine Rollenbestimmung und -klärung zwischen den hoheitlich tätigen, ein Wächteramt des Staates ausübenden Instanzen und den im Vertragswege handelnden Sozialleistungsträgern notwendig. In der Praxis trat der MDK in der Vergangenheit teilweise an die Stelle regional fehlender Aktivitäten der Heimaufsichtsbehörden.

Ansatzpunkte für eine Harmonisierung der beiden Systeme waren für den Gesetzgeber folgende Punkte:

1. Zusammenarbeitsgebot
2. Gründung von Arbeitsgemeinschaften
3. Umfassende gegenseitige Information; Regelungen über den Datenaustausch
4. Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen
5. Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr oder zur Qualitätssicherung
6. Kostenregelung

(1) Zusammenarbeitsgebot: *„Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zum Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und zur Sicherung einer angemessenen Qualität des Wohnens und der Betreuung in den Heimen sowie zur Sicherung einer angemessenen Qualität der Überwachung"* sind

- die Heimaufsichtsbehörden und
- die Pflegekassen,
- deren Landesverbände,
- der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und
- die zuständigen Träger der Sozialhilfe verpflichtet, *„eng zusammenzuarbeiten."* (§ 20 Abs. 1 HeimG) Eine analoge Regelung findet sich in der Pflegeversicherung (§ 117 SGB XI). Allerdings erstreckt sich das dortige Zusammenarbeitsgebot lediglich auf die Landesverbände der Pflegekassen, den MDK und die Heimaufsichtsbehörden.

Bei dem Zusammenarbeitsgebot handelt es sich nicht um einen bloßen Programmsatz, sondern um eine verbindliche *Rechtspflicht*. Stellt die Heimaufsichtsbehörde z. B. Mängel in einem Pflegeheim fest, so hat sie sich mit der Pflegekasse und dem Sozialhilfeträger mit dem Ziel der Verständigung in Verbindung zu setzen, bevor sie Aufsichtsmaßnahmen ergreift. (Begründung zu § 20 Abs. 1 HeimG)

Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach diesem Buch kann allerdings durch eine Zusammenarbeit mit den Heimaufsichtsbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden. (§ 117 Abs. 2 SGB XI)

(2) Arbeitsgemeinschaften: Die in Abs. 1 genannten Akteure bilden Arbeitsgemeinschaften. Den Vorsitz und die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft führt die Heimaufsichtsbehörde, falls nichts Abweichendes durch Landesrecht bestimmt ist. Die Beteiligten tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit entstehenden Kosten selbst. (§ 20 Abs. 5 HeimG). Analog dazu verpflichtet das SGB XI die Landesverbände der Pflegekassen und den Medizinischen Dienst zur Mitwirkung in den Arbeitsgemeinschaften nach HeimG. Die Arbeitsgemeinschaften arbeiten darüber hinaus *„mit den Verbänden*

der Freien Wohlfahrtspflege, den kommunalen Trägern und den sonstigen Trägern sowie deren Vereinigungen, den Verbänden der Bewohnerinnen und Bewohner und den Verbänden der Pflegeberufe vertrauensvoll zusammen. " (§ 20 Abs. 6 HeimG)

(3) Umfassende gegenseitige Information (und Beratung), Datenaustausch: Im Rahmen der engen Zusammenarbeit sollen sich die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften gegenseitig informieren, ihre Prüftätigkeit koordinieren sowie Einvernehmen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Abstellung von Mängeln anstreben. Die genannten Akteure sind berechtigt und verpflichtet, die für ihre Zusammenarbeit erforderlichen Angaben einschließlich der bei der Überwachung gewonnenen Erkenntnisse untereinander auszutauschen. (§ 20 Abs. 2 HeimG) Ist die nach dem Heimgesetz zuständige Behörde der Auffassung, dass ein Vertrag oder eine Vereinbarung mit unmittelbarer Wirkung für ein zugelassenes Pflegeheim geltendem Recht widerspricht, teilt sie dies der nach Bundes- oder Landesrecht zuständigen Aufsichtsbehörde mit. (§ 20 Abs. 4 HeimG)

Die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sind berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der zuständigen Heimaufsichtsbehörde die ihnen nach diesem Buch zugänglichen Daten über die Pflegeheime, insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die personelle und sächliche Ausstattung sowie über die Leistungen und Vergütungen der Pflegeheime, mitzuteilen. (§ 117 SGB Abs. 3 XI) Die zuständigen Heimaufsichtsbehörden und die zuständigen Träger der Sozialhilfe sind berechtigt, die für Zwecke der Pflegeversicherung nach den §§ 80, 112 bis 115, 117 und 118 SGB XI erhobenen personenbezogenen Daten zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist. (§ 97b SGB XI) Das lässt sich auch so formulieren: Im Rahmen der gegenseitigen Informationsverpflichtung ist ein weitgehend freier Datenaustausch zulässig. Personenbezogene Daten sind allerdings vor der Datenübermittlung vielfach zu anonymisieren. (§ 117 Abs. 3 SGB XI).

(4) Terminabsprachen: Die Landesverbände der Pflegekassen, der MDK und die Heimaufsichtsbehörden sollen sich absprechen in Bezug auf Termine und das Vorgehen bei einer gemeinsamen oder arbeitsteiligen Überprüfung von Heimen Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. (§ 117 Abs. 1 SGB XI)

(5) Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen: Die Landesverbände der Pflegekassen, der MDK und die Heimaufsichtsbehörden sollen sich über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen verständigen. (§ 117 Abs. 1 SGB XI) Stellt der Medizinische Dienst bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben nach dem SGB XI Sachverhalte in einem Pflegeheim fest, die geeignet sind, das Wohl der Heimbewohner zu beeinträchtigen, hat er unverzüglich die zuständige Heimaufsichtsbehörde zu unterrichten. (§ 118 Abs. 4 SGB XI)

(6) Kostenregelung: Die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht entstehenden Kosten. Eine Beteiligung an den Kosten der Heimaufsichtsbehörden oder anderer von der Heimaufsichtsbehörde beteiligter Stellen oder Gremien ist unzulässig. (§ 117 Abs. 5 SGB XI)

