

## **Antrag**

**der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Birgit Homburger, Dr. Karl Addicks, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Helga Daub, Jörg van Essen, Otto Fricke, Hans-Michael Goldmann, Joachim Günther (Plauen), Dr. Christel Happach-Kasan, Klaus Haupt, Ulrich Heinrich, Michael Kauch, Hellmut Königshaus, Dr. Heinrich L. Kolb, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Dirk Niebel, Günther Friedrich Nolting, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Dr. Dieter Thomae, Jürgen Türk, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Dr. Wolfgang Gerhardt und der Fraktion der FDP**

### **Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben – Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen**

Der Bundestag wolle beschließen:

#### **I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:**

Ziel eines Abbaus von Bürokratie muss es vorderrangig sein, den Pflegenden mehr Zeit für Pflege und soziale Betreuung des Pflegebedürftigen zu ermöglichen. Durch das zurzeit bestehende Übermaß an Bürokratie kommt die eigentliche Pflege am Menschen zu kurz. Die stationäre Pflege ist mit Gesetzen und Verordnungen überfrachtet. Für den Betrieb einer Pflegeeinrichtung sind Hunderte Vorschriften relevant. Hinzu kommen ein erheblicher Aufwand durch Doppel- und Mehrfachprüfungen, steigende Dokumentationspflichten sowie widersprüchliche Regelungen im Heimgesetz (HeimG) und Pflegeversicherungsgesetz. Laut Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VdAB) werden 40 Prozent der Arbeitszeit von Pflegekräften für verwaltende Tätigkeiten benötigt.

Die Pflegeeinrichtungen sind mit der Tatsache konfrontiert, dass die Struktur- und Prozessqualität detailliert festgelegt wird. Die Ergebnisqualität hingegen wird kaum beschrieben und überprüft. In der Folge müssen die Einrichtungen mit erheblichem Aufwand ihre Strukturen und Prozesse beschreiben. Die Zeit zur Optimierung der entscheidenden Qualitätsdimension, der Ergebnisqualität, und zur Pflege am Menschen nimmt so jedoch ab. Ein hohes Qualitätsniveau soll in die Einrichtungen über Gesetze und Verordnungen quasi hineinreguliert werden. Unternehmerische Kreativität und Eigenverantwortung, auch um Antworten auf die demografischen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte zu entwickeln, werden so weder gefordert noch gefördert. Pflegeeinrichtungen werden genauso wenig als Dienstleister betrachtet wie Pflegebedürftige als Kunden und Nachfrager.

Mehr als 40 Instanzen sind zur Prüfung in den Einrichtungen berechtigt. Die Prüfungen sind zwischen den Instanzen weder abgestimmt, noch einem gemeinsamen Katalog unterworfen, wobei die Prüfungsinhalte jedoch Schnittmengen

aufweisen. Erhebliche Widersprüche bei der Bewertung identischer Sachverhalte und damit unterschiedliche Prüfungsergebnisse sind die Folge. In einigen Fällen kommt persönliche Willkür des jeweiligen Prüfers hinzu. Die erhebliche zeitliche Beanspruchung für die Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung der zahlreichen Prüfungen bindet allerdings Personal und verkürzt somit die Zeit, die zur Pflege am Pflegebedürftigen selbst verbleibt.

Pflegende sind aufgrund der Vielzahl der Regelungen für ihren Bereich, die meist zusätzlich einen breiten Interpretationsspielraum in der Anwendung lassen bzw. als Bundesgesetze länderspezifisch ausgelegt werden, verunsichert. Die Folgen der Unsicherheit sind in der Pflegedokumentation besonders gut ersichtlich. Es wird „überdokumentiert“, teilweise ohne Bezug auf das zu erreichende Ziel Informationen über den zu Pflegenden gesammelt und jede am Pflegebedürftigen vorgenommene Leistung einzeln abgezeichnet. Das vermeintliche Ziel ist es, sich für den Fall eines durch eine der zahlreichen prüfberechtigten Instanzen festgestellten Mangels, auch haftungsrechtlich, abzusichern. Dabei bezweifeln einige Experten sogar, dass eine rechtliche Absicherung durch das bisherige Dokumentationsverfahren überhaupt möglich ist.

