

– Fachbeitrag D31-2016 –

04.08.2016

Tagungsbericht zum 48. Kasseler Kontaktseminar „Zukunft der Pflegeversicherung – vom Babyboom zum Greisenstaat“ am 22. und 23. Februar 2016 in Kassel – Teil 2¹

Von Alice Dillbahner (B.A.), Universität Kassel

V. Qualitätssicherung aus verschiedenen Perspektiven

Prof. Dr. Peter Axer (Universität Heidelberg) stellte die „**Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung**“ vor. In §§ 113 ff. SGB XI sind die Maßstäbe und Grundsätze der Qualitätssicherung geregelt. Deren Basierung auf wissenschaftlichen Expertenstandards stelle einen grundlegend neuen Ansatz dar. Die entscheidendste Änderung sei jedoch die Schaffung eines Qualitätsausschusses (QA) (§ 113b Abs. 1 SGB XI), der sich aus Vertretern der Leistungsträger und Leistungserbringer zusammensetzt und die bisherige Schiedsstelle ablöst. Zudem könne der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) beteiligt werden. Ein Stimmrecht für die Patientenvertreter gebe es hingegen nicht. Während die bisherigen Schiedsstellen laut Gesetz weisungsungebunden waren, unterbleibe diese Klarstellung für den QA. Zudem müssten Entscheidungen „im Einvernehmen“ getroffen werden. Sofern es zu keiner einvernehmlichen Entscheidung kommt, werde der Ausschuss um drei unparteiische Mitglieder und einen unparteiischen Vorsitz ergänzt. Dieses Amt soll Karl-Josef Laumann vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übernehmen, worin Axer jedoch einen Interessenkonflikt sah. Vorbild für den QA sei offensichtlich der Bewertungsausschuss in § 87 Abs. 3 SGB V. Fraglich sei jedoch, inwieweit eine solche Übertragung von der gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflegeversicherung gelingen kann. So erhielten mit der PKV auch Parteien ein Stimmrecht, die keine Vertragspartei sind, gleichzeitig würden außenstehende Vertragsparteien durch die Beschlüsse des QA vertraglich gebunden. Die Entscheidungen des QA hätten zudem einen Doppelcharakter, da sie kein Verwaltungsakt, sondern Normsetzung seien. Auch aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzung könne der QA nicht als Vertragsorgan angesehen werden. Vielmehr sei die Schaffung eines Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) der Pflege angebracht. Eine institutionelle Verbindung mit dem G-BA der Krankenkassen

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D31-2016 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Dillbahner: Tagungsbericht zum 48. Kasseler Kontaktseminar „Zukunft der Pflegeversicherung – vom Babyboom zum Greisenstaat“ am 22. und 23. Februar 2016 in Kassel – Teil 2; Beitrag D31-2016 unter www.reha-recht.de; 04.08.2016.

sen (§ 91 SGB V) wäre angesichts der ohnehin schon bestehenden Verzahnung und Zusammenarbeit sinnvoll. Mit der Rechtmäßigkeit der Richtlinienkompetenz des G-BA und Regelungen über nicht beteiligte Dritte habe sich bereits das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) befasst und diese für hinreichend legitimiert angesehen. Die Leistungsausgestaltung müsse jedoch ausreichend kontrolliert werden, da die Leistungsgewährung im Versicherungsfall sichergestellt sein müsse. Die Leistungsverweigerung in einem Entscheidungsprozess, der nicht den verfassungsrechtlichen Qualitätsanforderungen genüge, verletze die Grundrechte der Versicherten.

Prof. Dr. Andreas Büscher (Hochschule Osnabrück) widmete sich der „**Sicherung der Qualitätsstandards durch Pflege-TÜV**“. Im Rahmen der Pflegeversicherung sei die Qualitätssicherung erstmals außerhalb der Medizin thematisiert worden. Mit den MDK-Prüfungen wurde ein externes Prüfverfahren eingeführt, das auf Basis gemeinsamer Maßstäbe und Grundsätze Pflegeeinrichtungen und -dienste bewertet (sog. Pflege-TÜV). Der zweite Qualitätsbericht des MDS (2007)² habe zahlreiche Qualitätsdefizite aufgedeckt und damit medialen Druck auf die Politik ausgeübt. Daraufhin seien mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PFWG) von 2008 jährliche Prüfungen, Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV), Expertenstandards sowie eine Schiedsstelle eingeführt worden. Die PTV legten zahlreiche Prüfkriterien für den ambulanten und stationären Bereich fest. Diese lösten umfangreiche, auch gerichtliche, Auseinandersetzungen aus. Kritik sei u. a. an der Bewertungssystematik, der fehlenden Reliabilität und an der unzureichenden Fokussierung der Ergebnisqualität aufgekommen. Zudem mangle es an Konsens über geeignete Bewertungskriterien und inwiefern die Veröffentlichung der Beurteilungen überhaupt einen Einfluss auf die Qualität hat. Die Pflege-Noten, die bisher auf Basis der PTV vergeben wurden, fielen zwar extrem gut aus (Durchschnitt 1,2), jedoch ließe sich daraus nicht zwangsläufig ein tatsächlich positiver Impuls auf die Pflegequalität ableiten. So fördere das Bewertungssystem primär eine Fokussierung auf die von den Kriterien umfassten spezifischen (Problem)Bereiche. Die Pflegequalität hänge jedoch vom Prozess zwischen Leistungserbringer und Nutzer ab. Qualität von extern „hinein“ zu prüfen, sei schwierig. Die vergleichende Berichterstattung und Vergabe von Noten sei demnach fraglich. Externe Qualitätsprüfungen sollten vielmehr in einer beratenden und korrigierenden Funktion die interne Qualitätsentwicklung fördern. Das PSG II sehe eine Weiterentwicklung der Qualitätsprüfung vor. Bis zum 31. März 2017 sollen Instrumente für die Prüfung der Leistungsqualität in der stationären Pflege entwickelt werden und bis zum 31. März 2018 für die ambulante Pflege. Herausforderungen sah Büscher u. a. in der Klärung der Konsequenzen von Prüfergebnissen, im Zusammenspiel von interner Datenerhebung und externen Prüfungen sowie der Entwicklung von Hilfestellungen zum Verständnis der Berichte und Indikatoren.

Die „**Sicherung der Qualitätsstandards durch Heimaufsicht**“ betrachtete **Heinrich Griep** (Caritasverband für die Diözese Mainz). Rechtsgrundlage der qualitätssichernden Heimaufsicht sei das Heimordnungsrecht in Form der Landesheimgesetze. Im Zu-

² Zum vollständigen Bericht: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/Zweiter_Bericht_des_MDS.pdf.

ge der Föderalismusreform 2009 sei den Bundesländern erstmals diese Gesetzgebungskompetenz übertragen worden. Der Bund war damit nicht länger alleine für die Qualitätssicherung zuständig. Eine inhaltliche Abgrenzung der jeweils verbliebenen qualitätsrelevanten Gesetzgebungskompetenzen gehe aus dem Grundgesetz jedoch nicht hervor. Die öffentliche Fürsorge (ausgenommen das Heimrecht) (Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG) sowie das Heimvertragsrecht³ fielen im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung nach wie vor in den Regelungsbereich des Bundes. Landesrechtliche Änderungen oder Verschärfungen der Qualitätsanforderungen im Pflegeversicherungs- oder Heimrecht seien nur in den vom Bundesgesetzgeber ausgesparten Bereichen möglich. Die stetige Zunahme der Regelungsdichte des SGB XI sowie des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WVBG) gehe daher zu Lasten des Handlungsspielraums der Landesgesetzgeber. Eine über das Heimordnungsrecht hinausgehende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung oder die Kompensation struktureller Defizite sei unter diesen Voraussetzungen nur sehr eingeschränkt möglich. Zusätzlich wirke sich das Bestehen der beiden konkurrierenden Prüfungsinstitutionen MDK und Heimaufsicht nicht immer qualitätsfördernd aus. So führten z. B. kurz aufeinander folgende Prüfungen sowie unterschiedliche Prüfkriterien, aus denen zum Teil widersprüchliche Ergebnisse und Empfehlungen hervorgehen, zu unnötigen und qualitätshemmenden Belastungen. Griep sah daher eine gute Alternative in der Einrichtung eines Pflege-TÜVs auf Bundesebene.