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen im stationären Sektor

Problemaufriss

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde im Geltungsbereich des Gesetzes das Selbstkostendeckungsprinzip durch das Prinzip der „leistungsgerechten Vergütung" abgelöst. (§§ 82, 84, 89 SGB XI, siehe auch Artikeln 12 und 14 des Grundgesetzes) Dieser Begriff verbindet die Verpflichtung und die Erbringung qualitätsgesicherter Leistungen auf einem bestimmten Niveau mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Es bleibt aber ein Spannungsverhältnis. Aus der Sicht der Pflegeeinrichtungsträger besteht die sich daraus ergebende Problematik darin, dass sie nach Unterzeichnung der Versorgungsvertrages zu einer qualitätsvollen Pflege verpflichtet sind – und zwar unabhängig davon, wie hoch die Pflegevergütung ist. Die Qualitätsverpflichtung steht gerade nicht unter Finanzierungsvorbehalt. (Klie 2000, 93 f.) Einerseits schließt das begrenzte Leistungsversprechen der Pflegeversicherung („Teilkaskoversicherung") zwar mögliche und sogar wünschenswerte Hilfen grundsätzlich aus, andererseits müssen ihre Leistungen „wirksam" sein. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 29 SGB XI) setzt damit (Ergebnis-) Qualität gleichsam voraus – fordert allerdings die Erbringung der Leistungen mit dem geringst möglichen Kostenaufwand und unter strikter Orientierung am Maß des Notwendigen. Anders formuliert: Die zu vereinbarenden Pflegesätze und Entgelte sollen auf den zu erwartenden Bedarf der Pflegeeinrichtung unter der Prämisse einer wirtschaftlichen Betriebsführung basieren.

Schwierig ist die Preisfindung freilich insofern, als der Pflegequalitätsbegriff im Sozialleistungsrecht kein absoluter, sondern ein funktionaler, anpassungsbedürftiger. Maßstab ist einerseits der Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, andererseits die Beschränkung auf das Maß des Notwendigen. Der Preis für Gesundheitsleistungen ist immer ein politischer Preis, der nicht nur eines fachlichen, sondern auch eines breiten gesellschaftlichen Diskurses bedarf. Dies gilt – angesichts der erst halben Professionalisierung der Pflege – für Pflegeleistungen erst recht.

Der maßgebliche Qualitätsstandard der Pflegeversicherung wird nach geltendem Recht in den auf Bundesebene getroffenen Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Leistungsträger sowie der Einrichtungsträger nach § 80 sowie in den Rahmenvereinbarungen auf Länderebene nach § 75 festgelegt. Wie auch immer man im Einzelnen die derzeit vereinbarten Qualitätsrichtlinien bewerten mag – unstrittig dürfte sein, dass diese nur punktuell konkret sind (z. B. in Bezug auf die

Anforderungen an die leitende Pflegefachkraft). Eine besondere Schwierigkeit besteht natürlich auch darin, dass hierzulande kaum Expertenstandards existieren, die bedarfsgruppenbezogen differenziert verdeutlichen, was jeweils unter dem pflegewissenschaftlich gesicherten Stand der Pflege zu verstehen ist.

Vor diesem Hintergrund waren Preisvereinbarungen bisher diffizil – besonders in der stationären Pflege. In der ambulanten Pflege bestand (und besteht) insofern wesentlich mehr Klarheit, als Art, Inhalt und Umfang der Leistungen bereits ungewöhnlich präzise im SGB XI selbst definiert sind; die Gerichte haben die so genannte „Grundpflege" nach § 36 weiter umrissen und damit für die Vergütungsvereinbarungen nach § 89 hinreichende Grundlagen gelegt. In der stationären Pflege fehlte es dagegen bisher an allgemein akzeptierten Maßstäben. Nicht zuletzt deshalb gelang es den Leistungserbringern nur unzureichend, ihre vielfältigen Leistungen und das Preis-Leistungsverhältnis transparent zu machen. Zumeist konnten sie Preisforderungen lediglich mit dem Hinweis auf Vergleichsheime und deren Kostensituation begründen. Dies reicht allerdings – wie eben dargelegt – nicht aus, da Preisangebote *ohne* konkrete Bezugnahme auf Leistungsinhalte und Leistungsmengen dem Konzept der leistungsgerechten Vergütung nach § 84 Abs. 2 nicht gerecht werden. (Klie 2000, S. 86 f.) Vor diesem Hintergrund hat zum Beispiel die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen in ihrem Berliner Memorandum vom 14. Januar 2000 genau das gefordert, was nun mit dem PQsQ eingeführt wurde: Eine Leistungsvereinbarung zwischen Pflegeeinrichtung und Pflegekassen bzw. ihren Landesverbänden, in der Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen beschrieben werden.

Prozedere

Bei teil- oder vollstationärer Pflege setzt der Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung ab dem 1. Januar 2004 den Nachweis einer wirksamen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung durch den Träger des zugelassenen Pflegeheims voraus; für Pflegeeinrichtungen, die erstmals ab dem 1. Januar 2001 zugelassen werden, gilt dies bereits ab sofort. Parteien der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2, also a) die Träger des einzelnen zugelassenen Pflegeheimes, b) die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie c) der für den Sitz des Pflegeheimes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe. (§ 80a Abs. 1 SGB XI)

„Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ist in der Regel zusammen mit der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 abzuschließen; sie kann auf Verlangen einer Pflegesatzpartei auch zeitlich unabhängig von der Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen werden. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von 6 Wochen ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei über die Punkte, über die keine Einigung erzielt werden konnte." (§ 80a Abs. 3 SGB XI)

Der Träger des Pflegeheims wird verpflichtet, *„mit dem in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung als notwendig anerkannten Personal die Versorgung der Heimbewohner jederzeit sicherzustellen. Er hat auch bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird. Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen in den Belegungs- oder Leistungsstrukturen des Pflegeheims kann jede Vereinbarungspartei eine Neuverhandlung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung verlangen."* (§ 80a Abs. 4 SGB XI)

Zum Inhalt der LQV

In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) werden die von der einzelnen stationären Pflegeeinrichtung erwarteten Leistungen nach der Art (Grundpflege, Behandlungspflege, Soziale Betreuuung, Hauswirtschaft) und der voraussichtlichen Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises definiert und die dafür notwendigen personellen und sächlichen Anforderungen vertraglich abgesichert.

Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen konkretisieren gleichsam einrichtungsbezogen die zwischen den Verbänden und Vereinigungen auf Bundesebene geschlossenen allgemeinen Vereinbarungen nach § 80 SGB XI. Sie treten neben den bisherigen Versorgungsvertrag und die Vergütungsvereinbarung. Logisch steht die LQV und damit die Definition der personellen, räumlichen und sächlichen Ausstattung als erster Schritt vor einer Entgeltvereinbarung; praktisch können aber die LQV im Rahmen von Pflege-satzverhandlungen zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden.

Das Gesetzgeber sieht in den Leis-tungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) ein notwendiges Bindeglied zwischen Versorgungsvertrag und Vergütungsvereinbarung. Die gesonderte Definition der Leis-tungen in der LQV soll dazu zwingen, Art und Umfang der von der einzelnen Pflegeeinrichtung zu erbringenden und ihr daher zu vergütenden Leistungen nicht nach der „Kassenlage" zu bestimmen, sondern ausschließlich nach Bedarf und Notwendigkeit. (PQsG-RegE S.20)

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) in Stichworten

- Vereinbarung auf der Ebene der einzelnen Einrichtungen über individuelle Leistungs- und Versorgungsstrukturen;
- Nur bei teil- und vollstationärer Pflege;
- Partner: Vertragsparteien des Pflegesatzverfahrens nach § 85
- Voraussetzung für Pflegesatzvereinbarung (ab 1. Jan. 2004)
- Vereinbarung in der Regel zusammen mit Pflegesatzvereinbarung, auf Wunsch einer Partei auch unabhängig davon
- Falls keine Einigung: Schiedsstellenentscheid

In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzulegen. Dazu gehören insbesondere:

1. „die Struktur und die voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege oder sozialer Betreuung,

2. Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim während des nächsten Pflegesatzzeitraums oder der nächsten Pflegesatzzeiträume (§ 85 Abs. 3) erwartet werden, sowie

3. die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter."

Die Festlegungen sind für die Vertragsparteien und für die Schiedsstelle als Bemessungsgrundlage für die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung unmittelbar verbindlich. (§ 80a Abs. 2 SGB XI)

Vergleichsmaßstäbe und Objektivierungen

Obwohl und gerade weil die LQV auf Einrichtungsebene ausgehandelt werden, müssten alle Vertragsparteien ein Interesse an Vergleichsmaßstäben und Objektivierungen haben. Befürchtung der Pflegekassen und der anderen Kostenträger ist, dass ihre Budgets durch die Finanzierung nicht qualitätsgesicherter und/oder unwirtschaftlicher Leistungen überstrapaziert werden. Auf der anderen Seite fiel es den stationären Einrichtungsträgern bisher schwer, Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistung darzustellen. Eine erfahrungsgemäß nicht ganz unberechtigte Befürchtung der Einrichtungsträger ist zudem, dass eine Einrichtung bei einer Einzelvereinbarung vor Ort „über den Tisch gezogen" werden könnte. Notwendig erscheinen von daher folgende Punkte:

1. Ein plausibler, gut dokumentierter Nachweis der Leistungsqualität jeder einzelnen Pflegeeinrichtung
2. Allgemein akzeptierte überbetriebliche Standards
3. Marktübersicht

An allen drei Punkten setzt das PQsG an.

(1) Dokumentierter Nachweis: Wenn schon nicht aus anderen Gründen, dann wird spätestens im Zusammenhang mit den LQV deutlich, dass Pflegeeinrichtungen Bedarf und Effizienz des Betriebes zu analysieren haben. Soweit noch nicht geschehen ist a) ein geeignetes Pflegequalitätsmanagement zu installieren sowie b) baldmöglichst mit einer aussagekräftigen Kosten-Leistungsrechnung zu beginnen. Ersteres wird auch in § 80 SGB XI gefordert. (Siehe oben) Letzteres wird durch Novellierungen der Buchführungsverordnung (PBV) gemäß § 83 Abs. 3 SGB XI befördert. (Auf die PBV kann hier allerdings nicht weiter eingegangen werden)

(2) Standards: Wesentliche Qualitätsstandards sind nach der diesbezüglich unverändert gebliebenen Konzeption der Pflegeversicherung zwischen den Verbänden der Pflegeeinrichtungsträger und der Kostenträger auf Bundes- bzw. Landesebene zu vereinbaren. Wie bereits erwähnt liegen noch keine neuen Verträge vor. Geändert wurden durch den novellierten § 80 SGB XI „lediglich" (allerdings nicht unwesentlich) die Regeln für die Vereinbarungen: Nach dem früheren Recht bestanden in der Praxis Unklarheiten hinsichtlich der Beendigungstatbestände und der Geltungsdauer der getroffenen Vereinbarungen geführt. Durch die

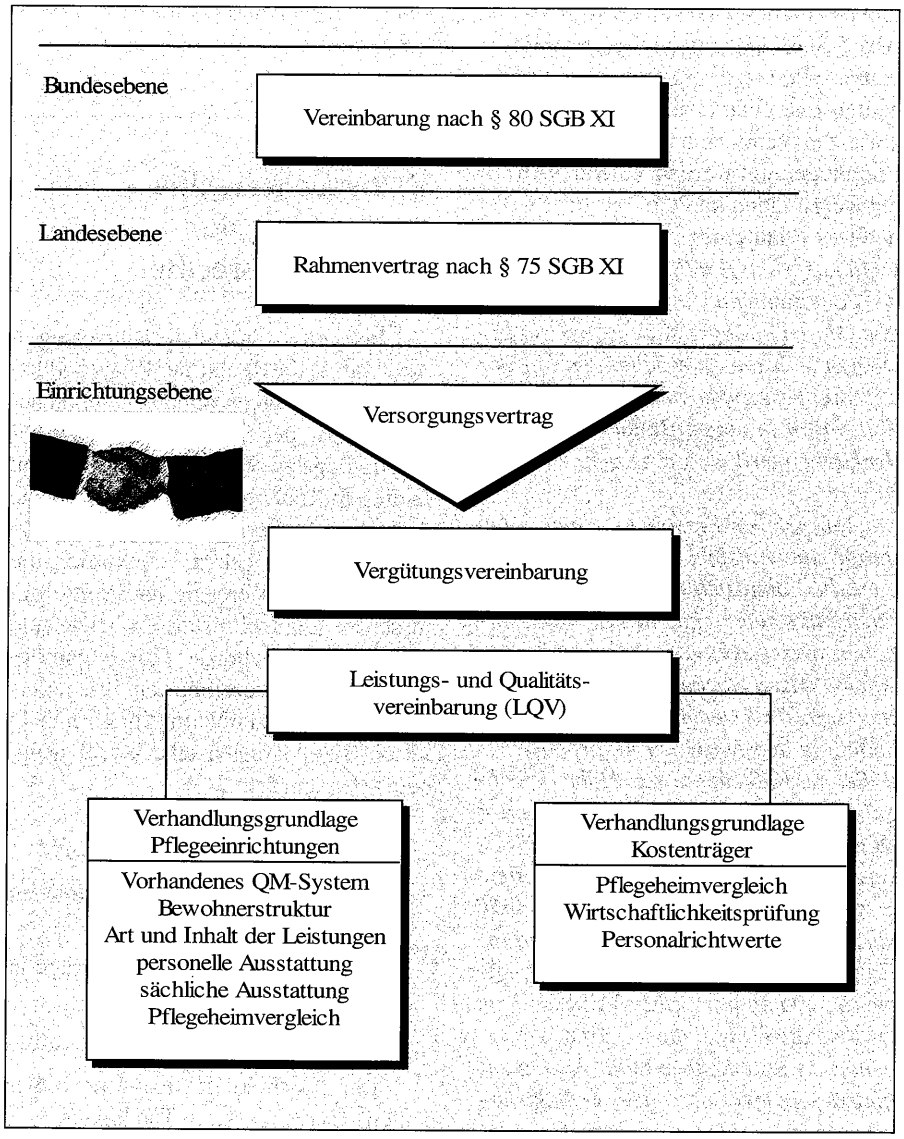

Abb. 3: Die LQV im Vertragssystem des SGB XI

Neufassung wird nunmehr klargestellt, dass jede Partei die Qualitätsvereinbarung unter Einhaltung einer Jahresfrist ganz oder teilweise kündigen kann. Zur Vermeidung vertragsloser Zustände ordnet die Regelung zugleich die Fortgeltung der Vereinbarung bis zum Neuabschluss an, wenn der vereinbarte Vertragszeitraum oder die Kündigungsfrist abgelaufen ist. (§ 80 Abs. 2 SGB XI) Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwölf Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden., zumindest wird aber sichergestellt, dass es stets solche Regelungen geben wird.

(3) Marktübersicht/ Pflegeheimvergleich:

Das PQsG ermächtigt die Bundesregierung einen Pflegeheimvergleich anzuordnen. (§ 92a SGB XI) Die Pflegeheime sind länderbezogen, Einrichtung für Einrichtung, insbesondere hinsichtlich ihrer Leistungs- und Belegungsstrukturen, ihrer Pflegesätze und Entgelte sowie ihrer gesondert berechenbaren Investitionskosten miteinander zu vergleichen. Der Pflegeheimvergleich wird von Stellen durchgeführt, die von den Spitzen- oder Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam beauftragt und aus Verwaltungsmitteln der Pflegekassen finanziert werden.

Die Verordnung soll sicherstellen, dass nicht nur die Kassen, sondern auch die anderen Kostenträger sowie die Pflegeheimträger über eine gleiche Informationsgrundlage verfügen. Er soll unter anderem als Hilfe und Vergleichsmaßstab dienen, und zwar

- beim Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen,
- bei Vergütungsvereinbarungen sowie
- bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität.

Aufgrund seiner Bedeutung und Zielsetzung ist ein fester Termin für die Vorlage der Ergebnisse des ersten Pflegeheimvergleichs (31. Dezember 2003) vorgesehen.

Zur Ermittlung der Vergleichsdaten ist vorrangig auf die verfügbaren Daten aus den Versorgungsverträgen, den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie den Pflegesatz- und Entgeltvereinbarungen zurückzugreifen. Der mit der Durchführung des Pflegeheimvergleichs beauftragten Stelle sind auf Verlangen aber auch zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, insbesondere auch über die von ihnen gesondert berechneten Investitionskosten. (§ 92a Abs. 3 SGB XI)

Personalabgleich

Auf Verlangen hat der Träger einer Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass seine Einrichtung das als notwendig anerkannte und vereinbarte Personal auch tatsächlich bereitstellt und bestimmungsgemäß einsetzt. (§ 80a Abs. 5 SGB XI) Leistungsträger, die vereinbarte Personalvorgaben gezielt missachten und finanziertes Personal nicht einsetzen, kann nach § 115 SGB XI das Entgelt gekürzt werden. (Siehe oben) In der Begründung im PQsG-RegE (S. 33) heißt es erläuternd: *„Beispiele aus der Prüfungspraxis der Pflegekassen zeigen, dass ein Bedürfnis nach einer Regelung über Personalabgleiche besteht. So bewegten sich die Abweichungen bei der Personalbesetzung von den vereinbarten Sollwerten in einem Bundesland in bedenklichen Größenordnungen.“*

„Ein solcher Personalabgleich kann durch eine Einsicht in die Dienstpläne oder die Lohnlisten (die das Pflegeheim schon aus steuerrechtlichen Gründen vorhalten muss) erfolgen. Dabei muss aus datenschutzrechtlichen Gründen sichergestellt sein, dass steuerrechtliche Sachverhalte, die den einzelnen Mitarbeiter betreffen (z. B. Steuerklasse, Höhe der Abgaben), der den Abgleich durchführenden Stelle nicht bekannt werden. Soweit das vereinbarte Personal tatsächlich nicht bereitgestellt oder bestimmungsgemäß eingesetzt wird, stellt sich künftig stets die Frage, ob eine Vertragsverletzung gegeben ist. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass durch die LQV die betriebliche und unternehmerische Verantwortung des Trägers nicht über Gebühr eingeschränkt werden darf. Dies bedeutet, dass dem Träger nicht die aus dieser Verantwortung entspringende Befugnis verwehrt werden kann, den Personalansatz in seinem Pflegeheim auch während der Laufzeit der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung an erlöswirksame Veränderungen in den Belegungsstrukturen des Heims anzupassen. Erhebliche Erlösausfälle können z.B. dann entstehen, wenn pflegebedürftige Heimbewohner der Pflegestufe III versterben und nur Pflegebedürftige der Pflegestufe I "nachrükken". In solchen Fällen wird das Heim den Anforderungen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung weiterhin gerecht, wenn die Personalanpassung entsprechend den Personalbemessungskriterien erfolgt, die der LQV zu Grunde liegen. Unverzichtbar ist allerdings, dass auch bei notwendigen Personalanpassungen die leistungs- und qualitätsgerechte Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird.“

Stärkung der Verbraucherrechte, Erweiterung der Mitwirkungsrechte

Übergreifendes Ziel die Bundesregierung war es, die Rechte der Pflegebedürftigen in ihrer Eigenschaft als Verbraucher am „Markt“ der ambulanten und stationären Pflege zu schützen und zu stärken. In diesem Kontext sind nicht zuletzt eine Reihe bereits oben beschriebener Schutzmaßnahmen zu sehen, namentlich die LQN, die ausdifferenzierten Prüfbefugnisse der Kontrollinstanzen MDK und Heimaufsichtsbehörde, Kürzungsmöglichkeiten der vereinbarten Pflegevergütungen sowie die Vermittlung bei nicht behebbaren Mängel in eine andere geeignete Pflegeeinrichtung).

Weitere wichtige Neuerungen sind:

- Stärkung des Verbraucherschutzes in den Heimverträgen
- Erstmals: Regelungen für Verträge in der ambulanten Pflege
- Mitwirkungsrechte des Heimbeirates
- Zahlungspflicht der Heimbewohner nicht über Entlassung/Tod hinaus
- Leistungs- und Preisvergleichsliste

Pflegeverträge in Heimen

Die organisatorische und fachliche Dominanz des Pflegeeinrichtungen kann bei Abschluss von Pflegeverträgen dazu führen, dass die berechtigten Interessen der Pflegebedürftigen nicht angemessen zur Geltung kommen. Zu vermuten ist dies insbesondere im Heimsektor, was bereits in der Vergangenheit zu ausführlichen Schutzbestimmungen im Heimgesetz geführt hat. Die Novellierung des HeimG setzt noch stärker als bisher auf Transparenz des Vertragsverhältnisses. Der Bewerber um einen Heimplatz soll die Leistungen und Entgelte der im Wettbewerb miteinander stehenden Heime vergleichen und sich jederzeit einen Überblick darüber verschaffen können, ob das Entgelt angemessen ist und welche Entgeltbestandteile er für welche Leistungen zu entrichten hat. Deshalb müssen im Heimvertrag nunmehr nicht nur die einzelnen Leistungen des Trägers (Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und weitere Leistungen), sondern auch die Entgeltbestandteile für diese einzelnen Leistungen gesondert aufgeführt werden (§ 5 Abs. 3 HeimG). Außerdem sind die allgemeine Leistungsbeschreibung des Heims sowie eine Beschreibung der Ausstattung in den Heimvertrag aufzunehmen.

Im Interesse größerer Transparenz ist der Bewohner auch auf die Möglichkeiten späterer Leistungs- und Entgeltveränderungen hinzuweisen (§ 5 Absatz 2). Die Entgelterhöhung muss im Einzelnen beschrieben und begründet werden (§ 7).

Darüber hinaus werden folgende Punkte neu aufgenommen:

- Die Erleichterung des Beschwerderechts des Bewohners. (§ 5 Absatz 10)
- Eine Differenzierung der Entgelte nach Kostenträgern ist unzulässig. Von einem selbstzahlenden Heimbewohner darf für die gleiche Leistung kein höheres Entgelt als von anderen Heimbewohnern verlangt werden. (§ 5 Absatz 6, Satz 2, 2. Halbsatz)
- Vereinbarungen über eine Fortgeltung des Vertrages über den Tod des Heimbewohners hinaus sind nicht mehr zulässig. (§ 8 Absatz 8)
- Minderungsanspruch bei Schlechtleistung des Trägers. (§ 5 Abs. 9)
- Die Erweiterung des Beratungsanspruchs des Bewohners gegenüber der Heimaufsichtsbehörde und der neu zu bildenden Arbeitsgemeinschaft. (§ 4 Abs. 1, § 5 Abs. 10)

Die Vorschriften über Heimverträge für Heime nach HeimG sind nach einer Regelung im SGB XI auch für solche zugelassenen Pflegeheimen anzuwenden, auf die das Heimgesetz keine Anwendung findet. Hierbei handelt es sich vor allem um Pflegeheime für Jugendliche, die aus dem Anwendungsbereich des Heimgesetzes ausdrücklich ausgeschlossen sind. (§ 119 SGB XI)

Pflegeverträge in der ambulanten Pflege

Im SGB XI werden erstmals (abgesehen vom Zivilrecht) Vorgaben zum Vertragsverhältnis zwischen dem Träger eines Pflegedienstes und den von ihm betreuten Pflegebedürftigen eingeführt.

„Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen (Pflegevertrag). (§ 120 Abs. 1 SGB XI) Nach der Systematik des SGB XI besteht ein Anspruch der Pflegebedürftigen gegenüber ihrer Pflegekasse auf die Gewährung von Sachleistungen, zu denen auch die häusliche Pflegehilfe gehört (§ 36 SGB XI). Die Pflegekasse ihrerseits hat gegenüber der jeweiligen zugelassenen ambulanten oder stationären Einrichtung einen Anspruch auf die vertragsgemäße Erbringung der Sachleistungen. (Sachleistungsprinzip, siehe Abb. 4)

Die zitierte Passage stellt für den Bereich der häuslichen Pflege klar, dass ein Pflegedienst, der die Betreuung eines Pflegebedürftigen übernimmt, neben seiner Leistungsverpflichtung gegenüber der Pflegekasse zugleich eine „individualrechtliche" Verpflichtung gegenüber dem Pflegebedürftigen eingeht. Das Sachleistungsprinzip wird insoweit ergänzt. Diese Einschränkung ist erforderlich, weil ein ambulanter Pflegedienst bekanntlich

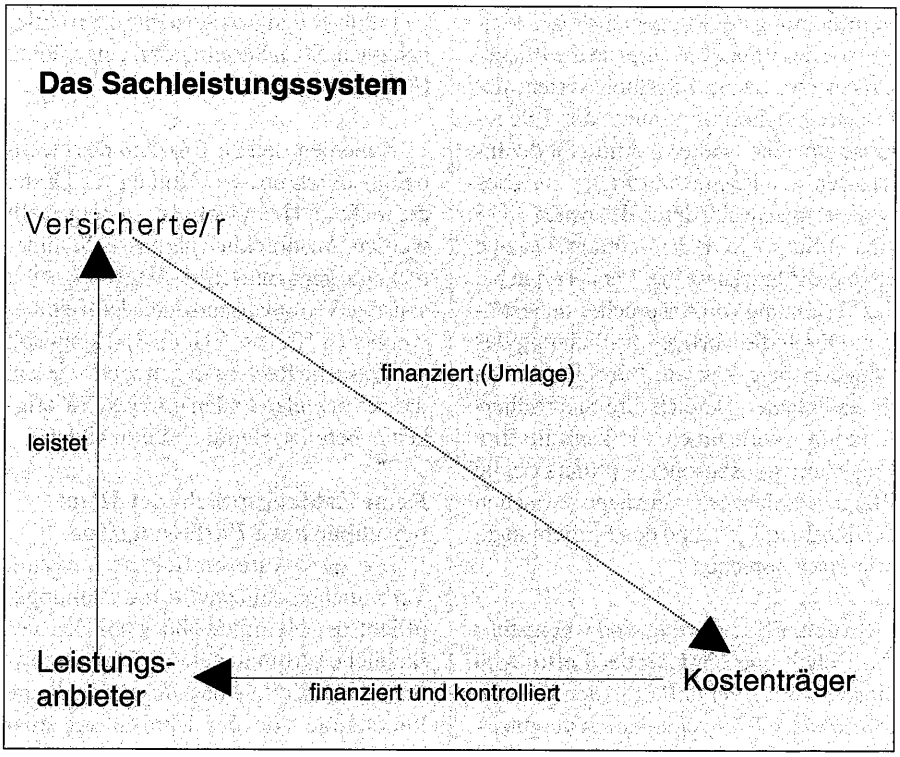

Abbildung 4

nur begrenzte Leistungen (Leistungskomplexe) erbringt und nicht „rund um die Uhr" für persönliche Sicherheit sorgen können . Diese Beschränkung erfordert andererseits, dass der Pflegedienst bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes die zuständige Pflegekasse hiervon in Kenntnis setzt.

Über die individualvertraglichen Verpflichtungen hat der Pflegedienst mit den Pflegebedürftigen einen Pflegevertrag abzuschließen und ihm und seiner Pflegekasse je ein Exemplar auszuhändigen Innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz kann der Pflegebedürftige den Pflegevertrag ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Frist kündigen. (§ 120 Abs. 2 SGB XI) Es handelt sich nicht um eine Kündigungsfrist, sondern um eine Frist innerhalb derer das Recht zur fristlosen Kündigung wahrgenommen werden kann.

Die Vorschrift sieht (wie dargelegt) die Verpflichtung der Pflegedienste zur Weitergabe des Pflegevertrages an die Pflegekassen vor. Im Sachleistungssystem der Pflegeversicherung kommt der Pflegekasse eine Sachwalterfunktion für die Interessen der Pflegebedürftigen zu. Dies wird beispielsweise durch den neuen § 115 Abs. 3 Satz 7 SGB XI deutlich. Danach kann die Pflegekasse ihre Versicherten bei der Verfolgung von Ansprüchen unterstützen. Durch die Vorlageverpflichtung des Pflegevertrages kann die Pflegekasse auch im ambulanten Bereich ihre Sachwalterfunktion wahrnehmen. Sie kann für ihre Versicherten insbesondere prüfen, ob die Pflegeverträge den Verträgen zwischen den Kostenträgern und den Einrichtungsträgern entsprechen.

In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben. (§ 120 Abs. 3 SGB XI) (Siehe für Details: Vogel 2002)

Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen den von der Pflegekasse mit Bescheid festgelegten und von ihr zu zahlenden leistungsrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach § 89 vereinbarten Vergütung berechnen. (§ 120 Abs. 4 SGB XI) Hierdurch wird ausgeschlossen, dass Pflegedienste zwischen den mit der Pflegekasse und den mit den Pflegebedürftigen abzurechnenden Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu Lasten der Pflegebedürftigen differenzieren können.

Mitwirkungsrechte

Die Mitwirkung des Heimbeirats wird erweitert und erstreckt sich künftig auch auf die Qualitätssicherungsmaßnahmen, auf die Überwachung durch die Heimaufsicht (§ 10 Abs. 1 HeimG) sowie die Beteiligung an den Vergütungsverhandlungen (§ 7 Abs. 4 und 5 HeimG). Analog dazu werden in der Pflegeversicherung dem gewählten Heimbeirat Mitwirkung bei der Vorbereitung der Pflegesatzverhandlungen zwischen dem Heimträger und den Kostenträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträgern) eingeräumt. (§ 86a SGB XI).

Außerdem soll die Effizienz des Heimbeirats durch dessen Öffnung für Dritte, die nicht im Heim wohnen, sichergestellt werden. Ausdrücklich als passiv Wahlberechtigte genannt werden Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen der Heimbewohner (§ 10 Abs. 5 HeimG). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass es in vielen Fällen große Schwierigkeiten bereitet, Heimbeiräte zu bilden.

Keine Zahlungspflicht der Heimbewohner nach Entlassung/Tod

Als ein weiterer Schritt hin zum Verbraucherschutz wird die Zahlungspflicht der Heimbewohner auf den tatsächlichen Aufnahme- und Entlassungstermin reduziert, so dass auszugsbedingte Leerstände von der Einrichtung ausschließlich über die Finanzierungsverhandlungen aufzufangen sind. (§ 87 Abs. 1 SGB XI)

Leistungs- und Preisvergleichslisten

Die zuständige Pflegekasse benennt jedem Pflegebedürftigen, der bei ihr versichert ist, spätestens mit der Bewilligung seines Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine sachkundige, ortsnah erreichbare Vertrauensperson, an die sich der Pflegebedürftige mit der Bitte um Rat oder Hilfe wenden kann. In Notfällen hat die Vertrauensperson sofortige Hilfe zu vermitteln. (§ 7 Abs. 3 SGB XI)

Eine weitere Neuregelung stellt sicher, dass die von den Pflegekassen zu erstellende Preisvergleichsliste (künftig: Leistungs- und Preisvergleichsliste) nicht nur Angaben über Vergütungen und Entgelte, sondern auch über die Leistungen der Pflegeeinrichtungen anhand der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung beinhaltet. (§ 7 Abs. 3 SGB XI) Dies war im ambulanten Sektor bereits üblich und wird nun durch die jeweilige Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80 a SGB XI (auf die die Pflegekassen zurückgreifen können) auch im stationären und teilstationären Sektor möglich. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erhalten damit eine aussagekräftige Entscheidungshilfe bei der Auswahl eines Pflegeheims als bloße Preisvergleichslisten. Angesichts der vom Gesetzgeber gewollten Konkurrenz und der schon oben angesprochenen output-orientierten Finanzierung (in den LQV), scheint es für die Einrichtungen unumgänglich, ihren Dienstleistungskatalog einer konsequenten Überprüfung zu unterziehen und zugleich verbraucherfreundlich transparent zu machen.

Neue Leistungen für Demenzkranke und andere Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf

Mit dem Pflegeleistungsergän-zungsgesetz werden für altersverwirrte, aber auch für geistig behinderte und psychisch kranke Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf zusätzliche Leistungen und verbesserte Versorgungsangebote im Rahmen des SGB XI etabliert. Der Gesetzgeber hat damit aber erklärtermaßen nur einen „ersten Schritt" unternehmen wollen. Begründet wird dies wie folgt:

„Derzeit stehen für Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung jähr-

lich rd. 0,28 Mrd. Euro zur Verfügung. Bei diesem Betrag sinkt der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung auch längerfristig nicht unter die gesetzliche Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben ab. Leistungsverbesserungen, deren Ausgabenvolumen sich nicht im Rahmen dieses Finanzspielraums bewegen, wären nur über eine Anhebung des gesetzlich festgelegten Beitragssatzes von 1,7 vom Hundert zu finanzieren. Dies würde jedoch dem ebenfalls in der Koalitionsvereinbarung festgelegten Ziel der Bundesregierung widersprechen, die Lohnnebenkosten zu senken und so die Grundlagen für mehr Wachstum und Beschäftigung in Deutschland zu schaffen. Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung können daher derzeit nur in dem Umfang verantwortet werden, den der Beitragssatz von 1,7 vom Hundert zulässt. Aufgrund dieser bestehenden finanziellen Rahmenbedingungen ist es nicht möglich, mit diesem Gesetz die Demenzproblematik durchgreifend zu lösen, der Teilsicherungscharakter der Pflegeversicherung wird grundsätzlich auch in diesem Bereich nicht verändert werden können.“ (Begründung zum PflEG-RegE)

Neue Leistungen:

(1) Häuslich Pflegebedürftige, bei denen der medizinische Dienst der Krankenversicherung einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf festgestellt hat, erhalten einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Diese zusätzlichen finanziellen Mittel sind zweckgebunden einzusetzen für bestimmte, im Gesetz aufgelistete qualitätsgesicherte Sachleistungsangebote zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Dazu zählen Leistungen der Tages- und Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege oder der niedrigschwelligen Betreuungsangebote sowie besondere Angeboten der zugelassenen Pflegedienste im Bereich der allgemeinen Anleitung und Betreuung. (§ 45b Abs. 2 SGB XI)

(2) Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige werden mit insgesamt 20 Millionen Euro pro Jahr aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung unter finanzieller Beteiligung der Länder oder Kommunen gefördert werden. Hierbei geht es zum einen um den Auf- und Ausbau sog. niedrigschwelliger Betreuungsangebote. Als grundsätzlich förderungsfähig kommen dabei in Betracht:

- (Ehrenamtliche) Betreuungsgruppen für Demenzkranke,
- Helferinnenkreise zur stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
- die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer,
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige sowie
- Familienentlastende Dienste

Zum anderen sollen im Rahmen von Modellprojekten Möglichkeiten einer integrativ ausgerichteten Versorgung und Vernetzung der für die Pflegebedürftigen erforderlichen Hilfen erprobt werden. Darüber hinaus können die Spitzenverbände der Pflegekassen mit bis zu 5 Millionen Euro pro Jahr modellhaft personenbezogene Budgets und neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige erproben. (§ 45c)

(3) Bestehende Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen werden verbessert und erweitert, insbesondere durch Ausbau beratender Hilfen im häuslichen Bereich. Der in § 37 SGB XI vorgesehene Pflege-Pflichteinsatz wird stärker als Beratungsbesuch ausgestaltet und erfährt durch die Vorgabe eines bundeseinheitlichen Standards eine entscheidende Qualifizierung. (§ 37 Abs. 5 SGB XI) Da „demente“ Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen in besonderer Weise der Hilfestellung und Beratung im häuslichen Bereich bedürfen, um den mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbundenen Pflegealltag besser bewältigen zu könne, erhalten sie einen Anspruch auf einen 2. Beratungsbesuch in dem gesetzlich vorgeschriebenen Intervall. (§ 37 Abs. 3 SGBXI)

(4) Flankiert werden sollen diese Maßnahmen durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit von Bundesregierung und Pflegekassen, die Verständnis für die Situation insbesondere demenziell erkrankter Menschen wecken, Anleitungen zum Umgang mit ihnen geben, Maßnahmen der Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder Verhinderung einer Verschlimmerung aufzeigen und Grundlagenwissen für eine bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung dieser Pflegebedürftigen vermitteln soll.

Berechtigter Personenkreis

Der Gesetzgeber hat mit Bedacht Abstand davon genommen, den engen Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI an Ort und Stelle zu verändern. Vielmehr werden die Erweiterungen explizit im neuen Abschnitt „Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ verankert. An dem auch und gerade aus der Pflegewissenschaft kritisierten, engen Begriffsverständnis ändert sich damit also nichts. (Ohne wesentliche Korrekturen an den Grundparametern der Pflegeabsicherung, Stichwort Beitragssatzstabilität, wird sich daran auch nichts ändern – dies unterstreicht die oben zitierte Begründung zum PflEG noch einmal eindrücklich.)

Der berechtigte Personenkreis wird in § 45a SGB XI wie folgt definiert:

(1) „Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung."

Auswirkungen auf die Pflege

Die Neuregelungen schreiben den Trend zur Erhöhung der Transparenz und minutiösen Durchnormierung der Leistungserbringung fort. Der Druck auf die Einrichtungen, ihre Qualität nachzuweisen ist erheblich gestiegen, die Dokumentation des Pflegeprozesses – eigentlich bereits seit Jahren obligatorisch – wird noch wichtiger. Das bedeutet auch, dass der Anteil der indirekten Pflege (Dokumentation) am Arbeitsvolumen einer Pflegefachkraft weiter zunehmen wird. Fest stehen dürfte, dass in vielen Einrichtungen (namentlich in Einrichtungen, deren Träger es nicht gelingt, die vorhandene Strukturqualität in entsprechende Entgeltvereinbarungen umzusetzen, oder in Einrichtungen mit suboptimaler Arbeitsablauforganisation) die Arbeit für das Pflegepersonal noch dichter (und anstrengender) wird. „Nischen" für Mitarbeiter werden tendenziell weiter abgebaut.

Auf der anderen Seite erhält die Professionalisierung der Pflege weiter Auftrieb. Die Pflege hat sich inzwischen als Leitdisziplin für den Geltungsbereich des SGB XI profilieren können. Anzunehmen ist, dass in den nächsten drei Jahren für entsprechend weitergebildete Pflegefach-kräfte zahlreiche Stellen im Sektor der verstärkt ausgebauten internen und exter-nen Qualitätssicherung entstehen werden. Voraussetzung dafür war, dass die Rol-le als Sachverständiger (nach Anfangsschwierigkeiten im Einzelfall) nunmehr als originäres Handlungsfeld entsprechend spezialisierter Pflegeexperten akzeptiert wird. (Häseler 2000) Bereits im Vorfeld des PQsG stieg die Stellenanzahl für Pflegefachkräfte im MDK im Vergleich zum Vorjahr um fast sieben Prozent; mit einer weiteren Zunahme ist zu rechnen. Insgesamt sind gegenwärtig knapp 1000 Pflegefachkräfte beim MDK beschäftigt. (Grünhagen/Wagner 2001, S. 37; Siehe Tabelle 2)

Berufsperspektiven eröffnen sich möglicherweise auch bei den Kommunen. Den Heimaufsichtsbehörden, die bisher praktisch ohne fachpflegerischen Sachverstand auszukommen glaubten, wird durch das novellierte Heimgesetz nahe gelegt, bei bestimmten Fragen Pflegefachkräfte (oder Ärzte) hinzuzuziehen. Vorstellbar ist, dass über kurz oder lang zumindest einige Heimaufsichtsbehörden Pflegefachkräfte beschäftigen werden. Ist die Tür für die Pflege in der Kommunalverwaltung einmal eröffnet, könnte dies auch auf andere Handlungsfelder ausstrahlen, namentlich auf das Case Management, das bisher in den Kommunen Domäne der Sozialarbeiter ist.

	31.12.1999 Mitarbeiter/ innen.	31.12.1999 Vollstellen	31.12.200 Vollstellen	Veränderung 1999 2000
Ärztinnen und Ärzte	2.116	2.020	2.023	+ 0,1 %
Pflegefachkräfte	924	836	893	+ 6,8 %

Tabelle 2: Personalstatistik MDK (Quelle Grünhagen/Wagner 2001, S. 37

Befördert wird auch die Pflegewissenschaft. Bisher schon hatten die Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen gemäß SGB XI den Auftrag, eine Versorgung entsprechend dem „allgemein anerkannten Stand medi-

zinisch-pflegerischer Erkenntnisse" zu pflegen (§§ 11, 28, 69 SGB XI). Dies strahlt nunmehr auch auf das Heimgesetz auf. (Siehe Begründung zu § 3 HeimG-RegE). Abgesehen davon, dass sich im Kontext der Gesetzesnovellierungen zahlreiche neue forschungswürdige Fragen ergeben, kann das PflEG mit seinen Mittelbereitstellungen explizit als Pflegeforschungsprogramm angesehen werden.

In dem Maße wie Pflege sich als wissenschaftliche Disziplin etabliert, erhöht sich auch die Nachfrage nach entsprechender Kompetenz in gesellschaftlichen Institutionen. Pflegemanager sitzen sich inzwischen immer öfter auf „beiden Seiten des Tisches" gegenüber, d.h. sie vertreten

- die Verbände der Pflegeeinrichtungen sowie
- die Pflegekassen und den Medizinischen Dienst der Pflegekassen.

Pflegerischer Sachverstand wird im Übrigen auf der Makroebene der Verbände und Systemgestaltung natürlich auch von den Fachverbänden der Pflegeberufe eingebracht. Das SGB XI sah bisher folgende Beteilungen (im Sinne von Mitwirkung und Anhörung) der Berufsverbände vor:

- Grundsätze und Maßstabe für die Qualität und die Qualitätssicherung (§ 80 SGB XI a.F.);
- Richtlinien der Pflegekassen (§ 17 SGB XI);
- Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses (§ 78 Abs. 2 SGB XI).

Neu ist nun, dass

- die Verbänden der Pflegeberufe auch bei den Empfehlungen zu Verträgen nach § 75 SGB XI zu beteiligen sind;
- die Formulierung „eng zusammen arbeiten" als Charakterisierung der Mitwirkung im Zusammenhang §§ 75, 80 SGB XI;
- Ferner die den Arbeitsgemeinschaften nach § 20 HeimG auferlegte Pflicht zur „vertrauensvollen" Zusammenarbeit mit den Verbänden der Pflegeberufe)

Zahlenmäßig fallen die in der Verwaltung der Kassen- und Verbände sowie in der Auftragsforschung und Politikberatung entstandenen und entstehenden Arbeitsplätze für Pflegeexperten zwar wohl nicht weiter ins Gewicht (genaue Angaben liegen m. W. nicht vor), gleichwohl kann von ihnen eine unterstützende Wirkung für die weitere Professionalisierung erwartet werden.

Dr. Jörg Alexander Hallensleben
(geb. Meyer), Krankenpfleger
und Unternehmensberater
Pflege Consult GbR
Schönhausenstr.7, 28203 Bremen
hallensleben@pflegeconsult.de

Literatur

a) Gesetze/Verordnungen

PQsG – Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (BGBL. I S. 2320 vom 9. September 2001)

PQsG-RegE – Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG – Bundestags-Drs. 14/5395)

PQsG-RefE – [Referenten-] Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 27. April 2000

PflEg – Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs- Ergänzungsgesetz – PflEG) (BR-Drs. 460/01)

HeimG – Heimgesetz in der Fassung des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes (Bundesgesetzblatt Teil I, S. 2960 vom 09. November 2001)

HeimG-RegE: Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes. (Bundestags-Drs. 14/5399, Quelle: http://dip.bundestag.de/btd/14/053/1405399.pdf)

HeimPersV: Heimpersonalverordnung in der Fassung der Ersten Verordnung zur Änderung der HeimPersV vom 22.06.98 (BGBl I 1998, Seite 1506

b) Allgemeine Literatur

BMFSFJ – Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. (Bundestags-Drucksache 14/5130) Berlin 2001

BMG – Bundesministeriums für Gesundheit (Hrsg.): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin 2000

Brüggemann, J.: Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – Korrekturbedarf. In: Pflege ambulant, 11. Jg. (2000) Nr. 4, S. 33-40

Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V.: Berliner Memorandum der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen. Hekt. MS, Berlin: Buko. 2000

Grünhagen, E.; Wagner, A.: Personalstatistik 2000 – MDK baut Stellen für Pflegefachkräfte aus. In: MDK-Forum, 5. Jg. (2001), Nr. 3/4, S. 37-39

Häseler, I.: Pflegerische Begutachtung nach dem sozialen Pflegeversicherungsgesetz. Hannover: Schlütersche 2000

Klie, T.: Leistungen und Entgelte in vollstationären Einrichtungen. In: Igl , G; Klie , (Hrsg.), Pflegeversicherung auf dem Prüfstand. Hannover: Vincentz-Verlag 2000 (S. 67-94)

MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege. Essen: MDS 2000

MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege. Essen: MDS 2000a

Meyer, J.A.: Der Weg zur Pflegeversicherung. Frankfurt/M.: Mabuse 1996

Pick, P.: Qualitätssicherung in der Pflege – Erfahrungen der Medizinischen Dienste und Erwartungen an das Pflege–Qualitätssicherungsgesetz. Pressestatement vom 6. Juli 2000. Hekt. Ms. Essen: MDS 2000

Rebscher, H.: Positionen der Ersatzkassen zum Referentenentwurf eines Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes. Thesenpapier von Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV für die Pressekonferenz „Qualität der Pflege des MDS und des VdAK am 6. Juli 2000 in Berlin. Hekt. Ms., Berlin: VdaK 2000

Schneekloth, U.; Müller, U.: Wirkungen der Pflegeversicherung. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127), Baden-Baden: Nomos 2000

Vogel, G.: Die Schriftform ist Pflicht – Was der Pflegevertrag laut PQsG enthalten muss. In: Häusliche Pflege, 11. Jg. (2002), Nr. 2, S. 16-21

Anmerkungen

1 Analog wird nunmehr auch mit den Prüfkosten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 verfahren. (§ 116 abs. 2 SGB XI)

2 Für die Pflegewissenschaft gilt, dass sie objektivierte Grundlage zur Beurteilung von Pflegeeinrichtungen bereit stellen muss. Konsensuskonferenzen, wie der nationale Standard der Dekubitusprophylaxe und -Versorgung sind hier ein gangbarer Weg.

Der DV Pflegewissenschaft im Internet
http://www.dv-pflegewissenschaft.de

Kontakt Geschäftsstelle: Info@dv-pflegewissenschaft.de

Redaktion Pflege & Gesellschaft:
Pflege-Gesellschaft@dv-pflegewissenschaft.de

Webmaster: Webmaster@dv-pflegewissenschaft.de