Die Dokumentation kann und wird so nicht als Arbeits- und Hilfsinstrument genutzt, beispielsweise um einen Pflegebedarf und den daraus resultierend Behandlungsbedarf zu ermitteln. Studien zeigen auch, dass insbesondere die Zielformulierung im Rahmen des Pflegeprozesses den Pflegenden Schwierigkeiten bereitet. Lösung kann es jedoch nicht sein, von politischer Seite eine Standardisierung der Pflegedokumentation, womöglich in föderalen Insellösungen, zu fordern. Über eine Entschlackung gesetzlicher Vorgaben für die Pflege muss hier ebenso nachgedacht werden wie über eine Steigerung der Professionalität der Pflege und der Pflegenden.

Die starre Festlegung bestimmter Anforderungen an Strukturen und Prozesse in der Hoffnung, auf diesem Weg ein höheres Qualitätsniveau zu erreichen, zeigt sich ebenfalls in der Überreglementierung des Personaleinsatzes. Die so genannte „Fachkraftquote“ (nach § 5 Abs. 1 HeimPersV) und die enge Definition der Pflegefachkraft (nach § 71 Abs. 3 SGB XI) fußen auf der Annahme eines kausalen Zusammenhangs zwischen Qualifikation und Qualität. Wer als Fachkraft gilt, ist wieder von Bundesland zu Bundesland verschieden. Ebenso variiert der Bezugswert der Fachkraftquote, Tag oder Schicht, zwischen den Bundesländern. Durch eine starre Fachkraftquote wird ein auf den individuellen Pflegebedarf abgestimmter Personaleinsatz nicht ermöglicht, die Sicherung von Qualität und ein effizientes unternehmerisches Handeln der Einrichtung sogar erschwert.

Die im Heimgesetz (§ 7 Abs. 3 und 4) und der Heimmitwirkungsverordnung (§§ 29 bis 33) vorgesehenen Mitwirkungs- und Informationsrechte sollen die Mitwirkung der Bewohner sichern und für mehr Transparenz im Betrieb der Pflegeeinrichtungen sorgen. In der Praxis wird jedoch kritisiert, dass in der bisherigen Form vielmehr der Aufwand gesteigert wird, als dass den Bewohnern wirkliche Mitentscheidungsrechte eingeräumt werden. Durch den gestiegenen Abstimmungsaufwand zwischen Heim und Heimbeirat werden die Pflegesatzverhandlungen einerseits erschwert und verlängert. Andererseits verfügt der Heimbeirat über keinerlei Rechte, Maßnahmen der Einrichtungsleitung zu verhindern oder eigene Maßnahmen durchzusetzen. Die Bewohner sind in der Folge eher verunsichert. Inhalt ihrer Stellungnahmen vor Aufnahme von Vergütungsvereinbarungen (nach § 7 Abs. 4 HeimG) sind auch vielmehr alltäglichere Forderungen, wie nach mehr Obst auf dem Speiseplan.

Der scheinbare Bedarf, Prozesse und Strukturen in der Pflege bis in das letzte Detail zu regeln, setzt die Pflegenden letztlich einem deutlichen Misstrauensvorbehalt aus, dass sie selbst nicht in der Lage wären, Leistungen mit hoher pflegerischer Qualität zu erbringen. Aufgrund weniger „schwarzer Schafe“, die in der Öffentlichkeit und in den Medien jedoch stärker wahrgenommen werden, ent-

steht das Bild, dass Einrichtungen und ihre Pflegemitarbeiter grundsätzlich Pflege minderer Qualität, wenn nicht gar gefährliche Pflege, leisten. Dieses Image ist für die Wachstumsbranche Pflege kontraproduktiv und verlangt, auch von Seiten der Politik, ein entschlossenes Gegensteuern. Das aktuelle, schlechte Image von Pflege kann bereits vorhandenen Personalmangel verstärken und demotiviert die in diesem Bereich Beschäftigten.

Die Ergebnisse des im November letzten Jahres vorgelegten Berichtes des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen („Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“) beruhigen nicht. Sie haben auch gezeigt, dass der bisherige Ansatz eines Hineinregulierens von Qualität in die Einrichtungen nicht zielführend ist. Die im Herbst zu erwartenden Endergebnisse des Runden Tisches Pflege greifen die Notwendigkeit der Entbürokratisierung ebenfalls nicht entscheidend auf. Wir brauchen dringend einen Paradigmenwechsel in der Pflege hin zu mehr Transparenz über die (Ergebnis-)Qualität der Leistungen verbunden mit unternehmerischer Eigenverantwortung und -initiative.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