Dr. Albrecht Philipp (Fachanwalt für Sozial- und Verwaltungsrecht, München) gab einen Einblick in die „**Sicherung der Qualitätsstandards durch Pflegedokumentation**“. Der wachsende Personalmangel werde auch in Zukunft zentrales Thema sein, mit den knappen personellen Ressourcen müsse daher sinnvoll umgegangen werden. Auch die Pflegedokumentation müsse sich auf ihre Kernfunktionen beschränken. Ihre ursprünglichen Aufgaben, die Zusammenführung von Informationen sowie ein planmäßiges Vorgehen nach dem „PDCA“-Prinzip⁴, werde mittlerweile davon überlagert, dass man sich der Dokumentation auch für Abrechnungssysteme, das Haftungsrecht, Kontrollsysteme (MDK, Heimaufsicht) und Pflegenoten bediene. Für die Pflegekräfte erscheine die Dokumentation daher als „Pflicht von außen“. Der Pflegeprozess gerate aus dem Fokus, rechtliche Detailregelungen und erheblicher Druck sorgten für Unsicherheiten und es bestehe eine deutliche Überlastung sowohl der Betroffenen als auch der Dokumentation. Auf Basis von § 113 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB XI seien die Maßstäbe und Grundsätze zur Regelung der Dokumentation als Teil der Prozessqualität geschaffen worden. Zusätzlich müsse jedoch auch den Anforderungen aus den PTV und Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR), den Landesrahmenverträgen sowie den Prüfkatalogen der Heimaufsicht entsprochen werden. Mit dem PSG II gebe es nun eine Neuorientierung. Der Fokus liege nicht mehr auf der Prozess- sondern der Ergebnisqualität (§ 113 Abs. 1a SGB XI) und die angestrebte Entbürokratisierung schaffe etwas Entlastung. Zudem sollen die Kontroll- und Abrechnungssysteme vermehrt auf andere Instrumente

³ Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen – Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBG).

⁴ Planung, Ausführung, Abgleich, Anpassung.

zurückgreifen. Die Pflegedokumentation bleibe im Kern zwar ein unverzichtbares Element professionell-reflektierter Pflege, müsse jedoch von der bestehenden „Überfrachtung“ befreit werden um i. S. d. § 113 SGB XI vertretbar und wirtschaftlich zu sein und in einem angemessenen Verhältnis zur pflegerischen Sorge stehen zu können.

Die anschließende Diskussion befasste sich u. a. mit den Pflegestandards, die vielmehr als Mindeststandards angesehen werden müssten und nicht alles regeln könnten, jedoch gesetzlich vorgegeben sein sollten. Wichtig sei hier eine sinnvolle Darstellung der Ergebnisse nach außen. Die Pflegedokumentation sei eher ein Mittel zum Zweck, das von zahlreichen Ebenen überlagert sei, weshalb die Dokumentation oft nicht der Realität entspreche und aus Angst zu viel dokumentiert würde. Hier brauche es Fortbildungen zum Wesentlichen der Pflegedokumentation. Zudem wurde ein neues Instrument der Qualitätssicherung gefordert, mit den Neuerungen des PSG II sei der Weg dafür bereits gebahnt.

VI. Organisation der Pflegelandschaft – Chancen und Risiken einer Rückkehr zu den Kommunen

Prof. Dr. Felix Welti (Universität Kassel) referierte zur „**Organisation der pflegerischen Versorgung – Kommunale niedrigschwellige Angebote und Schnittstellen**“. Die Organisation der pflegerischen Versorgung falle sowohl in die Zuständigkeit von Bund, Ländern, Kommunen und Pflegekassen als auch der Wohlfahrtspflege und von Privaten. Grundlage dafür ist § 8 Abs. 1 SGB XI, wonach die pflegerische Versorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. In der öffentlichen Fürsorge und Sozialversicherung erfolge der Vollzug von Bundesgesetzen durch Landes- und Kommunalbehörden oder teilweise länderübergreifende Träger. Dies dürfe den Leistungsansprüchen jedoch nicht im Wege stehen, auch wenn eine entsprechende Koordination und Kooperation schwierig erscheint. Das SGB XI enthalte keine Regelungen zur Vorhaltung der Pflegeinfrastruktur, setze aber deren Nutzungsmöglichkeit voraus. Die Vorhaltung einer entsprechenden Versorgungsstruktur obliege den Ländern. Die Pflegekassen wiederum seien für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zuständig, für deren Umsetzung ihnen die Mittel des Vertragsrechts zur Verfügung stehen. Nach § 17 SGB I seien zudem auch die zuständigen Träger mitverantwortlich für die Infrastruktur. In den Verantwortungsbereich der Kommunen fallen neben der kommunalen Selbstverwaltung die (barrierefreie) allgemeine Infrastruktur, Beratung und Unterstützung, Betreuungsbehörden und Gesundheitsämter sowie die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Die Pflegeeinrichtungen versorgen und betreuen als eigenständige Träger gesellschaftlicher Verantwortung die Pflegebedürftigen. Je mehr Dienste und Einrichtungen in Anspruch genommen werden, desto mehr bestehe auch der Bedarf, sie strukturell einzubinden. Durch die Involvierung unterschiedlicher Leistungsträger weise das Leistungserbringungsrecht zahlreiche Schnittstellen auf. Diese bestünden z. B. in der Krankenbehandlung, der gesundheitlichen Prävention und der medizinischen Rehabilitation sowie bei Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Bei diesen fehle es insbesondere an einer der Lebensrealität entsprechenden träger- und sektorenübergreifenden Bedarfsfeststellung und Leistungsgewährung.

Der **„Bericht über Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“** von **Uwe Lübking** (Deutscher Städte- und Gemeindebund, Berlin) thematisierte die Aufgabe der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BLAG)⁵, wie die Erarbeitung von Empfehlungen für Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung, der Schaffung niedrigschwelliger Angebote zu Beratung sowie altersgerechtem Wohnen. Die zwei wesentlichen „Baustellen“ seien dabei die Kooperation und Koordination zwischen Ländern und Kommunen sowie die Schaffung einer verzahnten Pflegeberatungsstruktur gewesen. Die empfohlenen Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung umfassen u. a. die Förderung einer institutionalisierten regionalen und länderübergreifenden Zusammenarbeit, stärkere Konturierung der kommunalen Aufgaben in der Altenhilfe und eine Verknüpfung mit der Gesundheitsversorgung. Auch bei der Pflegeberatung bedürfe es einer besseren Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen, Kommunen und Ländern. Zudem solle es neben weiteren Maßnahmen ein Modellprojekt geben, in dem 60 „Modellkommunen Pflege“ neue Beratungsstrukturen erproben.⁶ Schwierig bei der Umsetzung der Maßnahmen sei die sehr differenzierte Ausgangssituation der Kommunen. Im Rahmen der BLAG habe es immer wieder Diskussionen zur Kostenverteilung und der Ausgestaltung eines Mehrbelastungsausgleichs gegeben. Viele Ideen seien wegen drohender Finanzverschiebungen wieder verworfen worden.

Abschließend erfolgte von **Lübking** ein **„Kommentar aus der Praxis der Kommunen zur Organisation der Versorgungslandschaft“**. Zu den Herausforderungen der Pflege gehöre neben dem demographischen Wandel u. a. auch eine Singularisierung und Heterogenisierung der Gesellschaft sowie der kommunalen Leistungsfähigkeit. Damit stünden nicht nur rechtliche, sondern auch finanzielle Problematiken im Vordergrund. Notwendige Handlungsansätze seien z. B. übergreifende Versorgungskonzepte und eine integrierte Entwicklung der sozialen Versorgung und Infrastruktur. Zudem sollte es eine verpflichtende kommunale Pflegestrukturplanung und Mitwirkung der Pflegekassen in regionalen Pflegekonferenzen geben. Kommunen sollte es darüber hinaus ermöglicht werden, über die Zulassung von Pflegeeinrichtungen mitentscheiden zu können, um so eine bedarfsgerechte und sozialraumorientierte Versorgung sicherstellen zu können.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.

⁵ Die BLAG, zusammengesetzt aus Vertretern des Bundes, der Länder und der Kommunalen Spitzenverbände, befasste sich von September 2014 bis Mai 2016 mit der Frage, wie verschiedene Angebote der Altenpflege und der Pflegeversicherung enger miteinander verzahnt werden können und wie die Planungs- und Steuerungskompetenz der Kommunen in der Pflege gestärkt werden kann.

⁶ Im Detail siehe: BMG (Hrsg.), Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf>.