- die Prüfkompentzen von Medizinischem Dienst der Krankenkassen (MDK) und Heimaufsicht zu konkretisieren sowie auf eine verbesserte inhaltliche und terminliche Zusammenarbeit der weiteren Prüfinstanzen hinzuwirken. Als ordnungsrechtliche Instanz soll die Heimaufsicht die Strukturqualität nach dem Heimgesetz prüfen. Sachverhalte die durch die Heimaufsicht geprüft werden, sollen nicht mehr durch den MDK geprüft werden. Der MDK prüft die Ergebnisqualität. Außerdem muss sich die Heimaufsicht mit den weiteren zur Prüfung berechtigten Instanzen abstimmen. Die Heimaufsicht und die weiter an einer Prüfung beteiligten Instanzen erstellen ein gemeinsames Ergebnis der Prüfung;
- Maßnahmen zu ergreifen, um die Transparenz über die Qualität der Pflegeleistungen zu erhöhen: Die Einrichtungen sollen ein Benchmarking nach bundeseinheitlichen Qualitätskriterien durchführen. Die Qualitätskriterien sind unter Mitarbeit der Leistungsträger in Abstimmung mit den Prüfinstanzen zu erarbeiten und sollen sich möglichst eng an dem Ergebnis des Pflegeprozesses orientieren. Für die einzelnen Qualitätskriterien sind zwischen Leistungsträgern und Prüfungsinstanzen Grenzwerte zu vereinbaren. Die durch die Einrichtungen realisierten Ausprägungen in den einzelnen Qualitätskriterien sind zu veröffentlichen, um den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder dem gesetzlichen Vertreter die Möglichkeit zu geben, eine Pflegeeinrichtung auch nach (Ergebnis-)Qualitätsgesichtspunkten auswählen zu können;
- die Regelungen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) auf ihre Erforderlichkeit und Praxistauglichkeit zu überprüfen. Sollten sie zu mehr Bürokratie beitragen, als dass sie zu spürbaren Qualitätsverbesserungen für die Pflegebedürftigen führen, ist durchaus auch ein Streichen (beispielsweise der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) und der Leistungs- und Qualitätsnachweise (LQV)) sinnvoll;
- schwerpunktmäßig zu anlassbezogenen und unangemeldeten ergebnisqualitätsorientierten Prüfungen im SGB XI überzugehen;
- Maßnahmen zur stärkeren Professionalisierung der Pflege und der Pflegenden einzuleiten. Dazu gehört unter anderem eine Ausweitung der Definition der Pflegefachkraft nach § 71 Abs. 3 SGB XI;

- die Felder der Mitwirkung der Bewohner dahin gehend zu überprüfen, ob eine Steigerung der Beteiligung erreicht werden konnte und gegebenenfalls zu überarbeiten;
- voneinander abweichende Regelungen im Elften Buch Sozialgesetzbuch und im Heimgesetz zu harmonisieren;
- die Erforderlichkeit und Praxistauglichkeit der §§ 12 und 13 HeimG (Anzeige-, Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten) zu überprüfen;
- die Regelungen des Heimgesetzes und der Heimindestbauverordnung (HeimMinBauV) daraufhin zu überprüfen, ob und inwieweit sie das Entstehen neuer Wohnformen (betreutes Wohnen, generationenübergreifendes Wohnen, Alten-Wohngemeinschaften) erschweren oder gar verhindern und gegebenenfalls die gesetzlichen Regelungen entsprechend anzupassen.

Berlin, den 15. Juni 2005

**Daniel Bahr (Münster)**  
**Birgit Homburger**  
**Dr. Karl Addicks**  
**Rainer Brüderle**  
**Angelika Brunkhorst**  
**Ernst Burgbacher**  
**Helga Daub**  
**Jörg van Essen**  
**Otto Fricke**  
**Hans-Michael Goldmann**  
**Joachim Günther (Plauen)**  
**Dr. Christel Happach-Kasan**  
**Klaus Haupt**  
**Ulrich Heinrich**  
**Michael Kauch**  
**Hellmut Königshaus**  
**Dr. Heinrich L. Kolb**  
**Jürgen Koppelin**  
**Sibylle Laurischk**  
**Harald Leibrecht**  
**Ina Lenke**  
**Sabine Leutheusser-Schnarrenberger**  
**Dirk Niebel**  
**Günther Friedrich Nolting**  
**Hans-Joachim Otto (Frankfurt)**  
**Cornelia Pieper**  
**Gisela Piltz**  
**Dr. Rainer Stinner**  
**Carl-Ludwig Thiele**  
**Dr. Dieter Thomae**  
**Jürgen Türk**  
**Dr. Claudia Winterstein**  
**Dr. Volker Wissing**  
**Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion**