

# 15. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG

## Enquetekommission

### „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

#### Öffentlicher Teil

9. Sitzung

Freitag, 24. April 2015, 10:00 Uhr

Stuttgart, Plenarsaal

(Kunstgebäude)

---

Beginn: 10:02 Uhr      (Mittagspause: 12:37 bis 13:30 Uhr)      Schluss: 16:10 Uhr

---

## T a g e s o r d n u n g

### Teil I – öffentlich

- Anhörung: „Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung“ ..... S. 1

**Teil II – öffentlich**

- Anhörung: „Finanzierung“ ..... S. 50

**Teil III – nicht öffentlich**

- Allgemeiner Beratungsstoff (Punkte 1 bis 4).....(gesondertes Protokoll)



15. Landtag von Baden-Württemberg  
Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg  
zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

**Öffentliche Anhörung**  
am Freitag, 24. April 2015, 10:00 Uhr,  
Plenarsaal (Kunstgebäude)  
„Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung“

**Ablaufplan**

Stand: 02.04.2015

Uhrzeit	Referent/in	Funktion/Institution
10:00	<b>Helmut W. Rüeck</b>	Vorsitzender der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
10:10 bis 10:25	<b>Elisabeth Beikirch</b>	Projektbüro Ein-STEP Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, fachliche Leitung Implementierungsstrategie Projektbüro Ein-STEP
20 Minuten Fragerunde		
10:45 bis 11:00	<b>Prof. Dr. Ulrike Höhmann</b>	Professur für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen; Universität Witten/Herdecke Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft)
20 Minuten Fragerunde		
11:20 bis 11:35	<b>Sonja Pfeiffer-Balic</b>	Pflegefachberaterin beim Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Baden-Württemberg
20 Minuten Fragerunde		
11:55 bis 12:10	<b>Michael Wipp</b>	Geschäftsführer der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft
20 Minuten Fragerunde		
12:30	<b>Allgemeine Fragerunde</b>	
12:45 Abschluss		



15. Landtag von Baden-Württemberg  
Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg  
zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

**Öffentliche Anhörung**  
am Freitag, 24. April 2015, 13:30 Uhr,  
Plenarsaal (Kunstgebäude)  
„Finanzierung“

**Ablaufplan**

Stand: 02.04.2015

Uhrzeit	Referent/in	Funktion/Institution
13:30	Helmut W. Rüeck	Vorsitzender der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
13:40 bis 13:55	Karl-Josef Laumann	Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit sowie Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung
20 Minuten Fragerunde		
14:15 bis 14:30	Dr. Pia Wieteck	RECOM GmbH (Fachverlag für Medizin und Pflege) Abteilungsleiterin Forschung & Entwicklung
20 Minuten Fragerunde		
14:50 bis 15:05	Dr. Christopher Hermann	Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg
20 Minuten Fragerunde		
15:25 bis 15:40	Walter Scheller	Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg
20 Minuten Fragerunde		
16:00	Allgemeine Fragerunde	
16:15 Abschluss		

(Beginn des öffentlichen Teils: 10:02 Uhr)

**Teil I – öffentlich**

**Anhörung: „Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung“**

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Meine Damen und Herren! Ich darf Sie alle sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung der Enquetekommission „Pflege“ zum Thema „Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung“ begrüßen. Ich begrüße die Mitglieder der Enquetekommission und natürlich ganz herzlich die Referenten des heutigen Vormittags. Das sind im Einzelnen: Frau Elisabeth Beikirch vom Projektbüro Ein-STEP, Frau Professorin Dr. Ulrike Höhmann – Professorin für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen an der Universität Witten/Herdecke –, Frau Sonja Pfeiffer-Balic – Pflegefachberaterin beim Arbeiter-Samariter-Bund Baden-Württemberg –, und Herr Michael Wipp – Geschäftsführer der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft.

Ich darf auch unsere Zuhörer heute wieder sehr herzlich begrüßen. Wir freuen uns über Ihr Interesse an der Arbeit der Enquetekommission.

Vielleicht für unsere Referentinnen und den Referenten – Herr Wipp kennt es schon; er ist ja auch Mitglied der Enquetekommission – folgende Hinweise: Die Vorträge sind auf 15 Minuten begrenzt. Vorn am Rednerpult läuft die Zeit für Sie als Orientierung rückwärts mit. Ich werde mich etwa eine Minute vor dem Ende der Redezeit ganz sachte durch ein visuelles Signal vorn bei Ihnen melden, dass Sie allmählich zum Ende kommen möchten.

Ich möchte keine langen Vorreden halten. Wir sind sehr gespannt auf die Vorträge, die unsere Arbeit unterstützen und bereichern sollen.

Ich darf als erste Referentin Frau Elisabeth Beikirch ans Rednerpult bitten.

**Sv. Frau Beikirch:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren Abgeordnete! Herzlichen Dank für die freundliche Begrüßung und die Einladung zu einem spannenden Thema. Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung sind heute Vormittag die Schwerpunktthemen, und jedes Thema allein wäre fast einen ganzen Vormittag wert. Wir sind hier gehalten, Ihnen in Kürze Dinge nahezubringen, über die wir später noch ein bisschen diskutieren werden. Ich will das versuchen; wenn die eine oder andere Verständnisfrage auftaucht, liegt das daran, dass ich jetzt versuche, etwas ganz Komplexes kurz und knapp darzustellen.

(Die Rednerin begleitet ihren Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 1.*)

Wie will ich das machen? Ich habe mir eine kleine Gliederung ausgedacht. Ich denke, ich sollte Ihnen kurz etwas zu dem Ausgangspunkt des Themas Dokumentation sagen. Ich sage immer: Eigentlich ist es fast absurd, dass sich Politik mit dem Thema Dokumentation auseinandersetzt. Herr Wipp lacht, aber das ist eigentlich ein Befund, der schon für sich spricht. Man muss sehr genau hinschauen: Wie kam es zu diesem Befund, dass Politik sagt: „Hier müssen wir handeln“?

Heute Nachmittag kommt Herr Staatssekretär Laumann, der das inzwischen sehr machtvoll vertritt. Ich führe diese Aktion zur Entbürokratisierung in seinem Auftrag und in gemeinsamer Verabredung mit ihm durch.

Danach möchte ich etwas zu Ihrem Fragenkomplex sagen, dazu, was man sich unter einer schlanken Pflegedokumentation in der Langzeitpflege vorstellen kann. Da orientiere ich mich natürlich ein bisschen an den Ergebnissen aus meinen Erfahrungen als ehemalige Ombudsfrau und aus dem Projekt.

Sie haben auch gefragt: Wenn man sich über eine schlanke Pflegedokumentation Gedanken macht oder aus der Politik fragt: „Was müssen wir denn hier flankieren?“, muss man dann nicht aufpassen, dass das nicht mit einer Absenkung von Qualitätsstandards einhergeht? Klar, das ist die zentrale Frage. Das ist bei dem Thema Bürokratie immer so; es steht immer im Spannungsfeld zu der Frage der Absenkung von Qualitätsstandards, ganz egal, welches Thema Sie nehmen.

Danach möchte ich Ihnen gern ganz kurz die Strategie nahebringen, die wir gemeinsam mit Herrn Laumann, mit allen Verbänden und ganz vielen anderen zentralen Akteuren verabredet haben, weil Ihre Fragen ja immer auch darauf abzielen: Wie kann man ein Gleichgewicht erreichen, derart, dass man tatsächlich alle Akteure, die bei dem Thema Dokumentation „angeprangert“ werden oder die dazu beigetragen haben, dass die Dokumentation so überbordend geworden ist, an Bord nehmen kann? Wenn es schon einen Erfolg dieses Projekts gibt, dann ist es, glaube ich, dass uns das in diesem Projekt seit zweieinhalb Jahren gelingt. Ich werde das an einigen Aspekten aufzeigen.

Also erstens: Dokumentation und Entbürokratisierung. Sie werden alle einschlägige Erfahrungen haben, wenn Sie Veranstaltungen machen: Was kommt Ihnen entgegen, wenn Sie das Thema Pflege ansprechen, wenn Sie eine Veranstaltung zum Thema Pflege machen? Es dauert keine zehn Minuten, und Sie sind bei dem Thema Dokumentation. Dann kommen immer ganz viele andere Botschaften; die habe ich Ihnen hier erst einmal aufgelistet. Ich war als Ombudsfrau fast anderthalb Jahre mit ganz vielen Menschen aus dem politischen Raum unterwegs. Erstaunlicherweise ging es immer um diese sechs Themen. Wenn Sie sich diese Themen anschauen, werden Sie sehen: Ich konzentriere mich heute auf das Thema Dokumentation. Warum? Weil bei diesen sechs Themen der Entbürokratisierung, wenn Sie das Thema Pflegedokumentation anfangen, allein drei wesentliche Aspekte der Entbürokratisierung mit bearbeitet werden können.

Sie gehen einmal an den Kern des Geschehens: Wie kann ich fachlich und qualitätsgesichert eine schlanke Pflegedokumentation aufbauen? Das ist die fachliche Seite. Sie müssen weiter natürlich eine rechtliche Einordnung vornehmen, damit das nicht gegen geltende Verträge verstößt; das ist ganz klar. Aber Sie sind sofort bei dem Thema „Parallele Prüfverfahren zwischen Prüfdienst der Privaten und MDK“ – dieses große Spannungsfeld der externen Qualitätssicherung durch die ganzen Prüfinstanzen. Unweigerlich kommt dann ein fünftes Thema hinzu: der Aufwand durch weitere ordnungsrechtliche Prüfinstanzen; das ist dann sehr stark auch ländergesteuert.

Ganz kurz etwas zu dem Punkt 3, den ich hier nicht fett markiert habe: Natürlich spielt der bei dem Thema Dokumentation auch eine Rolle. Es hat damals alle überrascht, dass der Punkt „Verordnungs-, Bewilligungs- und Abrechnungsverfahren in der Häuslichen Krankenpflege“ das drittprägnanteste Thema in der Entbürokratisierungsdebatte ist – ein ganz eigenes Thema, das man sich mit Sicherheit auch noch einmal extra vornehmen muss. Es spielt bei dem Thema Pflegedokumentation eine Rolle, aber da wir uns erst einmal sehr prägnant auf den Bereich SGB XI kapriziert haben, habe ich es hier nicht markiert.

Dokumentation und Entbürokratisierung: Mitten in die Arbeit und die Überlegungen, welche Themen man aufgreifen muss, wenn man sich mit der Entbürokratisierung in der Pflege beschäftigt, platzte dieser Bericht des Statistischen Bundesamts. Er sagt alles oder nichts. Man hat das Anlegen einer Dokumentation von Anfang bis Ende nach einem bestimmten Prinzip gemessen. Der Bericht hat uns damit konfrontiert, dass man in Deutschland pro Jahr 2,7 Milliarden € für die Pflegedokumentation ausgibt. Das ist eine gewaltige Zahl, die einen zunächst einmal hilflos macht, weil man nicht genau weiß, was dahinter steht. Wenn Sie sich einmal das anschauen, was ich Ihnen hier darstelle, welche Botschaften mir damals in der Entbürokratisierungsdebatte aus der Pflege entgegengekommen sind: „20 bis 30 % brauchen wir für Dokumentation“ – nicht wahr, Herr Wipp, das ist nach wie vor die Botschaft auf Veranstaltungen. Das Statistische Bundesamt hatte 13 % gemessen. Dieser Befund ist trotzdem stimmig; wenn Sie mit den Fachleuten aus der Praxis reden, dann merken Sie, dass diese mit dem Thema Dokumentation noch etwas anderes assoziieren als das, was das Statistische Bundesamt hier gemessen hat. Aber bleiben Sie nur bei dem Befund von 13 %; das entspricht einer Stunde pro Tag und Pflegefachkraft – das ist auch etwas, bei dem man sagen muss: Man sollte hier zumindest schauen, ob man daran etwas verändern kann.

Wenn man sich dem Thema Pflegedokumentation nähert, muss man es quasi inhaltlich schaffen, die Botschaften aus der Entbürokratisierungsdebatte mit den Dimensionen „fachlich“, „Recht“, „politisch“ und „Umsetzungsstrategie“ zusammenzubringen. Deshalb ist der Begriff „Reset Pflegedokumentation“ so prägnant geworden. Der ist deshalb so prägnant geworden, weil er ausgerechnet von einem prägnanten Vertreter der Medizinischen Dienste ausgesprochen worden ist, der wortwörtlich gesagt hat: Bei dem Thema Pflegedokumentation hat sich eine solche Projektionsfläche entwickelt, da ist aus unterschiedlichen Aspekten und Strategien so viel auf die Pflegedokumentation eingestürzt, dass man das Ding von Grund auf neu denken muss. Da kann man nicht

irgendwie etwas ein bisschen verbessern. Da haben wir uns durch ganz viele einzelne Aktionen, durch ganz unterschiedliche Handlungsverantwortungen offensichtlich veranant. Da gab es mit Sicherheit auch eine Fehlsteuerung. Wir müssen versuchen, diesen Prozess noch einmal von Grund auf neu zu denken.

So ist der Begriff „Reset Pflegedokumentation“ zu verstehen. Ich vermute, dass hier als Zuhörer auch einige Schülerinnen und Schüler der Pflegeberufe sitzen. Achtung: Wenn man einen solchen radikalen Systemwechsel vornehmen will und einen Paradigmenwechsel in Sachen Pflegedokumentation im politischen Raum und auf Bundes- und Landesebene umsetzen will, dann ist das nicht ohne Schulung und Übung umsetzbar. Das kann man nicht einfach eben mal so machen. Das muss auch allen Beteiligten klar sein.

Aber worum geht es? Wir haben auf der anderen Seite ja dramatische Befunde. Da wird von „angstgetriebener Pflegedokumentation“ gesprochen, da wird davon gesprochen, dass die Pflegenden den Eindruck haben, es gehe überhaupt nicht mehr um ihre Fachlichkeit, es gehe nur noch darum, dass sie dokumentieren. Wir haben in einem Praxistest erlebt, dass sie eine völlige Distanz zur Pflegedokumentation haben, dass das nicht mehr ihr Instrument ist. Ich sage immer: Allein wenn Sie diese beiden Befunde sehen, können Sie sich sämtliche Strategien sparen, jemanden für den Pflegeberuf zu gewinnen. Wenn man diese Befunde nicht aufhebt und nachhaltig verändert, wird man keine wirkliche und langfristige Freude in diesem Berufsfeld haben. Wir haben im Praxistest erlebt, was entsteht, wenn diese Bedrängnis auflebt.

Das Wichtigste ist also: Rückgewinnung des Stellenwerts der Pflegedokumentation für den beruflichen Alltag.

Ihre Fragen beinhalten: Was sind denn Leitplanken einer schlanken Pflegedokumentation? Das kann ich hier fachlich nur sehr gekürzt vorstellen. Ich will Ihnen kurz sagen, wie das Strukturmodell entstanden ist; die Historie habe ich eben schon geschildert. Ein klarer Auftrag vom BMG: Die Ombudsfrau sollte sich um die Entbürokratisierungsthemen kümmern, sollte der Politik Vorschläge machen. Dann war klar: Das zentrale Thema Pflegedokumentation muss 2012 ein Schwerpunkt werden.

Dann habe ich Expertengruppen zusammengerufen, und zu meiner großen Freude sitzen zwei der Experten hier. Frau Professorin Höhmann und Herr Wipp waren in den Expertengruppen mit dabei. Frau Höhmann wird ja wahrscheinlich noch einiges aus ihrer Perspektive dazu sagen. Aber wichtig war, dass diese Expertengruppen aus Praktikern, Wissenschaftlern und anderen Akteuren zusammengesetzt waren und dass hier nichts auf dem grünen Tisch entwickelt wurde, sondern dass wir in unterschiedlichen Gruppen – wegen der völlig unterschiedlichen Rahmenbedingungen getrennt für die ambulante und für die stationäre Pflege – versucht haben, lösungsorientiert zu arbeiten.

Dann hatten wir einen Vorschlag, den wir „Strukturmodell“ genannt haben; das stelle ich Ihnen gleich noch kurz vor. Weiter sind wir über die Legislaturperiode hinaus – auch



das gilt als kleines Wunder – in den Praxistest gegangen. Das heißt, wir haben das Thema in die nächste Legislaturperiode hinübergerettet. Sie wissen, dass Herr Laumann nach einigem Zögern jetzt sehr machtvoll und sehr authentisch – das ist unglaublich – dieses Thema aufgegriffen hat, weil ihm durch die Art, wie er sich dieses Thema erschlossen hat, deutlich geworden ist, dass hier ein großer Handlungsbedarf ist, den er aber auch – ich denke, zu Recht – aus seiner Sicht mit klaren Anforderungen an die Träger verbunden wissen will.

Neuausrichtung der Pflegedokumentation auf der Grundlage von Expertenberatungen: Ich nenne Ihnen die Headlines.

Zunächst: fachliche Verständigung auf eine wissenschaftsbasierte Grundstruktur, natürlich unter Einordnung juristischer Aspekte. Aber: erst fachliche Setzung, dann juristische Einordnung. Das ist die Botschaft, die die Juristen auch immer geben.

Bewusst die Entscheidung: keine Musterdokumentation. Vielmehr geben wir einen Rahmen vor, geben wir Leitplanken vor. In den Einrichtungen müssen sie dann die weiteren Elemente selbst entwickeln.

Wir wollen natürlich eine Rückgewinnung von zeitlichen Ressourcen. Da ist übrigens in der ambulanten und in der stationären Pflege ein etwas unterschiedlicher Befund.

Für Sie ist wahrscheinlich auch von Interesse: Wir wollen eine Anschlussfähigkeit bezogen auf die beiden anderen großen Themen: nämlich die indikatorengestützte Ergebnisqualität im Rahmen der externen Qualitätssicherung. Das Bundesministerium hat gesagt: „Bitte schafft nicht noch etwas Neues. Wir haben das neue Begutachtungsassessment; das gibt eine neue Logik vor. Greift doch diese Dinge auf, und seht zu, dass das Konzept in dem Strukturmodell hier den Regenbogen spannt.“ Ich glaube, Herr Wipp, das ist uns ganz gut gelungen, nicht wahr?

Pflegedokumentation entlang des Strukturmodells: Wie muss man sich das vorstellen? Wir haben vier Elemente kreiert. Weil ja immer wieder auch die Kritik aufkommt, wir hätten den Pflegeprozess abgeschafft, sage ich es hier noch einmal: Nein, diese vier Elemente bilden den Pflegeprozess ab. Aber wir haben ein Modell gewählt, das von der WHO deklariert wird. Wir haben gesagt: Verschriftet es nicht in sechs Schritten, verschriftet es in vier Schritten. Und wir haben ein neues Konzept gewählt, das sich auf fünf bis sechs Themenfelder konzentriert. Allein diese beiden Punkte sind natürlich – wenn Sie sich eine Pflegedokumentation in einer stationären Pflegeeinrichtung anschauen – ein enormer Punkt der Reduktion. Ich will das jetzt aber nicht weiter vertiefen.

Weiter haben wir die aktive Rolle des Pflegebedürftigen ganz in den Vordergrund gestellt. Vielleicht kann ich das nachher in der Diskussion noch einmal vertiefen. Es ist ja

ein erstaunlicher Befund, dass Pflegefachkräfte feststellen, dass ihnen dieser Fokus verloren gegangen war.

Zukunftsfähige und qualitätsgesicherte Gestaltung einer Pflegedokumentation und rechtliche Einordnung: Noch einmal: Es geht nicht um „weniger“, sondern es geht um „effektiver“ und „effizienter“. Es geht um eine zukunftsfähige Gestaltung mit Anschlussfähigkeit bezogen auf das neue Begutachtungsinstrument, aber es geht natürlich auch um die Weiterentwicklung der Pflegedokumentation nach fachlichen Kriterien. Diesen muss sie standhalten, ganz klar. Sie kann aber auch gleichzeitig zeitschonend sein, und vor allem müssen sich Pflegende wieder damit identifizieren.

Wir haben das rechtlich durchprüfen lassen. Sozialrechtlich – in den Grundsätzen und Maßstäben – spricht nichts dagegen. Wir haben in der letzten Legislaturperiode durch die Veränderungen im PNG, in § 114 a SGB XI noch einmal deutlich gemacht: Bei den Prüfungen kann es nicht nur um die Dokumentation gehen, sondern um die Trias: „Bitte redet als Kollegen miteinander, geht in den fachlichen Diskurs, redet mit den Menschen, und schaut auch in die Dokumentation, aber nicht nur.“ Dann kam dieser wunderbare Beschluss der Selbstverwaltung – um dieses Projekt und diese konzertierte Aktion, die wir mit allen zentralen Akteuren gebildet haben, zu stützen –, dass derjenige, der die Umsetzung der Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell durchführt, nicht gegen geltende Verträge verstößt.

Ich gebe auch immer noch einmal gern die Botschaft der Juristen weiter. Die Juristen sagen immer: „Schiebt nicht unsere Argumente in den Mittelpunkt. Das sind alles Argumente, die eigentlich viel später dran sind.“ Sie haben eine wunderbare Aussage dazu getroffen. Sätze wie „Ich stehe mit einem Bein im Gefängnis, wenn ich dokumentiere“ oder „Was nicht geschrieben ist, ist nicht gemacht“ haben sie alle durch ihre Veröffentlichung aufgelöst und in einen vernünftigen Kontext gestellt. Sie sagen: „Achtung, wir brauchen eine Erfüllung von Fachlichkeit, das Instrument der Kommunikation und Steuerung der Dokumentation für interne und externe Anforderungen der Qualitätssicherung.“

Ziele, wenn Sie ein solches Projekt machen – auch das waren Ihre Fragen –: Natürlich arbeiten wir ganz eng mit den Medizinischen Diensten und der Doku-Branche zusammen – mit der Doku-Branche eher etwas strategisch, mit den Prüfinstanzen aber ganz prominent. Warum? Wir schulen im Rahmen dieses Projekts, um alle mit ins Boot zu nehmen und diesen Widerspruch zwischen der Praxis und den Prüfinstanzen aufzuheben, nicht nur die Multiplikatoren in den Verbänden, damit dort Expertise entsteht. Wir haben erreicht, dass die gemeinsamen Prüfinstanzen miteinander in ein Schulungsprogramm gehen. Wir werden uns auch mit den Bildungsträgern auseinandersetzen, und mit der Dokumentationsindustrie sind wir im Gespräch.

Das ist das Organisations- und Kommunikationsmodell zu der bundesweiten Kommunikationsstruktur dieser Implementierungsstrategie.

Das ist das Ziel der Aktion: Entlastung und Motivation, Übersichtlichkeit, Praxistauglichkeit, zeitschonend, mehr Zeit für die direkte Pflege und – wenn ich den Blick des Trägers einnehme – ein Beitrag zur Gesundheitsförderung, indem die Pflegedokumentation kein Belastungsfaktor mehr ist und fachliche Kompetenz wieder in den Vordergrund tritt. Das muss das strategische Ziel sein; dann sind wir, glaube ich, alle auf dem richtigen Weg.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Beikirch. Sie dürfen gleich vorn bleiben; wir kommen zur Fragerunde. – Ich habe Wortmeldungen von Frau Dr. Engeser, Herrn Poreski, Herrn Haußmann und Herrn Hinderer vorliegen. – Frau Dr. Engeser.

**Abg. Dr. Marianne Engeser** CDU: Frau Beikirch, vielen Dank für Ihren Vortrag; das System leitet einen Paradigmenwechsel ein. Das ist für uns hochinteressant.

Ich habe drei Fragen. Erstens: Wie hoch schätzen Sie die Bereitschaft der Träger – also der Basis – ein, hier umzustellen? Das Zweite ist: Wie binden Sie MDK und Heimaufsicht ein? Wie sind die mit an Bord? Und drittens – wir sind hier in Baden-Württemberg –: Welche Bedeutung kommt den Bundesländern, speziell Baden-Württemberg, in diesem ganzen Prozess zu?

Danke schön.

**Abg. Thomas Poreski** GRÜNE: Herr Vorsitzender! Frau Beikirch, auch von meiner Seite aus herzlichen Dank. In der Form, wie Sie es vorgetragen haben, war es wirklich inspirierend bis begeisternd für mich als jemanden, der das aus der Praxis – sprich: Heimaufsicht, Einrichtungsleitung – auch schon passiv erleben durfte. Es ist da vieles sehr sympathisch, auch eine gewisse Verschiebung in der Wahrnehmung von der Prozess- zur Ergebnisqualität – ohne dass das Erstere damit wegfällt. Das gefällt mir außerordentlich gut, weil oft ja die sogenannte Prozessqualität die Ergebnisse komplett verschüttet hat.

Ich habe zwei Punkte, die ich in diesem Zusammenhang interessant fände. Das eine wäre die etwas weitere Perspektive: Wenn wir uns anschauen, wie eine gute Pflegedokumentation aussieht: Was bedeutet das für die Zufriedenheit bzw. die Lebensqualität der Betroffenen?

Zweitens: Haben wir da Möglichkeiten, mit Daten, die in irgendeiner Weise erhoben werden können – es gibt ja auch sinnvolle Daten; das haben Sie ja gut beschrieben –, so etwas wie einen internationalen Vergleich zur Qualität der Pflege herzustellen? Denn

unser Eindruck ist – wenn man sich andere Länder anschaut –, dass da zum Teil zumindest subjektiv wirklich sehr befriedigende Ergebnisse herauskommen mit einem deutlich niedrigeren bürokratischen Aufwand.

**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Sehr geehrte Frau Beikirch! Vorab hätte ich vielleicht die Bitte, dass Sie noch kurz etwas zu dem Projektbüro Ein-STEP in Verbindung mit dem IGES sagen. Ich kann das nicht so richtig einordnen und wäre Ihnen dankbar, wenn Sie dazu noch einmal etwas sagen könnten. Das hört sich ja wirklich sehr motivierend an und ist mit einer großen Hoffnung verbunden. Wenn das so klappt, geht es – da bin ich sicher – für Sie bestimmt gleich weiter, z. B. indem Sie vielleicht in der nächsten Stufe auch einen Ansatz in der Mindestlohnbürokratie finden.

**Sv. Frau Beikirch:** Erst machen wir es bei der häuslichen Krankenpflege.

**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Aber zu meinen Fragen: Sie haben den Paradigmenwechsel schön beschrieben und haben dargestellt, welche Zielvorstellungen und Planungen Sie haben. Aber ich vermisse ein bisschen die Zielvorgabe. Sie haben beschrieben, dass 30 % der Arbeitszeit – so wird es eingeschätzt – für die Dokumentation aufgewandt wird. Ich würde mir wünschen, dass man da einmal eine Zielvorgabe definiert: Was will man denn überhaupt erreichen?

Was ich nicht erkennen kann – die Implementierungsstrategie, die Schulungen usw. kosten ja auch Geld –: Gibt es da ein Budget? Wie wird das finanziert?

Haben Sie – das schließt an die Frage von Frau Dr. Engeser an – hinsichtlich dieser Struktur auch die volle politische Unterstützung der Länder? Denn auch die Bundesländer, bis hin zu den Heimaufsichten, die ja durchaus – bei uns zumindest – ein sehr individuelles Dasein genießen – – Haben Sie da die volle Unterstützung, sodass man da wirklich gemeinsam an das Thema herangeht, um diese Vorteile und Ziele zu erreichen, die Sie sehr gut und eindrucksvoll beschrieben haben?

**Abg. Rainer Hinderer** SPD: Herr Vorsitzender! Frau Beikirch, herzlichen Dank für Ihren interessanten Vortrag. Zwei ergänzende Fragen hätte ich noch. Zum einen: Können Sie noch ein paar Ausführungen dazu machen, was es konkret heißt, die pflegebedürftige Person in den Fokus der Dokumentation zu stellen? Das war jetzt für mich so schnell nicht nachvollziehbar.

Zum Zweiten würde ich einer Thematik nachspüren wollen, die mir immer wieder begegnet. Sie haben eingangs gesagt: 2,7 Milliarden € für Pflegedokumentation, und die Statistik sagt: 13 % Arbeitszeit für die Pflegedokumentation. Sie haben jetzt gesagt, aus der Praxis wird uns berichtet: 20 bis 30 %. Wir hatten hier auch schon Vorträge, in denen 40 % oder über die Hälfte der Arbeitszeit genannt wurden und lange Listen dargelegt wurden, was alles zu dokumentieren ist. Es gibt hier offensichtlich eine Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen, statistisch erhobenen Aufwand und dem von den Pflege-

kräften subjektiv empfundenen Aufwand. Wenn es Ihnen gelingt, über Ihren Ansatz des Resets die dafür aufzuwendende Arbeitszeit auf die Hälfte zu reduzieren, bleibt diese Diskrepanz doch noch bestehen und ist der Arbeitszeitanteil aus der Sicht der Pflegefachkräfte wahrscheinlich immer noch zu hoch. Was kann man da in Sachen Schulung tun, damit Dokumentation mit, sagen wir, mehr Lust und Empathie betrieben und als Teil der Fachlichkeit verstanden wird?

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Frau Beikirch, das sind interessante Fragen. Wir warten auf spannende Antworten.

**Sv. Frau Beikirch:** Jetzt tickt die Uhr wieder. Ich versuche, das systematisch abzuarbeiten.

Ich möchte gern anfangen mit der Frage der Unterstützung durch die Länder, weil dies mehrfach angesprochen wurde. Im Zuge dieses Prozesses waren in den Expertengruppen immer auch zwei Vertreterinnen aus den Ländern dabei. Wir haben sofort gewusst, dass die Länderbeteiligung ganz zentral ist. Denn wenn man das nachher herunterbricht, erkennen wir, dass sich das, was wir jetzt in der Implementierungsstrategie machen, auf der Länderebene abspielt. Wir können steuern, wir können Know-how zur Verfügung stellen. Deshalb bin ich froh: Es hat zu dieser Thematik schon zwei Beschlüsse der ASMK gegeben, einmal in der 90. und jetzt gerade aktuell in der 92. ASMK. Während bei der 90. ASMK noch, glaube ich, drei Länder zumindest ambivalent waren, das zu unterstützen, hatten wir jetzt in der letzten ASMK eine 16:0:0-Entscheidung, dass die Länder dieses Projekt, diese Implementierungsstrategie unterstützen, auch durch die Gründung von Kooperationsgremien. Schauen Sie einmal: Die Nummer 2 auf Folie 20 zeigt das, was jetzt auf Anraten aller Landespflegeausschüsse entstanden ist. Auch hier in Baden-Württemberg haben wir Kooperationsgremien, in denen auch alle zentralen Player sitzen, in denen sofort der Seismograf ist: Wie läuft z. B. die Umsetzung des Strukturmodells hier in Baden-Württemberg? Welche landesrechtlichen Geschichten muss man aufarbeiten? Was ist landestypisch? Welche fachlichen Fragen entstehen?

Wir legen also einen ganz großen Wert darauf, mit den Ländern zusammenzuarbeiten. Die Länderarbeitsgruppe hat zwei Vertreterinnen wieder benannt – Frau Dr. Entzian aus Schleswig-Holstein für die A-Länder und Frau Pinzhoffer-Irber aus Bayern –, sodass ich glaube, dass alle Länder gut informiert und eingebunden sind. Wir brauchen das auch; darauf legen wir großen Wert, von Anfang an.

Die Frage zum Projektbüro – um das Formale noch schnell abzuarbeiten –: Herr Laumann hat sich mit Herrn Gröhe darauf verständigt, dass das Thema Entbürokratisierung zu seinem Geschäftsbereich gehört. Ich hatte 2012 zu den sechs Themen einen Zwischenbericht geschrieben, u. a. auch zu dem Thema „Aussetzung von Transparenzkriterien“. Er hat diese gesamte Thematik übernommen und ist der Empfehlung gefolgt, dass die Pflegedokumentation eines der zentralen Themen ist. Dafür stellt er jetzt im Rahmen der Implementierungsstrategie erhebliche Summen zur Verfügung.

Deshalb auch gleich zu der Frage: Wo kommen die Gelder her? Er hat das Projektbüro beauftragt. Das ist die IGES Institut GmbH. Sie sehen ja: Wenn Sie so eine große Kommunikationsstruktur aufbauen, brauchen Sie einen Steuerer für Berichtswesen, für EDV-gestützte Aufnahmen, für Website, für Kommunikation. In diesem Projektbüro habe ich die fachliche Leitung für die gesamte fachliche Umsetzung. Also: Die einen steuern, machen das Berichtswesen, und wir machen die fachliche Leitung. Und: Es gibt fünf Regionalkoordinatoren, die in den Ländern verteilt jetzt die Schulung der Multiplikatoren übernehmen. Diese Schulungen der Multiplikatoren werden im Rahmen dieses Projekts finanziert. Es geht um 640 Multiplikatoren, die wir bis Mitte Juni geschult haben wollen, damit in allen Verbänden genügend Expertise da ist, sowohl in den freigemeinnützigen als auch in den privatrechtlichen, damit erst einmal die Expertise und das Wissen da ist, das Strukturmodell überhaupt umzusetzen.

Dieses gesamte Know-how wird vom Projektbüro zur Verfügung gestellt. Wir erarbeiten die zentralen Schulungsmaterialien; denn wir wollen, dass alle auf der gleichen Grundlage geschult werden. Die Multiplikatoren der Prüfinstanzen, die Multiplikatoren der Verbände und die Einrichtungen, die das umsetzen, finden in den zentralen Schulungsmaterialien, die wir im Projektbüro entwickelt haben, sogar ein Tool: Wie bereitet sich eine Einrichtung darauf vor? Was muss man bedenken – wirtschaftlich, fachlich, personell? Wir haben für sie sogar eine kleine Projektstruktur und einen Projektplan entworfen, wie so eine Umsetzungsstrategie in der Pflegeeinrichtung aussieht.

Es gibt also eine ganz starke Unterstützung beim fachlichen Know-how. Das ist alles finanziell abgesichert. Die Regionalkoordinatoren sind dann die Seismografen in den Ländern. Diese werden dann sowohl den Multiplikatoren für die Prüfinstanzen als auch den Multiplikatoren für die Verbände zur Verfügung stehen, um Fragen zu beantworten. Denn man kann nicht glauben, dass man dann, wenn man einmal in einer zweitägigen Schulung war, das gleich alles so kann.

Das ist also auf einen ganz starken unterstützenden Dialog ausgerichtet. Das ist die Funktion der IGES, und da ist dieses Projektbüro jetzt angesiedelt. Das war früher im BMG, und das war jetzt in dem Umfang einfach nicht mehr möglich.

Ist das dadurch klar geworden? – Okay, gut.

Zufriedenheit, Qualität der Pflege im internationalen Raum – diese Frage kann ich gut verstehen. Ich sage dazu zwei Botschaften, und dann schaue ich nach links, weil ich einfach hoffe, dass Frau Höhmann nachher vielleicht noch etwas dazu sagen kann, weil sie international mit Sicherheit einen ganz anderen Überblick hat. Aber: Die Zufriedenheit erreicht man dadurch, dass eine Pflegefachkraft plötzlich wieder weiß, warum sie dokumentiert und dass die Dokumentation ihr Arbeitsinstrument ist – dass dieses dazu da ist, den Pflegeprozess zu steuern, und dass sie nicht sinnentleerte Sachen schreibt. Ich glaube, Herr Wipp, Sie waren schon einmal hier und haben gezeigt, wie so etwas exzessiv aussieht.

Ich kann Ihnen sagen, was wir im Praxistest gemacht haben. Wir haben die 60 TeilnehmerInnen aufgefordert und haben gesagt: „Schaut euch einmal eure Pflegedokumentation an. Jedes einzelne Blatt hebt ihr auf. Fragt euch: Wozu ist das da? Wann habt ihr es eingeführt? Wie oft benutzt ihr es? Wem dient die Dokumentation? Was fangt ihr damit an? Was nutzt es euch im beruflichen Alltag für die Qualität einer guten pflegerischen Versorgung?“ Das hatte noch überhaupt nichts mit Paradigmenwechsel und Strukturmodell zu tun. Allein nach dieser Aktion waren alle Akten um ein Viertel kleiner.

Da löst man erst einmal Angst aus, weil man nämlich dann sagt: „Jetzt schaut noch ein bisschen tiefer und sagt: Wo ist denn eure Fachlichkeit? Warum schreibt ihr denn nicht kurz und knapp das auf, was ihr wisst?“ Da war für mich ein erstaunliches Erlebnis: Am schnellsten haben das die älteren MitarbeiterInnen verstanden. Die jüngeren waren derartig konditioniert auf bestimmte Prozesse, auf Kästchen und suchten diese Leitplanken. Ich glaube, ich verrate da kein Geheimnis und habe das deshalb an der einen Stelle auch gesagt: Da stößt man natürlich auch auf Bildungsfragen; das ist doch völlig klar. Da muss jetzt auch noch einmal ein ganz ernster Dialog mit der Ausbildung sein. Ich habe ja gesagt: Der Befund ist gravierend, und er betrifft alle; man kann nicht nur „einer“ sagen.

Es gilt im Rahmen des Projekts eine schöne Verabredung. Wir haben gesagt: „Wir hören jetzt einmal auf, uns gegenseitig etwas vorzuwerfen.“ Immer wird der Medizinische Dienst oder die Heimaufsicht beschuldigt, oder die Schule wird beschuldigt; irgendeiner wird immer beschuldigt. Das bringt überhaupt nicht weiter. Wir haben gesagt: Wir bilden jetzt die konzertierte Aktion und holen alle ins Boot; jeder hat irgendetwas dazu beigetragen, dass es so ist, wie es ist, und jeder versucht jetzt, in seinem Handlungsbereich die Frage zu beantworten: „Was ist mein Beitrag, damit es nie wieder zu so etwas kommt?“

Die Implementierungsstrategie ist darauf angelegt, diese Sache möglichst ein bis anderthalb Jahre durchzuführen, um dieses zu verstetigen und zu verfestigen. Aus meinem Blickwinkel brauchten wir zwei Jahre dazu, aber das ist okay; jetzt machen wir erst einmal ein Jahr. Denn wenn einmal eine so grandiose Fehlsteuerung auf unterschiedlichen Ebenen passiert ist – warum auch immer –, bekommt man das nicht über Nacht weg. Ich denke, Frau Höhmann wird dazu auch noch etwas sagen; das kann sie viel besser begründen als ich.

Aber das ist das Entscheidende: sich wieder zu identifizieren. Deshalb haben wir uns auch gegen eine Musterdokumentation entschieden. Denn was wäre passiert, wenn wir jetzt eine Musterdokumentation gemacht hätten? Wir hätten eine Grundsatzdebatte gehabt, ob die richtig oder falsch ist. Nein, wir sagen: Das sind die fachlichen Instrumente, die ihr braucht. Wir haben euch für eine Verschlankung zum Einstieg in den Pflegeprozess ein neues Instrument entwickelt. Aber wie jetzt eure Pflegedokumentation im Einzelnen aussieht, wie viele Blätter, das bestimmt die Größe eures Unternehmens, das bestimmt, ob man ambulant oder stationär tätig ist, das bestimmt, welche Ausprägung

ich haben will, ob ich vielleicht auch noch eine gewisse religiöse oder weltanschauliche Ausprägung einbringe. Das ist doch nicht der Kern; das kann man individuell steuern. Entscheidend ist, dass die Einrichtung ihren eigenen Pflegefachkräften hinsichtlich dieser Dokumentation wieder vermittelt: „Es ist unser Instrument, und ich weiß wieder, wofür ich schreibe.“

Wenn wir einen Erfolg im Praxistest hatten, dann bei denjenigen, die mit dem Strukturmodell richtig durchgestartet sind. Sie haben diese Effekte schon in diesen drei Monaten gehabt. Sie haben plötzlich ihre Fachlichkeit wiederentdeckt, sie haben ihre irrationale Angst vor haftungsrechtlichen Fragen und Risikoeinschätzungen verloren, und sie haben plötzlich entdeckt, dass sie dann, wenn sie sich auf den Kern der Aussagen der pflegebedürftigen Personen konzentrieren, eigentlich auch wieder bei dem Kern ihres Berufsbilds sind. Und dann sind sie bei der Sache. So schaffen Sie Motivation und Entlastung. Das hat ganz viel auch mit Schulung und grundsätzlicher Neuausrichtung zu tun. Anders geht es aber, glaube ich, nicht.

Ich glaube, Sie haben mich gebeten, noch einmal herauszuarbeiten, wie das mit dem Fokus des Klienten ist. Ich habe dazu natürlich nicht viele Folien mitgebracht; denn ich hatte ja nur diese Viertelstunde.

Indem wir gesagt haben: „Verschriftet den Pflegeprozess nicht mehr in sechs Schritten, sondern in vier Schritten“, haben wir die ersten drei Schritte des Pflegeprozesses zusammengefasst, und dafür haben wir – davon werden Sie schon gehört haben – die sogenannte Strukturierte Informationssammlung, die SIS. Die SIS ist ein Konzept. Das ist nicht ein neues Formular, sondern die SIS gibt eine neue Sichtweise für die Neuausrichtung der Pflegedokumentation vor. Als erstes Feld in der Strukturierten Informationssammlung steht jetzt nicht: „Alle fachlichen Setzungen; ich weiß genau, was er braucht, was er hat und welchen Pflegegrad er hat“, sondern als Erstes gehen sie in den Dialog mit den Menschen – dieses Feld ist sehr prominent – und fragen: „Sagen Sie einmal, warum kommen Sie eigentlich zu uns? Was erwarten Sie von uns? Wie sehen Sie sich selbst? Wie schätzen Sie sich in Ihrem Hilfebedarf selbst ein?“ Denn mitunter gibt der Pflegebedürftige mir da eine ganz andere Botschaft, die ich dann fachlich übersetzen muss. Ich muss erst einmal wahrnehmen, was seine zentralen Probleme sind, wie er seine Situation sieht“, um dann natürlich auch fachlich zu schauen, was mir die Situation sagt. Aber wie ich die fachliche Umsetzung und die Planung dann mache, wird von der Botschaft des Klienten getrieben.

Ich will einmal ein Beispiel geben: Ein Mensch kommt nach einem Schlaganfallereignis aus dem Krankenhaus; er ist querschnittsgelähmt; und dann sagt er in diesem Gespräch: „Wissen Sie, mein größter Wunsch ist: Ich will wieder laufen lernen.“ Mit dieser Diskrepanz muss die Pflegefachkraft umgehen; das muss sich in der Pflegeplanung widerspiegeln. Man muss sehen: Er wird wahrscheinlich nie wieder laufen lernen, aber das ist im Moment sein zentraler Wunsch; also muss doch meine Maßnahmenplanung darauf ausgerichtet sein.



Deshalb habe ich das hier hineingeschrieben. Bei der bisherigen Dokumentationspraxis ging dieser Blickwinkel verloren, und den haben wir im Praxistest ganz nach vorn geschoben. Dann haben wir etwas gemacht, Herr Wipp, was alle Ihre Mitarbeiterinnen erst einmal zum Absturz gebracht hat; wir haben gesagt: „Ihr schreibt das im Originalton in diese Spalte hinein.“ In dem ersten Feld B kann also auch stehen: „Eigentlich wollte ich überhaupt nicht in die Pflegeeinrichtung, aber meine Tochter will, dass ich hier einziehe.“ Oder da steht: „Meine größte Angst ist, dass ich hier abends nicht mehr meine Fußballschau sehen kann“, oder: „dass ich mein Glas Rotwein nicht mehr trinken kann.“ Das sind scheinbar triviale Botschaften; für den Klienten sind sie essenziell. Ob es die Einrichtung schafft, darauf einzugehen – darauf muss die Pflegedokumentation abspesen.

Das ist genau dieselbe Botschaft, die die Juristen auch gegeben haben. Sie haben gesagt: „Haltet diese Spielregeln ein, begründet klar, warum der Klient eure Empfehlungen zur Risikominimierung nicht einhält“ – er will kein festes Schuhwerk, obwohl er sturzgefährdet ist, er will weiter in seinen Pampuschen laufen –, „schreibt das kurz auf.“ Das ist im Modell dieser Verständigungsprozess. Dann könnt ihr euch noch notieren: In einer Woche suchen wir noch einmal das Gespräch; vielleicht war dieses Ergebnis jetzt der Anfangssituation geschuldet.“ Aber entscheidend ist, dass ich immer wieder schaue: Was ist denn die Botschaft des Klienten?

Denn sehen Sie einmal: Im ambulanten Sektor betreten Sie einen privaten Raum; im stationären Sektor ist es in der Regel der letzte Lebensraum, den wir diesen Menschen zur Verfügung stellen. Das ist kein Krankenhaus, es ist der letzte Lebensraum, und das wollten wir in der Pflegedokumentation abgebildet haben. Herr Wipp kann Ihnen erzählen, ob uns das gelungen ist. Ich meine: Da, wo es funktioniert hat, ist es gelungen.

Ist das noch einmal deutlich geworden? – Gut.

Jetzt das Thema „Bereitschaft MDK und Heimaufsicht“: Von Anfang an haben wir in den Expertengruppen durch die Länder indirekt die Heimaufsichten mit dabei gehabt. Wir haben immer einen prominenten Vertreter aus dem Medizinischen Dienst dabei gehabt. Wir hatten immer auch die Einladung an den Prüfdienst der Privaten, die ab und zu dabei waren. Wir haben das gemacht, weil uns von Anfang an klar war: Wenn man einen solchen Paradigmenwechsel einleitet, kann man das nicht nur auf einer Seite machen. Der Hauptstress, den wahrscheinlich ja auch Sie, die Abgeordneten, erleben, ist, dass Ihnen gesagt wird: „bei der Qualitätssicherung“ und „durch die Qualitätssicherung“ und „durch den MDK“. Die erste Frage in unseren Reflexionstreffen war immer: „Was sagt der MDK dazu?“, „Was sagt die Heimaufsicht dazu?“ Dann haben wir gesagt: „Was sagt denn die Heimaufsicht, was sagt denn der MDK?“ Dann fängt nämlich etwas ganz Interessantes an. Dann fängt nämlich das an: Bin ich fachlich gut aufgestellt? Verstehe ich die Botschaften vom MDK? Vielleicht war die Botschaft des MDK ja auch richtig, aber weil ich fachlich nicht gut aufgestellt war, habe ich sie nicht verstanden.

Aber die Frage ist natürlich zentral: Warum verbeißen sich eigentlich Kollegen so ineinander? Es stehen ja auf beiden Seiten Fachleute. Das ist für uns der viel prominentere Befund. Wie bekommt man sie aus dieser Rolle wieder heraus, dass die sich nur noch so gegenüberstehen? Das kann ja eigentlich nicht sein. Ich sage das jetzt auch mit allem Vorbehalt, denn es ist wirklich in der letzten Zeit besser geworden; wir haben alle viel gelernt. Da hat der Praxistest auch schon ganz viel Wirkung gehabt. Ich will hier niemanden verteufeln, aber man kann um diesen Befund nicht herumreden, und der ist auch für die Heimaufsicht da, der ist auch für den Prüfdienst der Privaten da. Da gibt es immer ein natürliches Spannungsverhältnis; darüber reden wir nicht. Die Frage ist: Warum gelingt nicht ein guter fachlicher Diskurs im Sinne der Weiterentwicklung der Qualität? Das – und nicht Aufeinandereinschlagen – ist Qualitätssicherung.

Deshalb bin ich natürlich sehr froh, dass die MDK-Gemeinschaft sehr früh ein sehr deutliches Bekenntnis abgegeben und gesagt hat: Sie wollen auch aus dieser Rolle heraus. Sie haben dieses Projekt prominent mit unterstützt. Wir haben – das habe ich ja gesagt – erreicht, dass wir gemeinsame Multiplikatorenschulungen machen; sie werden genauso geschult, damit, wenn sie auf eine Pflegeeinrichtung stoßen, die dieses Strukturmodell anwendet, auch Sachverstand da ist.

Wir haben auch sehr tiefe Diskussionen gehabt. Wir haben z. B. simultan Fallbeispiele gemacht und haben überlegt: „Wenn sie ihre Qualitätsprüfrichtlinien anwenden oder wenn die Heimaufsichten ihre anwenden, fehlt euch dann etwas?“ Und, oh Wunder: Man muss nur woanders hinschauen; es steht alles da, man findet alles. Aber es ist auch die Aufforderung damit verbunden: „Schaut, ob nicht auch eure Richtlinien mehr Dokumentation auslösen.“ Auch da wird kritisch geschaut. Aber ich fand es erst einmal interessant, dass in einem ersten Schritt deutlich gesagt wurde: „Wir finden ja alles, wenn wir uns darauf einlassen.“

Und dann kam in den Schulungen die nächste Erkenntnis: „Für uns wird es auch knapper und sachlicher und kürzer.“ Das ist übrigens eine Beobachtung, die auch die Gutachter schon gemacht haben, die per Zufall mit dem Strukturmodell auf Dokumentationsanforderungen gestoßen sind.

Meine Sprechzeit ist zu Ende. Mit Sicherheit habe ich irgendetwas vergessen. Ich hoffe aber, das meiste beantwortet zu haben.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Ganz herzlichen Dank, Frau Beikirch. – Ich darf nun Frau Professorin Dr. Höhmann ans Rednerpult bitten.

**Sv. Frau Dr. Höhmann:** Zuerst ganz herzlichen Dank für die Einladung. – Ich möchte Ihnen ein paar Stichpunkte zu ausgewählten Aspekten Ihrer Fragen darbieten und meine Sicht dazu verdeutlichen. Dazu vielleicht noch eine kurze Information, aus welcher Perspektive ich berichte. Ich bin jetzt seit ca. 25 Jahren in der pflegebezogenen Versorgungsforschung und in der Ausbildung von Pflegewissenschaftlerinnen bzw. -wissenschaftlern tätig. Ich leite aktuell den bundesweit einzigartigen Studiengang „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz“, wo interaktionsnahe Berufsgruppen wie Therapeuten, Betreuer und Mediziner zusammensitzen mit Juristen und Planern, um diese Perspektiven zu verschränken – das ist eine ganz interessante Sache –, und ich bearbeite im Augenblick als wissenschaftlichen Part ein BMBF-Projekt, in dem es genau darum geht: Wie kann man Menschen, die pflegen, am Arbeitsplatz dazu bewegen, das, was sie gelernt haben – ihre eigenen Kompetenzen –, wieder zurückzugewinnen?

Das ist also die Perspektive, aus der heraus ich Ihnen gern meine Sichtweise darstellen möchte.

(Die Rednerin begleitet ihren Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 2.*)

Eine Vorbemerkung sei mir erlaubt zum Thema Qualität. Dann möchte ich kurz auf den Aspekt Bürokratisierung eingehen und danach auf das Thema Qualitätskontrolle am Beispiel der Pflegedokumentation nach der PTV; das gilt aber für alle anderen Pflegedokumentationen und auch die entbürokratisierte. Mein vierter Punkt sind Elemente einer Lösungsstrategie.

Zum ersten Punkt, der Vorbemerkung, Versorgungsqualität: Bevor wir uns überhaupt mit diesem ganzen Thema beschäftigen, müssen wir meiner Ansicht nach stärker, als wir das jetzt tun, gesellschaftlich einen Konsens darüber finden, wie der Perspektivenabgleich zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern im Hinblick darauf aussieht, was eigentlich Versorgungsqualität und was Pflegequalität leisten soll. Was wollen wir denn eigentlich bieten?

Wichtig zu sein scheint mir der Punkt „multidimensional“. Es muss eine Bedeutung für die Individual- und die Populationsebene haben – das hat Auswirkungen auf die Frage nach Indikatoren –, und es muss valide und reliabel messbar sein. Gesundheits- und Lebensweltbezüge müssen abgebildet werden. Ich plädiere seit 20 Jahren für einen ähnlichen Ausgangspunkt, wie es die strukturierte, die entbürokratisierte Pflegedokumentation jetzt hat: Gewohnheiten und Kompetenzen im Alltag der Personen müssen der Ausgangspunkt sein, und zwar im Hinblick auf Alter, Krankheit, Biografie, die Erfordernisse des Selbstmanagements und die Koordination von Hilfen. Das NBA erfasst ähnliche Bereiche. Die hier aufgeführten Bereiche stammen aus Studien, die aus Patientensicht erstellt wurden.

Es muss bei Qualitätsfragen eine Präventions- und Verlaufsperspektive sichtbar werden, und bei der Dienstleistung müssen – ich kann das auch begründen – die Elemente Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene beinhalten.

Die Voraussetzung, um so etwas zu realisieren, ist aber die Überwindung des aktuellen Theoriemangels. Uns fehlt meiner Ansicht nach – das sage ich knallhart – ein fachlich relevanter, konsentierter Bezugsrahmen, der einen systematischen Zusammenhang zwischen Ziel, Maßnahme und Wirkung erlaubt.

Zu Ihrer Frage nach Ergebnisindikatoren: Mir ist unklar, warum die so attraktiv sind. Ein externes Benchmarking ist auch anders möglich. Ich habe die Hypothese, dass das aktuelle Theoriedefizit und einfach die moderne Denkweise zu der Annahme führen, dass die Ergebnisebene zentral – ohne Weiteres – und unterrepräsentiert ist – stimmt. Aber: Ob der Ausweg daraus Ergebnisindikatoren sind, ist mir sehr schleierhaft. Denn im Augenblick – wenn ich mir die Wingefeld-Studie anschau, erkenne ich dies – gibt es ja eine Riesendebatte darüber, ob die nicht das messen, was messbar ist. Die geben graduell den Erfüllungsgrad eines Kriteriums für ein Aggregat – das heißt für ein Heim, für eine Station und nicht für die einzelne Person – an. Es ist weiterhin eine Wertentscheidung nötig, ab wie viel Prozent Erfüllungsgrad wir von Qualität reden sollen. Das ergibt sich ja nicht von selbst; das ist eine Wertentscheidung.

Der Dienstleistungsprozess und die individuelle Perspektive werden außer Acht gelassen. Wir hatten eben eine Debatte, wie wichtig es ist, die Sache mit dem Glas Wein zu dokumentieren. Wo taucht das bei den Ergebnisindikatoren auf? Nirgends. Da müssten wir meiner Ansicht nach also überlegen, zu welchem Zweck wir Indikatoren benutzen – ob wir nicht gleichermaßen Indikatoren für Struktur und vor allem für Prozesse brauchen. Für die Pflegebedürftigen sind die Prozesse entscheidend: Ist die Person im Augenblick freundlich? Kommt sie zum richtigen Zeitpunkt? All solche Dinge. Erfassen wir die in irgendeiner Weise mit, und welches Erkenntnisinteresse verfolgen wir damit?

Zu der zweiten Perspektive, die ich gern anschneiden möchte – Bürokratisierung –: Ich bin Sozialwissenschaftlerin. Ich finde Bürokratisierung per se erst einmal gar nicht schlecht. Sie ist nämlich ein Schutz vor Willkürherrschaft. Aber: Auf der Grundlage der aktuellen Entwicklungen gibt es ein Problem damit. Das hat sich nämlich von den Zielen verselbstständigt, und die fachliche Definitionsmacht fehlt. Die Definitionsmacht über Bürokratie wird im Augenblick über formalistische Entscheidungen übernommen, und aktuell wird sie oft als fachentfremdete Kontrolle verstanden; das muss sie nicht sein. Eine formalistische „Kontroll-Idee“ ersetzt die fehlende Debatte um inhaltliche Ziele und sinnhafte Zweck-Mittel-Relationen.

Die Juristen haben uns bei der Pflegedokumentation wunderbar darauf hingewiesen, dass genau die Sachen nicht im Vordergrund stehen, sondern eigentlich die Inhalte: „Bitte schön, Pflege, mach dir Gedanken um die Inhalte.“ Das ist die Aufgabe, die wir zu erfüllen haben.

Aufgrund der aktuell geschilderten Situation entstehen Probleme. Die kann man, glaube ich, ganz schön an der Pflegedokumentation für die PTV deutlich machen; dazu habe ich Ihnen, glaube ich, auch einen Aufsatz mitgeschickt. Aber wir dürfen nicht vergessen: Das gilt auch für jede andere Pflegedokumentation, auch für die, die jetzt mit meiner Ansicht nach verbessertem Format unter der Perspektive „entbürokratisiert“ vorliegt. Denn die Pflegedokumentation muss weiterhin widersprüchliche Ziele und Handlungslogiken koppeln. Die Einführung erfolgt oft unter Modernisierungszwang. Es gibt kein „matching“ und „restructuring“, wie sie in der Innovationstheorie bei Rogers wunderbar beschrieben sind. Es wird nicht geprüft: Passt das eigentlich zu den Gegebenheiten dieser Einrichtung und zu unserem Kompetenzniveau?

Es geht oft von einer missverstandenen Professionalisierung, von dem Mythos aus: „Was nicht dokumentiert wurde, ist nicht erbracht“, was absurd ist. Ökonomisch vorstrukturierte Leistungen sind zentral, der pflegfachliche Druck fehlt. Die professionelle Unsicherheit steht im Vordergrund, weil man nicht weiß: Was soll man denn dokumentieren? Das ist meiner Ansicht nach ein Qualifikationsproblem. Im Augenblick sind die Pflegekräfte fehlalloziert eingesetzt – in der Altenpflege die dreijährig Ausgebildeten zur Kontrolle der Hilfskräfte, und die Hilfskräfte eigentlich für das, was die dreijährig Ausgebildeten tun sollten, nämlich für die bewohnernahen Tätigkeiten. Auch darüber muss man sich Gedanken machen.

Ethos, Sinn und Erfolge der Arbeit finden kaum Abbildung. Wir finden eine analytische Zergliederung, kaum Alltagsbezug und Akzeptanzprobleme mit abenteuerlichen Unterlaufensstrategien in Teams, wenn sich z. B. jemand am Ende des Arbeitstags einfach hinsetzt und Listen abhakt, damit alle Sachen als erfüllt gelten. Diese Eigendynamiken gilt es in den Griff zu bekommen.

Das Fazit ist für mich, dass die Pflegedokumentation und der reale Arbeitsprozess systematisch auseinanderklaffen und vor allem ein paradoxer Effekt erzeugt wird, den ich abenteuerlich finde. In der aktuellen Pflegedokumentation wird folgende Situation als „gut“ bewertet: Für einen Bewohner wird eine Beschäftigungstherapie im Heim wegen der Gefahr von Depressionen angeordnet, und es wird immer wieder dokumentiert: „Beschäftigungstherapie konnte nicht durchgeführt werden, weil Bewohner zu depressiv ist.“ Das ist im Benchmark eine Note 1, und das ist eine massive Paradoxie der Anwendung einer solchen Dokumentation. Diese Paradoxie führt dazu, dass permanent nachgewiesen wird: Mit den ganz geringen Mitteln, die wir haben, können wir im Benchmark wunderbare Noten erreichen, nämlich eine 1.

Diese Dinge sind jetzt im Grunde in Angriff genommen worden, nämlich dass wir ein konzeptionelles Entkoppeln von ökonomischen und fachlichen Anforderungen in der Pflegedokumentation zwingend realisieren müssen.

Ein paar Worte zu ausgewählten Prinzipien der Qualitätskontrolle: Ich finde, Kontrolle hat im Augenblick einen auch mir unverständlich hohen Stellenwert und ist mit Heilserwartungen verbunden. Voraussetzung für jede Kontrolle ist ein inhaltlicher Konsens

darüber, was denn Qualität sein soll. Dazu kommen die Sekundärkriterien Validität, Reliabilität, Transparenz des Vorgehens, die Akzeptanz der Kontrolle bei allen Stakeholdern und die Klarheit: Wer kontrolliert was wozu, warum?

Die Umsetzung sollte meiner Ansicht nach so schlank wie eben möglich sein. Wenn ich eine Einrichtung wäre, ich würde die ganzen Beratungsfirmen hinausschmeißen. Entschuldigung, falls hier jemand ist, der eine solche vertritt. Ich denke, Kontrolle ist kein Selbstzweck, sondern wichtig ist das Lernen in den Rückkopplungsschleifen. Das sind soziale Innovationen. Eine soziale Innovation zeichnet sich dadurch aus, dass meine neue, fachlich kompetentere Praxis erst einmal ein Zerstören von alten Routinen ist und damit abweichendes Verhalten. Abweichendes Verhalten hat niemand gern; da wird der Mitarbeiter erst einmal zurückgeholt und gefragt: „Warum machst du das eigentlich?“ Hier gilt es, anzusetzen und allmählich in Schulungen deutlich zu machen: Wir wollen soziale Innovationen als Qualitätsentwicklung.

Vermutlich brauchen wir zur Erhebung Mixed-message-Ansätze. Gegenstand der Qualitätskontrolle sollten meiner Ansicht nach auch Struktur-, Dienstleistungsprozess- und Qualitätsebenen sein.

Zur Veröffentlichung von Prüfergebnissen möchte ich noch ein paar Worte sagen, weil ja gerade die Debatte um die Abschaffung der Noten – Gott sei Dank – aktuell wird. Ich möchte noch einmal aus der Literatur darauf hinweisen, dass die Funktion der Veröffentlichung oft idealisiert wird. Die Frage muss geklärt werden, warum welche Information für wen eigentlich sinnvoll ist. Wir wissen gar nicht genau, wie in Dienstleistungsbereichen, die existenzieller Natur sind, die Bedeutung von Informationen für die Nutzer ist. Wonach entscheiden Nutzer? Bestimmt nicht nach rationalen Kriterien. Rationale Kriterien sind oft viel zu viele aufgeführt. Wir können bei rationalen Entscheidungen gar nicht so viel verarbeiten. Die Auswahl von Humandienstleistungen – das wissen wir auch – folgt selten rationalen, sondern eher emotionalen und auch pragmatischen Kriterien, oft auch einfach der Not gehorchend. Nutzer sind unsicher; sie haben keinen richtigen Maßstab.

Wichtig scheint mir zu sein, die inhaltlichen Teilbereiche, die Zielgruppen und Zwecke zu spezifizieren und – das ist klar – auf Summenaussagen zu verzichten. Es gilt, Einzelleistungen zu beschreiben und vor allem den Nutzern die Möglichkeit zu geben, einmal probezuwohnen, sich einmal probeversorgen zu lassen. Ich muss testen können. Ich kann jedes Auto probefahren, aber in einem Heim darf ich nicht einfach einmal drei Tage probewohnen. Ich finde, das ist aus der Betroffenenperspektive eine ziemliche Diskrepanz.

Elemente einer Lösungsstrategie: Ich glaube nicht, dass operative Einzelentscheidungen hier besondere Wirkungen erzeugen können. Wir brauchen meiner Ansicht nach gegen langfristige Versäumnisse eine langfristige Gesamtstrategie. Dazu gehört aus meiner Sicht zwingend die Akademisierung der Pflege, bei einer Differenzierung von

Qualifikationsniveaus und Durchlässigkeit. Ich will nicht die Pflege für jedermann abschaffen, sondern eine Aufgabenfestschreibung für die Qualifikationsniveaus.

Dazu gehört meiner Ansicht nach zweitens differenzierte Ressourcenaufstockung, nämlich eine stärkere Kompetenzentwicklung der Führung, Umstrukturierung von Organisationen, Innovationsunterstützung.

Drittens brauchen wir die Rückgewinnung des gesellschaftlichen Klimas des Vertrauens – ich weiß nicht, warum man immer permanent an der Pflege vertrauensbrechend herummäkelt – unter der Bedingung dieser Rahmenbedingungen.

Was ich Ihnen jetzt noch kurz vorstellen möchte, sind Prinzipien von „Spitzenunternehmen“ – auch „Magneteinrichtungen“ genannt –, von denen ich denke, dass es dort ein paar Prinzipien gibt, von denen man lernen kann. Diese Unternehmen zeichnen sich durch eine aktive, innovationsfreudige Arbeitskultur und Nähe zum Kunden aus. Sie wissen, dass Produktivität von Menschen erzeugt wird, sie haben einen einfachen, flexiblen Aufbau und eine straff-lockere Führung.

Sie folgen diesem Modell; dieses sehen Sie auf der Folie. Das finde ich ganz interessant; dieses Zusammenspiel muss man hinbekommen. Der zentrale Punkt ist eine transformationale Führung, die zu einem Structural Empowerment für die Praxis führt. Das heißt: Die Mitarbeiter bekommen die operationalen Ressourcen, Qualität auch umsetzen zu können. Es wird nicht wegdelegiert. Anhand einer exemplarischen Berufspraxis, unter die dann auch eine Pflegedokumentation fallen kann, zeigt man so etwas. Das Klima ist so, dass neues Wissen generiert werden kann. Die empirischen Outcomes richten sich in erster Linie an das Personal und die Bewohner. Die Organisation und auch die Ökonomie haben eine dienende Funktion; sie müssen insoweit funktionieren, dass für den Rest die Rahmenbedingungen aufrechterhalten werden.

Die „14 Kräfte des Magnetismus“ können Sie in der Präsentation nachlesen.

Damit beende ich meine Sprechzeit. Ich danke Ihnen und stehe für Fragen herzlich gern zur Verfügung. Danke.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Professorin Dr. Höhmann. – Ich habe jetzt Wortmeldungen von Frau Dr. Engeser, Frau Mielich, Herrn Reusch-Frey und Herrn Haußmann vorliegen.

**Sv. Frau Dr. Höhmann:** Ich versuche, die jetzt mitzuschreiben.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Frau Dr. Engeser.

**Abg. Dr. Marianne Engeser** CDU: Herr Vorsitzender! Frau Professorin, vielen Dank für den sehr akademischen Ansatz, den Sie in Ihrem Vortrag wählen. Deswegen stelle ich auch meine Frage ganz kurz und präzise. Sie haben von der Variable „Lebensqualität“ gesprochen. Das ist natürlich ganz entscheidend. Wie ist sie zu bestimmen, und welche Akteure entscheiden überhaupt über die Variable „Qualität“? Wer und was spielt dabei eine Rolle? Können Sie das noch einmal konkretisieren?

Danke schön.

**Abg. Bärbl Mielich** GRÜNE: Sehr geehrte Frau Höhmann, herzlichen Dank für diesen inspirierenden Vortrag. Ich muss sagen, dass diese beiden Vorträge auch in der Ergänzung uns einen guten Input für die weitere Diskussion geben. Ich möchte ein paar konkretisierende Fragen stellen, die ein bisschen in die Richtung gehen, wie Frau Engeser das formuliert hat.

Sie sagen ganz klar – das hat auch Frau Beikirch vorhin gesagt –: Es ist durchaus eine staatliche Aufgabe, Lebensqualität zu messen; wenn ich das richtig verstanden habe. Es hat etwas damit zu tun, wie z. B. diese Dokumentation dokumentiert: Wie gut geht es dem Bewohner, der Bewohnerin, der bzw. die in eine stationäre Einrichtung kommt? Kommt er oder sie auch wirklich zu den Punkten, die ihm wichtig sind, wie meinetwegen dem Fußballschauen oder dem Glas Rotwein? Für mich ist jetzt noch einmal wichtig: Was sind denn dann die zentralen Qualitätsparameter? Ist das jeder stationären Einrichtung allein überlassen, was sie letztendlich dokumentieren wird, oder gibt es sozusagen zentrale Qualitätsparameter, die auch eine Aussagekraft darüber haben, wie gut es den Menschen geht? Das ist ja das Zentrale, was ich auch besonders spannend finde, dass es letztendlich um diesen ganzheitlichen Begriff geht und nicht um einen rein pflegerischen Ablauf.

**Abg. Thomas Reusch-Frey** SPD: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, Frau Professorin Dr. Höhmann, meine Damen und Herren! Ich möchte die politische Dimension, die wir, die Landespolitiker, haben, einmal in den Vordergrund rücken, nämlich die Verantwortung für das Gesamte. Es muss ja funktionieren, dass Einrichtungen lebensfähig sind, dass die Pflegebedürftigen gut versorgt sind.

Sie werben für ein Klima des Vertrauens. Wenn man einschlägige Finanzzeitschriften anschaut, dann zeigt sich, dass Pflegeeinrichtungen zunehmend als finanz- bzw. renditestarke Einrichtungen angepriesen und auch genutzt werden. Da würde mich einfach interessieren, wie Sie Ihr Konzept in diese große Rahmenbedingung einordnen.

Meine zweite Frage knüpft an das an, was Frau Mielich gesagt hat: das Spannungsfeld zwischen der objektiv messbaren Qualität orientiert an Kriterien und dem subjektiven Empfinden. Das möchte ich noch einmal verstärken; ich bitte Sie, in Ihrer Antwort den Fokus besonders darauf zu richten.



**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Sehr geehrte Frau Professorin Höhmann, Sie hatten eingangs davon gesprochen, dass man den aktuellen Theoriemangel überwinden sollte, und haben in diesem Zusammenhang auch das Stichwort „Präventionsperspektive“ genannt. Das ist ein ganz interessanter Aspekt, bei dem ich gern noch einmal nachfassen würde, weil es ja darum geht, unter diesem Leitgedanken schon anzusetzen, bevor es zur Pflegebedürftigkeit kommt. Meine Bitte wäre, dass Sie dazu noch etwas sagen.

Sie haben auch gezielt abgestimmt, dass man das Vertrauen wieder mehr nach unten delegieren soll. Jetzt haben wir hier in Baden-Württemberg mit einem neuen Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz ein Transparenzgebot hineingenommen, das eher regulierend ist, indem man die Prüfberichte auszuhängen hat. Deswegen auch der Aspekt, den Sie angesprochen haben und bei dem ich gern nachfassen würde: Umstrukturierung von Organisationen. Was meinen Sie damit konkret in Bezug auf Pflegeheime?

Es ist keine Frage: Ich glaube, alle Unternehmen brauchen Organisation, Kompetenzentwicklung von Führungen, Anreizsysteme, Innovationsunterstützung. Das trifft auf alle zu. Jetzt haben Sie empfohlen, Prinzipien von Spitzenunternehmen als Orientierung zu nehmen. Wir haben ja in Baden-Württemberg eine sehr gute Trägervielfalt – von freien, von gemeinnützigen, von kirchlichen, von sozialen Einrichtungen. Haben Sie das Gefühl, dass in diesen Strukturen erhebliche Defizite da sind? Die nehme ich bisher so nicht wahr. Ich möchte deswegen noch einmal nachfragen; Sie geben diese Empfehlungen ab. Auch das Thema „Klima des Vertrauens“: Sehen Sie da erhebliche Defizite in Baden-Württemberg?

**Vorsitzender Helmut Walter Rück:** Herr Hinderer möchte noch eine Frage stellen.

**Abg. Rainer Hinderer** SPD: Ganz kurz eine ergänzende Frage, weil es jetzt nicht mehr angesprochen wurde. Stichwort „Grad der Professionalität der Pflegekräfte und Akademisierung“: Sehen Sie sich in der Lage, zu sagen, in welchem Umfang Pflegehilfskräfte, Pflegefachkräfte und akademisch ausgebildete Pflegekräfte dann tatsächlich in der Praxis eine sinnvolle Verwendung finden?

**Vorsitzender Helmut Walter Rück:** Ein Strauß von Fragen.

**Sv. Frau Dr. Höhmann:** Ich versuche mein Bestes. – Ich glaube, die beiden ersten Fragen von Frau Dr. Engeser und Frau Mielich zur Lebensqualität lassen sich relativ gut zusammenfassen. Es gibt viele Instrumente zur Messung von Lebensqualität, die sich immer auf die verschiedenen Dimensionen „physisch“, „psychisch“, „sozial“, „spirituell“ konzentrieren. Ich glaube, diese muss man aber herunterbrechen. Aus meiner Sicht bleibt ein Spannungsverhältnis zwischen objektiver und subjektiver Qualität bestehen, wie bei jeder Dienstleistung, wie bei jedem Autoverkauf. Allein der Autoverkäufer weiß, ob er da irgendeinen Mist verkauft hat, den ich selbst vielleicht gar nicht sehe, weil ich die roten Sitze so toll finde. Ich glaube aber, dass wir die Perspektive und die Erfordernisse – die wir aus Studien kennen – viel ernster nehmen müssen, die bei der Bewälti-

gung chronischer Krankheiten eine Rolle spielen. So versuche ich immer, das Argument zu beantworten.

Wir wissen, dass es wichtig ist, dass Menschen in die Lage versetzt werden müssen, ihre Krankheit, ihre Pflegesituation in irgendeiner Weise zu managen und ihren Alltag zu organisieren – praktisch und psychisch. Sie müssen schauen: Wie kommt die Milch in den Kühlschrank? Wie kommt das Essen auf den Teller? Wenn ich im Pflegeheim bin: Wie bekomme ich mich so angezogen, dass ich mich wohlfühle?

Wie komme ich eigentlich in dieser Situation mit meinen biografischen Erfordernissen klar? Sind das kontinuierliche Deutungen zu meiner Identität? Wo gibt es Brüche? Wie kann ich eigentlich lernen, dass ich auf einmal nicht mehr die allsorgende Mutter, sondern die Abhängige bin?

Welche Kompetenzen des Selbstmanagements möchte ich haben, welche habe ich und möchte ich auch selbst leben? Ich möchte mich nämlich in bestimmten Bereichen allein waschen; ich weiß vielleicht besser als irgendeine Hilfskraft im Altenheim, welche Tabletten ich nehme. Wie kann ich Menschen so stützen?

Und: Was brauche ich an Koordination von Hilfen, die ich nicht selbst organisieren kann? Das heißt: Ich weiß, dass ich unter Umständen abhängig bin, aber ich brauche Menschen, die mich dabei unterstützen, den Arzt zu finden, den Pflegedienst und eine Physiotherapeutin, die zu mir nach Hause kommt.

Es geht hier um ganz lebenspraktische Dinge. Das wissen wir aus den Studien. Ich drehe das Ganze oft um und sage: Das ist eigentlich Lebensqualität – wenn ich Menschen maximal dabei unterstütze, diese Lebensbereiche nach ihren eigenen Gewohnheiten und Anforderungen sicherzustellen. Ich glaube, in einer objektiven Debatte um Lebensqualität – in der Medizin wird das ja im Augenblick auch versucht – kommen Sie nicht darum herum. Das wäre aus meiner Sicht ein Ansatzpunkt.

Ich denke, für die Dokumentation in Heimen ist das eine schwierige Angelegenheit, weil wir meiner Ansicht nach so etwas wie ein unteres Niveau festlegen müssen, unabhängig von subjektiven Ideen der jeweils Betroffenen. Das müssen fachliche Niveaus sein, die nicht zu unterschreiten sind.

Da, denke ich, spielen im Augenblick unterschiedliche Stakeholder eine Rolle, die da eigentlich nicht hingehören, wie Aktienunternehmen. Die gehören da meiner Ansicht nach einfach nicht hin. Da gilt es, einen gesellschaftlichen Konsens zu finden zu der Frage: Wie human will ich die Gesellschaft gestalten, und wie human will ich mit bestimmten Solidarität erfordernden Situationen umgehen? Ich glaube, dass wir hier eine stärkere Bevölkerungsbeteiligung benötigen, fachliche Beteiligung und offene Aushandlungsprozesse.

So weit vielleicht meine Antwort dazu.

Herr Reusch-Frey, Verantwortung für das Gesamte, Themen Vertrauen und „Rendite der Einrichtungen“: Ich denke, manche Einrichtungen tun selbst ganz viel, um Vertrauen ihrer Mitarbeiter über Anreizsysteme zu unterminieren. Wenn ich mir anschau, wofür Führungskräfte in Altenheimen Boni bekommen – nicht nur in freigewerblichen, auch in kirchlichen –: Sie bekommen das ja manchmal dafür, weniger Hilfsmittel zu benötigen und bestimmte Einsparungen zu machen. Da muss ich mir genau überlegen: Was ist das eigentlich?

Das sind übrigens auch Mechanismen von „Magneteinrichtungen“: Ich muss in der Öffentlichkeit meine Leistung sachgerecht kritisch, aber positiv darstellen. Ich glaube, diese Elemente kann ich nicht voneinander trennen. Ich kann nicht nur Schönfärberei machen, sondern ich muss sachlich sagen: Was tue ich denn hier eigentlich? Ich glaube, da gibt es ganz viele Dinge, die man sehr positiv beschreiben kann, und das fehlt mir im Augenblick einfach.

Das Klima des Vertrauens: Ich denke, die Frage, wie sich dieser Kontrollwahn im Augenblick als Eigendynamik über diese gesamte Gesellschaft legt, betrifft ja nicht nur Pflegeheime, das betrifft fast die gesamte Dienstleistungs- und Produktionsgesellschaft. Da müssen wir noch einmal zurückdenken – das wäre aus meiner Sicht ein Ansatz –: Wie bekomme ich Menschen wieder dazu, motiviert, gern gut zu arbeiten?

Da fehlt es mir an Rahmenbedingungen. Ich glaube, da haben wir in den letzten Jahren unheimlich viel kaputt gemacht und können nicht ganz schnelle Lösungen für langfristige Probleme finden. In dem Moment, in dem ich Leute wegrationalisiere und Qualitäts- und Qualifikationsbeschneidungen mache, habe ich kaum Möglichkeiten, Menschen dazu zu bewegen, gern wieder gut zu arbeiten. Das hat auch etwas mit der Schaffung eines Klimas des Vertrauens zu tun. Ich brauche nämlich Mitarbeiter, von denen ich weiß: Sie arbeiten gern, sie kommen gern. Ich nutze sie als meine Ressource und weiß: Sie sind das Eigentliche, was ich habe, und nicht die Knete, die nachher herauskommt. Das heißt: nicht die Rendite, die an irgendwelche externen Stakeholder gezahlt wird, sondern das Geld, das ich benötige, um zu reinvestieren und die Innovationskompetenz meiner Einrichtung im Hinblick auf Qualität zu erhöhen.

So würde ich das Thema „Renditestarke Einrichtungen“ für mich beantworten.

Präventionsperspektive: Die fällt ja immer gern herunter, wenn man eine betriebswirtschaftliche Logik einnimmt. Betriebswirtschaftlich rechnet sich ja Prävention nicht, sie kostet eigentlich nur. Es ist im Gesundheitssystem wirklich frappierend, dass man immer sagt: „Die Krankenhäuser sind zu teuer; wir müssen von den stationären Tagen herunter“, usw. Das kann ja sein, das weiß ich aber gar nicht, weil es eigentlich kaum Rechnungen gibt, die mir die Kosten über den gesamten Versorgungsverlauf zeigen. Vielleicht kostet mich die Reduktion um zwei Tage Aufenthalt in der Klinik Unmengen im ambulanten System. Vielleicht kosten die mich Fehltage der Tochter, die auf einmal,

weil jemand zu früh entlassen worden ist, zu Hause bleiben muss, und kosten mich damit wieder Produktionseinschnitte und was weiß ich. So eine Rechnung wird ja niemals aufgemacht, und vor diesem Hintergrund ist Prävention eigentlich immer eine Investition in eine Gesamtperspektive und eine Investition in die Zukunft.

Das ist eine Frage, wie ich mich wertbezogen verorte, und zwar begründet; die Werte fallen nicht einfach vom Himmel. Ich glaube, ich habe, gerade wenn ich mir unter der Perspektive der Gesamtverantwortung Gedanken mache, eine Möglichkeit, diese Perspektive einzubeziehen und eine volkswirtschaftliche Perspektive einzunehmen und komplexere Rechnungen aufzumachen: Was passiert eigentlich, wenn jemand einen Tag früher aus dem Krankenhaus geht, ohne dass er hinreichend im Hinblick auf Alltag, Krankheit, Biografie, Selbstmanagement und Koordination von Hilfen versorgt ist? Was passiert dann an Folgekosten?

Umstrukturierung und Organisation: Ich glaube, da ist viel zu tun, auch im Pflegesektor, unabhängig von der Trägervielfalt. Ich habe lange bei einem kirchlichen Träger gearbeitet, und ich oute mich auch als hoch sympathisierend damit. Ich weiß aber nicht, warum eigentlich immer ein Pfarrer Vorstandsvorsitzender sein muss. Das ist mir unklar.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Das hat nichts damit zu tun, dass ich diese Wertperspektive unterminieren wollen würde, sondern das hat damit etwas zu tun, wie ich Werte und Fachlichkeit zusammenbringen möchte und wie ich deutlich machen möchte, dass ich im Rahmen von Trägervielfalt meine Mitarbeiter als eine wertvolle und auch kompetente Quelle sehe, entsprechend Werte umzusetzen. In diesem Sinn, denke ich, kann es nicht genug an wirklich intelligenter Personalentwicklung geben. In der Pflege ist es oft ganz schwierig, Aufstiegsqualifikationen hinzubekommen. Es gibt keine Positionen dafür. Es gibt in den seltensten Fällen finanzielle Vergütungen dafür. Das sind alles Sekundärmotivationen, aber die spielen auch eine Rolle.

Das heißt: Hier muss ich mir Organisationsstrukturen schon anders vorstellen und denken, dass ich steuernde Aufgaben auch mit anderen Qualifikationen besetze. Ich denke mir, im Hinblick auf die Professionalität geht es darum, alle steuernden Funktionen mit akademisch ausgebildeten Pflegekräften zu besetzen, auch das mittlere Management, und zwar nicht mit bachelorqualifizierten Leuten, sondern mit Leuten – ich sage das ganz hart –, die auf einem Masterniveau qualifiziert sind; denn ich brauche Menschen, die es gewöhnt sind, abstrakt zu denken, und die sich mit anderen Berufsgruppen auf Augenhöhe in permanent ähnlicher Sprache unterhalten können.

Das bedeutet für mich nicht zwingend, dass alles teurer wird. Ich glaube, es gibt eine ganze Menge Möglichkeiten – das ist ein Streit in den Pflegeverbänden; das ist klar –, Hilfstätigkeiten auch anders zu organisieren, ohne dass die Verantwortung von der qualifizierten steuernden Person weggenommen wird. Wenn ich Leute habe, die Arbeits-

prozesse intelligent organisieren, dann fällt nicht so viel Doppelarbeit an, dann fallen nicht so viele Nacharbeitungserfordernisse an, dann würde ich anders dokumentieren.

Diese neue Pflegedokumentation hat einen Strang eines Projekts, den wir 1996 für den damaligen Bundearbeitsminister Blüm entwickelt haben – eine Musterpflagedokumentation. Die ist verbesserungsfähig. All solche Dinge. Aber die Logik war im Grunde genau dieselbe. Am liebsten wäre mir eigentlich ein weißes Blatt, weil ich nämlich die Prioritäten kenne, weil ich ein Profi bin.

In so eine Richtung gehen meine Visionen. Ich glaube, das ist eine sehr langfristige Sache, die nicht durch Einzelentscheidungen, die unabhängig nebeneinanderstehen, erreicht werden kann, sondern ich denke, wenn, benötigen wir Lösungspakete. Wenn ich Ergebnisindikatoren haben will, muss ich eine entsprechende Pflegedokumentation haben. Mit der jetzigen Pflegedokumentation kann ich keine Ergebnisindikatoren hinbekommen.

Das heißt, da muss ich mir überlegen: Was passt eigentlich wie zusammen? Wie passen Erfordernisse mit einer Qualitätsvorstellung zusammen? Aus meiner Sicht kann man nicht in der Altenpflege die Hilfskräfte, die am wenigsten ausgebildet sind, in die direkte Pflege stecken. Das sind nicht die Menschen, die es auch in ihrem Alltag gewohnt sind, elaboriert zu kommunizieren und sich nach Befindlichkeiten zu erkundigen. Sie selbst haben eine andere Kultur, und von ihnen erwarte ich auf einmal, dass sie das nachholen, was eigentlich in ganz vielen mittelschichtigen Settings auch sehr schwer zu realisieren ist.

Da gibt es also eine ganze Menge Diskrepanzen. Wenn ich die Möglichkeit sehe, hier nicht den großen Wurf zu tun, aber in kleinen Schritten einige Elemente ineinanderzufügen, und dies realisieren könnte, wäre das aus meiner Sicht schon ein sehr großer Schritt in die richtige Richtung.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Professorin Dr. Höhmann.

Wir bauen jetzt noch kurz etwas um, und dann darf ich Frau Sonja Pfeiffer-Balic ans Rednerpult bitten.

**Sv. Frau Pfeiffer-Balic:** Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, Frau Wölfle! Ich bedanke mich ganz herzlich, dass ich heute hier sein darf.

Bürokratie hat sich in den Pflegeberuf vor langer Zeit eingeschlichen. Dies geschah fast immer unmerklich; da kam immer mal wieder etwas dazu, wieder ein neues Formular,

und immer mit einem größeren Zeitaufwand verbunden. Die Bürokratie spielt im Pflegeberuf eine große Rolle. Ich weiß, dass es Studien dazu gibt, mit welchem Zeitaufwand die Mitarbeiter tatsächlich dokumentieren. Ich habe zwei Tage lang in den Einrichtungen des ASB herumtelefoniert, um einmal die gefühlten Zeiten zu Papier zu bringen.

Vielleicht waren Sie schon einmal in der Situation, dass Sie gewartet haben – vielleicht bei der Geburt Ihres Kindes; da sind 60 Minuten sehr, sehr lang, und die vergehen kaum. Die beigefügte Liste sagt eigentlich nur aus, was die Mitarbeiter im Moment fühlen, aber dieses Gefühl kann auch sehr gefährlich sein. Denn wenn Mitarbeiter unzufrieden, motivationslos und lustlos ihre Arbeit machen, verabschieden Sie sich innerlich. Das ist ein Prozess, der länger, aber auch kürzer dauern kann. Fakt ist, dass irgendwann dieser Mitarbeiter, wenn die Pflege Glück hat, sich lediglich ein anderes Heim sucht; wenn wir Pech haben, scheidet dieser Mitarbeiter aus der Pflege aus, und wir haben wieder einen weniger.

Er scheidet aus, weil er einfach müde ist. Er ist müde vom Kampf um den Urlaub, müde davon, seinen freien Tag in der Angst zu verbringen, dass vielleicht das Telefon klingelt und er vorher schon weiß, er geht gar nicht dran. Aber das schlechte Gewissen bleibt; denn er ist sich bewusst, dass in der Einrichtung seine zwei Hände nun fehlen. Es ist kein schöner freier Tag mehr, und das zermürbt.

Als der ASB dies bemerkte, begann bei uns die Entbürokratisierung. Zuerst wurden die gängigen Pflegedokumentationen angesehen, z. B. bei einem Audit, bei einer Beratung, aber auch bei einer Schulung. Dabei wurde bemerkt, dass die Dokumentationsmappen von einigen Häusern viel dicker waren als vielleicht bei einem anderen Haus, dass sich viel mehr Formulare darin befanden, die oft das gleiche Thema hatten und eigentlich immer das gleiche Ergebnis ergaben. Als z. B. die Braden-Skala vom Expertenstandard nicht mehr erwähnt wurde, haben die Entwickler des Pflegedokumentationssystems sofort reagiert und ein anderes Formular eingebracht. Bewusst oder unbewusst haben sie aber vergessen, darauf hinzuweisen, dass jetzt, wenn ich das neue Formular benutze, das alte nicht mehr benutzt zu werden braucht bzw. soll. Die Folge war, dass doppelte Einschätzungen in den Dokumentationsmappen waren und dass unter Umständen die doppelte und dreifache Zeit dafür benötigt wurde, um dies zu überprüfen, einzuschätzen und zu Papier zu bringen. Die Mitarbeiter haben sehr schnell bemerkt, dass das eigentlich das Gleiche ist, und den Sinn nicht mehr verstanden.

Der ASB sagte: Stopp. 2013 begann in einem losen Projekt die Erstellung einer entbürokratisierten Pflegedokumentation. Dass es Frau Beikirch gibt, das wussten wir; wir wussten aber nicht richtig, wo sie stand und wie weit sie war. Wir hatten einfach die Notwendigkeit erkannt, dass wir etwas tun mussten, denn die Pflegenden waren sehr, sehr unzufrieden.

Also hat sich der ASB die gleiche Frage gestellt: Was sagt der MDK? Das Ergebnis war: Es wurde die Grundsatzstellungnahme von April 2005 studiert, und allein im Vorwort haben wir festgestellt, dass dieses Wort „Strukturierte Pflegedokumentation“ auf

eineinhalb Seiten drei Mal genannt wird. Der MDK hatte auch ganz klare Vorstellungen, was eine gute, aussagekräftige Pflegedokumentation ausmacht, nämlich dass fünf Hauptformulare und 15 Kann-Formulare eigentlich komplett ausreichen könnten. Mit diesen Formularen begann es. Im Januar 2014 wurde dann die Kasseler Erklärung veröffentlicht, und kurz darauf kam endlich der Abschlussbericht von Frau Beikirch. Der Bundesverband hat dann Frau Beikirch noch zum Qualitätszirkel „Ambulante Pflege“, der in Berlin im Mai 2014 stattfand, eingeladen, und der Landesverband Baden-Württemberg durfte auch dabei sein. Die Ausführungen von Frau Beikirch ergaben beim ASB den Aha-Effekt.

Grundsätzlich wurden dabei die Handlungsanleitungen von Frau Beikirch und die Grundstrukturen und Grundprinzipien voll berücksichtigt. Zu Hause wieder angekommen, wurde das Projekt auf den Stand von Frau Beikirch gebracht. Der nächste Schritt im ASB war die Vorstellung der entbürokratisierten Pflegedokumentation im Ausschuss „Soziale Dienste“. Der Ausschuss hatte ganz klare Vorstellungen und dementsprechend klare Fragen. Er gab grünes Licht.

Nun wurde die Firma GODO ins Boot geholt. Denn die Pflegedokumentation soll einheitlich in den Einrichtungen vorliegen, sei es händisch, als Printversion oder Vollversion. Es soll keine weit geöffnete Schere zwischen händischer und PC-gestützter Pflegedokumentation mehr geben. Denn die Einführung, die Implementierung und die damit verbundenen Schulungen sind sehr kostspielig. Der Landesverband hatte sich zur Aufgabe gemacht, dies den Einrichtungen unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

Ein anderes Problem liegt darin, dass unsere älteren Mitarbeiter – es sind sehr gute Mitarbeiter – nur sehr bedingt mit dem PC arbeiten können. Auch mangelnde Sprachkenntnisse von Pflegekräften mit Migrationshintergrund erschweren die Dokumentation.

Im Juni 2014 war die erste Version der entbürokratisierten Pflegedokumentation fertig. Wenn ich hier „fertig“ sage, so ist in einem Projekt und vor allem in solch einem Mammutprojekt in der ersten Zeit nichts fertig. Es hat sich eine Einrichtung in Leonberg bereit erklärt, für ein halbes Jahr die Dokumentation auf ihre Praxistauglichkeit zu prüfen. Die erste Aufnahme haben PDL und der ASB gemeinsam erstellt. Ein reger Austausch per Mail begann. Die erste Evaluation nach zwei Wochen wurde wieder gemeinsam durchgeführt; hier kamen dann auch die ersten Hinweise: „Hier kann man noch etwas verändern, dort wäre Verbesserungspotenzial, das könnte man vielleicht auch noch anders machen.“ Alle diese Wünsche der PDL wurden vom ASB sofort erfüllt. Die Firma GODO hatte es in dieser Zeit sehr schwer mit uns, denn täglich wurde angerufen: „Formular XY müsste noch einmal überarbeitet werden.“

Als dann der MDK in die Einrichtung kam, um die Pflegestufenbegutachtung vorzunehmen, musste er die Pflegedokumentation lesen. Der MDK hatte große Bedenken, aus Zeitgründen; er meinte, dass eine Dokumentation mit mehr als 30 Seiten in seiner kurzen Zeit doch nicht zu lesen wäre. Die PDL blieb unerbittlich; er musste lesen. Und es wurde gelesen. Schon als der MDK diese dünne Mappe sah, war er sehr erstaunt, aber

er hat gelesen. Als er mit dem Lesen fertig war, meinte er nur: „Wenn ich nun diese Bewohnerin so vorfinde, wie ...“ Er sprach den Satz nicht zu Ende und ging zu der Bewohnerin.

Um es kurz zu machen: Der MDK war begeistert und wollte Näheres über diese Art der Dokumentation wissen. Gern hätte er eine Mustermappe haben wollen; da aber das Projekt erst am Anfang war, wurde dieser Wunsch nicht erfüllt, bestand doch die Gefahr, dass sich morgen schon wieder etwas verändern würde.

Die Heimaufsicht wurde schon im Vorfeld kontaktiert. Die Aussage war auch hier, dass das wie ein Kauf von einem wunderschönen roten Auto ist, aber man eigentlich erst dann, wenn man es fährt, erkennen kann, ob es auch gut ist.

Um nun den Einrichtungen mitzuteilen, dass hier etwas ganz Wesentliches geschehen ist, nämlich eine Pflegedokumentation erstellt wird, welche den Arbeitsaufwand im Bereich Dokumentation erleichtert, wurde ein Fachtag geplant. Alle Einrichtungen des ASB waren dazu eingeladen. Dieser Fachtag war am 21. November 2014. U. a. wurde die entbürokratisierte Pflegedokumentation vorgestellt. Anschließend gab es eine Frageunde, und zum Schluss konnten noch Fragen auf ein Flipchart geschrieben werden. Das Ergebnis wurde dann im Landesverband ausgearbeitet.

Es wurde auch vereinbart, dass der ASB ab Februar 2015 Schulungen anbietet – zuerst für die PDLs und die Heimleitungen –, und dafür zwei Tage anvisiert. Diese PDLs und Heimleitungen sollen unsere ASB-eigenen Multiplikatoren sein, denn der ASB-Landesverband kann nicht 68 Einrichtungen zügig schulen. Für die Mitarbeiter bietet der ASB ab April einen Schulungstag an, da danach die PDLs dieser Einrichtungen mit den Mitarbeitern weiter verfahren.

Der Fachtag war ein großer Erfolg, wurde doch heftig diskutiert. Die Balance zwischen Für und Wider hielt sich in Grenzen.

Nun wurde der Qualitätszirkel „Stationäre Pflege“ einberufen, denn der ASB wollte den Einrichtungen nichts überstülpen. Sie sollten nun die Kann-Formulare inhaltlich gestalten; das war sehr mühsam. Selbstverständlich war die gängige Dokumentation bis zu diesem Zeitpunkt schuld an allem. Nun aber etwas vollkommen anderes zu entwickeln, viele Formulare, getreu dem Motto: „Grundpflegerischer Hilfebedarf und betreuungsrelevante Leistungen müssen nicht mehr abgezeichnet werden“, machte doch ganz, ganz großes Bauchweh bei unseren Mitarbeitern. Der „Immer so“-Beweis war tagelang im Gespräch. Wenn eine Mitarbeiterin meinte: „Dieses Formular benötige ich unbedingt“, konnte die andere sagen: „Nein, mit dem arbeiten wir schon lange nicht mehr.“

In der Seniorenresidenz „Glemstalblick“ – in unserem Projektheim – lebt die PDL diese Dokumentation regelrecht. Einige Einrichtungen haben sich aufgemacht und haben diese Einrichtung besucht, um dort ein Feedback zu erhalten.



Nun wurden die ambulanten Dienste eingeladen, um auch ihre eigenen Formulare zu erstellen. Mit den Ambulanten ging es viel zügiger voran, hatten sie doch schon die Grundprinzipien der Strukturierten Informationssammlung, mit welcher sie schon ewig lange arbeiten. Der ASB hat ein eigenes Schulungsprogramm erstellt, das die Leitungen am ersten Tag in der Theorie und am zweiten Tag in der Praxis schult. Die Mitarbeiter bekommen nur die Praxisschulung und gehen mit einer erstellten Informationssammlung nach Hause.

Die Resonanz auf die Schulungen ist sehr gut. In der Zwischenzeit hat der ASB sechs solcher Einrichtungen – zwei in Mittelbaden, eine in Sandhausen, eine in Schwäbisch Gmünd-Lindach, eine in Laufenburg und selbstverständlich unsere Pilotprojekteinrichtung „Glemstalblick“. Der ASB hat sich zum Ziel gesetzt, dass bis Dezember 2016 alle Einrichtungen mit dieser neuen Pflegedokumentation arbeiten.

Zum Schluss sei noch gesagt, dass die Einrichtungen vom ASB oft einen „Bürotag“ erhalten haben. In der Seniorenresidenz „Glemstalblick“ ist dieser Bürotag nicht mehr notwendig; dafür werden sich die Mitarbeiter mit den Bewohnern beschäftigen, sodass die Zeit nicht sinnlos vergeudet wird.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Ich habe jetzt Wortmeldungen von Herrn Haußmann, Frau Dr. Engeser, Herrn Poreski und Frau Wölfle vorliegen.

**Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP:** Sehr geehrte Frau Pfeiffer-Balic, es hat Freude gemacht, Ihnen zuzuhören, weil man das Gefühl hat, man sieht das Licht am Ende des Tunnels der Pflegedokumentationsbürokratie, sozusagen direkt in Fortsetzung von Frau Beikirch. Dafür herzlichen Dank.

Sie haben beschrieben, wie Sie mit Ihrem Modell vorangegangen sind, und haben auch die Zielsetzung beschrieben. Jetzt möchte ich aber noch einmal nachfragen: Das ist also der Versuch, die 68 Einrichtungen auf freiwilliger Basis zu gewinnen? Der ASB hat nicht vor, das als Standard vorzugeben? Oder ist das im Hintergrund doch der Fall?

Gleich dazu, weil das hier gut passt: Es gibt von der „von Keppler-Stiftung“ mit der Bosch Stiftung auch ein Pilotprojekt, das sehr stark auf EDV-Vernetzung setzt, mit Touchscreens. Sind das auch Dinge, die Sie überlegt haben oder die Sie anwenden?

Meine letzte Frage: Sie haben beschrieben, dass Sie den MDK mitnehmen konnten. Es werden ja immer wieder die Doppelprüfungen von MDK und Heimaufsicht angesprochen, und es wird der Wunsch geäußert, das vielleicht zusammenzulegen. Wie sind da Ihre Erfahrungen? Das ist ja ein Thema, das unsere Sozialministerin aufgreift. Haben

Sie da das Gefühl, dass Sie dort tatsächlich diesen Doppelaufwand reduzieren konnten, auch durch dieses Engagement, das der ASB mit dem Pilotprojekt aufgenommen hat? Es geht mir also um die Erfahrung: Zusammenlegung zu einer gemeinsamen Begehung von MDK und Heimaufsicht.

**Abg. Dr. Marianne Engeser** CDU: Herr Vorsitzender! Frau Pfeiffer-Balic, Sie haben jetzt sehr speziell vom ASB und aus der praktischen Umsetzung Ihres neuen Dokumentationsmodells berichtet. Meine Frage: Wie einfach darf oder muss Dokumentation sein, um das Wohl der Patienten zu sichern?

Und zweitens: Wie bringen Sie Ihren Modellversuch in Einklang mit dem Paradigmenwechsel, dem neuen Dokumentationsmodell, das vorhin von Frau Beikirch beschrieben wurde?

**Abg. Thomas Poreski** GRÜNE: Herzlichen Dank, Frau Pfeiffer-Balic. – Ich kann mich an das anschließen, was Frau Dr. Engeser eingebracht hat. Mich interessiert in diesem Kontext die Perspektive derjenigen, die die Pflegeleistung erhalten, also der Betroffenen – inwieweit diese in so eine Feedbackkultur eingebunden ist.

Mich interessieren auch die Ergebnisse, die Sie bisher haben, auch der Bezug, den Frau Dr. Engeser abgefragt hat, zu dem, was uns in den beiden Vorträgen vorhin vorgestellt worden ist, weil das, glaube ich, wieder ein etwas formalisierteres und standardisierteres Verfahren ist als das, was wir vorhin gehört haben.

Weiter interessieren mich auch, wenn Sie eine andere Herangehensweise haben, wie Sie Qualität sichern wollen, Schlussfolgerungen für die Art und Weise, wie die Einrichtungen aufgestellt sind. Wir hatten vorhin, glaube ich, sehr beeindruckende und plausible Thesen gehört zum Thema „Akademisierung von Pflegeberufen, Leitungsverantwortung, Leitungsfreistellung“.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Frau Wölfle.

**Abg. Sabine Wölfle** SPD: Vielen Dank. – Frau Pfeiffer-Balic, vielen Dank für Ihren Vortrag. Ich finde, er hat sehr gut zu denen der Vorrednerinnen gepasst, weil das jetzt praktisch ein Gesamtbild ergibt und Sie sozusagen die praktische Umsetzung dargestellt haben. Mich würde interessieren: Wie ist denn bei Ihnen z. B. der sogenannte – ich sage das jetzt einmal despektierlich – „Entrümpelungsprozess“ gelaufen? Das heißt: Gab es bei diesen Dopplungen im Bereich von Ordnungsrecht und Leistungsrecht spezielle Schwerpunkte, sodass man gesagt hat: „Da ist besonders viel doppelt und dreifach abgefragt“, oder in der Kombination von beidem?

Dann haben Sie den Fachtag erwähnt. Ich war ja selbst dabei und habe gehört, wie die PDLs aus der Praxis berichtet haben, und dabei eine gewisse Grundbegeisterung wahrgenommen. Vielleicht können Sie noch einmal etwas zu einem praktischen Bei-

spiel sagen. Ich kann mich dunkel erinnern, dass es z. B. auch darum ging, dass man nicht tagtäglich das Gleiche abfragt, sondern eigentlich nur dokumentiert, wenn sich eine Veränderung einstellt. Das hatte ein bisschen den Hintergrund, bei dem Beispiel „Trinken und Essen“, dass hochbetagte Menschen nicht jeden Tag gleich viel trinken und gleich viel essen und dass man diese Veränderung im Verhalten als normal ansieht und erst dann, wenn es eine auffällige Veränderung gibt, dies dokumentiert. Vielleicht können Sie das als Beispiel noch einmal erklären.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank für die Fragen. – Frau Pfeiffer-Balic, bitte.

**Sv. Frau Pfeiffer-Balic:** Zuerst zu Ihrer Frage: Ich war am 13. und 14. dieses Monats in Bad Herrenalb leider nicht dabei; ich war im ASB beschäftigt. Da haben MDK und Heimaufsicht das Projekt vorgestellt, das in Ludwigsburg lief, dass Heimaufsicht und MDK gemeinsam zehn Einrichtungen ausgesucht haben. Die wurden in den Ablauf involviert, aber sie wurden nicht informiert über den Tag, an dem die Besichtigung stattfindet.

Das Feedback, das ich von meinen Kollegen bezogen auf die Heimaufsicht gehört habe, ist sehr gut. Dieses Projekt wäre wünschenswert. Die Dopplung, dass erst der MDK kommt und zwei, drei, vier Monate später die Heimaufsicht und das Ergebnis eigentlich gleich ist, würde damit beseitigt. Wir haben keine schlechten Heime mehr; wir haben vielleicht ein paar Diskrepanzen, aber die sind nicht so schlimm.

Die zweite Phase soll jetzt beginnen: Heimaufsicht und MDK gehen wieder gemeinsam in Einrichtungen, und wiederum werden es zehn Stück sein. Aber diesmal sind die Einrichtungen nicht involviert. Das bedeutet: Die Begutachtung findet unter den normalen Aspekten statt.

Selbstverständlich möchte der ASB auch PC-gestützt arbeiten. Ab dem 30. April werden wir uns mit GODO zusammensetzen und die PC-gestützten Programme besprechen. Ein Touchscreen wäre sehr toll; schauen wir einmal, ob wir das hinbekommen.

Das waren Ihre Fragen.

Zu Ihren Fragen: Der Einklang dieser neuen Dokumentation mit den Bewohnern: Die Bewohner in der Seniorenresidenz „Glemstalblick“ merken sehr gut, dass eine Ruhe eingekehrt ist, dass die Mitarbeiter etwas mehr Zeit haben, dass es bestimmte Tage gibt, an denen sie sich mit ihnen beschäftigen und etwas mit ihnen unternehmen. Das kommt sehr gut an bei den Bewohnern. Sie merken auch, dass die Mitarbeiter nicht mehr so gestresst sind, dass sie ihre Tätigkeiten ruhiger machen. Das zeigt aus meiner Sicht den richtigen Weg auf.

Zur Akademisierung: Muss ich jetzt ganz ehrlich antworten? Was passiert mit uns Pflegekräften? Wir haben drei Jahre gelernt, wir sind heute Fachkräfte. Was passiert mit uns? Was soll der Akademiker tun? Muss er sich ebenfalls, so wie wir, um den Urlaub streiten? Dann geht er doch lieber in die Industrie, als dass er zu uns kommt.

Es wäre zu wünschen, dass er kommt. Dann hätten wir endlich die Augenhöhe mit Europa; dort haben alle ihren Bachelor in der Tasche. Wir merken das, wenn wir ausländische Mitarbeiter zu uns holen – aus Ungarn, aus Spanien. Diese Menschen sind ein anderes Arbeiten gewöhnt; sie haben eine viel, viel bessere Ausbildung als wir. Ich hoffe, ich schieße jetzt nicht am Ziel vorbei. Ich denke, die Akademisierung sollte man gut überlegen. Es wäre ein Weg. Aber was passiert mit uns anderen? Ich weiß es nicht.

Nun zu Frau Wölflé: Die Dokumentation, so, wie wir sie jetzt in der Seniorenresidenz „Glemstalblick“ und in den anderen fünf Einrichtungen bearbeiten, wird nur – – Wir haben eine explizite Tagesstruktur, die z. B. um 6:00 Uhr morgens beginnt und um 5:59 Uhr am nächsten Tag endet; dann geht um 6:00 Uhr die Tagesstruktur wieder von vorn los. Die Tagesstruktur enthält alle Prophylaxen, alles, was zu tun ist. Bei Abweichungen gehen wir in den Pflegebericht. Im Pflegebericht geht es, wenn es Diskrepanzen gibt – z. B. dass der Bewohner heute nur 800 ml getrunken hat –, darum, dass wir das auch morgen und vielleicht auch noch am dritten Tag beobachten, und erst dann wird etwas unternommen, z. B. mit dem Arzt gesprochen.

Heute ist es so, dass der Arzt dann eigentlich nur sagen kann: „Ja, gut, 800 ml reichen aus; warum wollen Sie den Menschen wässern?“ Oder aber er sagt: „Es reicht nicht aus; hängen Sie einfach 500 ml subkutan an.“ Das sind einmalige Gelegenheiten, dass das gemacht wird, es sei denn, der Arzt sagt: „Nein, hier müssen wir die 500 ml täglich anhängen, sonst dehydriert der Patient.“ Dann schauen die Mitarbeiter danach, dass der Bewohner auch täglich seine entsprechende Flüssigkeit bekommt.

Zur „Entrümpelung“: Die haben wir so vorgenommen, dass wir uns an den Vorgaben des MDK entlangehandelt haben – dass wir mit den Mitarbeitern die Formulare, die uns der MDK in seiner Grundsatzstellungnahme vorgegeben hat, gemeinsam besprochen haben. Da kam z. B. auch herüber, dass ein Formular tatsächlich nicht gebraucht wurde, es aber jahrelang geführt wurde. Ich finde, dass sich die Mitarbeiter in diesem Qualitätszirkel so eingebracht haben – das hat zwei Tage gedauert –, war phänomenal.

Ich erinnere mich ganz genau: Eine Mitarbeiterin stand irgendwann auf, nachdem es schon über eine Stunde nicht weitergegangen war. Wir redeten über eine Stunde lang über ein Formular. Sie stand auf und sagte: „Leute, wenn Entbürokratisierung, dann aber richtig.“ Das war dann irgendwie die Wende, das war der Durchbruch; danach ging es etwas besser.

Wo gab es die meisten Dopplungen? Die Frage war: bei der Heimaufsicht – also im Prozess und in der Struktur – oder im Ergebnis? Es war auf beiden Seiten gleich. Nehmen wir das Phänomen „Dekubitus“: Die Braden-Skala wird eliminiert; es kommt ein

anderes Formular, das genauso groß und umfangreich ist. Aus Angst, Unwissenheit, Unsicherheit werden beide Formulare benutzt. Ein Ergebnis kommt hier nie heraus, denn die Einschätzung ist mit Kreuzen hinterlegt, und ein Ergebnis in einer pflegefachlichen Einschätzung, das für den MDK wichtig wäre – ist der Bewohner nun dekubitusgefährdet oder nicht? – hat nie stattgefunden. Ich möchte behaupten, dass auf beiden Seiten Dopplungen in gleich großem Umfang vorhanden waren und es unvollständig war.

Meine Zeit ist fast um. Ich hoffe, ich habe alles beantwortet.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Pfeiffer-Balic. – Dann darf ich Herrn Michael Wipp ans Mikrofon bitten und den Kollegen Lucha darum bitten, dass er kurz meine Stellvertretung übernimmt.

**Sv. Herr Wipp:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Ich freue mich, heute zu den drei spannenden Themenbereichen Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung aus der Praxis berichten zu dürfen. Diese drei Themen bedingen sich gegenseitig; insofern passen sie auch sehr gut zu dieser Thematik hierher.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 3.*)

Eine Eingangsinformation, bezogen auf die drei Themenbereiche: Wir haben heute ein Missverhältnis zwischen der Administration und der direkten Bewohnerpflegezeit; das ist eindeutig. Leider ist Herr Hinderer gerade hinausgegangen, aber ich würde ihm gern zwei Studien benennen, die definitiv belegen, dass der Aufwand für Administration zwischen 20 und 30 % der Arbeitszeit ausmacht; nimmt man dann noch Urlaub, Krankheit und Fortbildung mit weiteren 20 % dazu, verbleiben 50 % von 100 % Arbeitszeit für den Bewohner. Das halte ich für einen äußerst kritischen Wert; das ist einfach in den letzten Jahren so entstanden.

Ich darf zur Bürokratie zwei Beispiele nennen. Ich möchte es erstens am Beispiel der Heimbegehungen der Heimaufsichtsbehörden und der Qualitätsprüfungen durch den MDK darstellen. Es ist definitiv so, dass 68 bis 90 % der Prüfinhalte identisch sind, auch wenn dies von Teilen der Politik vehement bestritten wird. Beiden Institutionen – sowohl den Heimaufsichtsbehörden wie dem MDK – geht es letztendlich auch um die „Teilhabe“ an dem Geschehen.

Wir haben in eigenen Erhebungen belegt, dass dies so ist; ich zeige Ihnen gleich Beispiele. Für den, der es nicht glaubt, stelle ich gern ausreichend Prüfberichte von beiden Behörden zur Verfügung, die dies tatsächlich belegen. Insofern ist es ärgerlich, wenn dann das Gegenteil behauptet wird.

Sie sehen hier ein Beispiel. Wir haben hier die Anforderungen des MDK und die Anforderungen der Heimaufsicht, Prüfleitfaden Baden-Württemberg, gegenübergestellt. Die Fragen sind nahezu identisch. Gern bin ich bereit, den gesamten Katalog zur Verfügung zu stellen. Es war zwar eine enorme Arbeit, aber wir haben jede einzelne Prüffrage gegenübergestellt, und insofern ist das gut zu sehen.

Was ist die natürliche und auch verständliche Folge? Weder MDK noch Heimaufsicht wollen natürlich etablierte Positionen räumen. Jeder belegt die Notwendigkeit seiner Arbeit. Was die angesprochenen Berichte betrifft: Zuerst hat der MDK seine Prüfberichte veröffentlicht, und dann hat man den Eindruck gehabt: Die Heimaufsichten möchten dem natürlich nicht nachstehen; sie sind ja auch wer, und sie sind ja auch wichtig; das ist gar keine Frage. Also will man jetzt auch dort die Berichte veröffentlichen. Ich kann Ihnen nur sagen: 44 Heimaufsichtsregionen, 44 unterschiedliche Berichte mit einem Umfang von zwei bis 100 Din A-4-Seiten – ich frage mich, wo dort die Transparenz für die Externen sein soll, zumal – auch das muss man sehen – die Heimaufsichten sehr häufig externe Fachleute bei der Pflege mit einbeziehen müssen, weil ihnen eigene fehlen. Ich sage das gar nicht als Vorwurf, sondern rein als Erfahrung aus der Praxis. Die Frage ist natürlich: Wieso muss ich noch externe Fachleute mit einbeziehen, wenn der MDK eigentlich das Gleiche prüft? Ich bitte einfach einmal, über diese Frage nachzudenken.

Keine Alternativen sind – aus der Praxis – gemeinsame Besuche. Wir haben schon über sogenannte Probeläufe gehört. Wir vermuten, dass die der Vorsorge dienen, weil die öffentliche Diskussion um die Doppelprüfungen zunimmt und die Frage immer mehr sein wird, warum die Politik dieses Ganze weiterhin unterstützt. Wir haben die Sorge, dass hier ein Tätigwerden vorgegaukelt werden soll, um dem Thema Doppelprüfungen entgegenzuwirken.

Was wären die Alternativen? Eine klare Aufgabenabgrenzung. Wenn man sich überlegt, dass die Heimaufsichten so viele Aufgaben haben – ich möchte nur an die neue Landesheimbauverordnung und andere Dinge erinnern –: Es gibt sicher genug Arbeit, so dass man sich nicht auch noch durch Doppelprüfungen im Weg stehen muss.

Lassen Sie mich das Beispiel Rheinland-Pfalz nennen. Dort ist es tatsächlich so: Der MDK prüft die Pflege, und die Heimaufsicht kümmert sich im wesentlichen Teil um den Rest, und dieser „Rest“ ist nicht wenig.

Übrigens war diese Thematik bereits eine Empfehlung beim runden Tisch „Pflege“ im Jahr 2005 – die Empfehlung 1.1; wenn jemand das nachlesen will.

Ein zweites Beispiel zur Bürokratie: Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten. Hier haben wir die Schwierigkeiten, die schon bei der Einführung der Pflegeversicherung entstanden sind: dass eine starre Sektorentrennung da ist, die in der Praxis zeigt, wie schwierig es für die Dienstleister ist, wirkliche Vernetzung anzubieten, damit es auch für die Leistungsempfänger gelingt. Die Länder sehen meist die Zuständigkeit

beim Bund oder bei den Kostenträgern, der Bund bei den Regelungen auf Landesebene, und der Versicherte, der die Leistungen benötigt, wartet, bis sich die Beteiligten geeinigt haben. Auch dieser Punkt war übrigens im Jahr 2005 beim runden Tisch „Pflege“ eine Empfehlung gewesen – Empfehlung 4.4.

Das bedeutet letztendlich, dass wir hier unbedingt Vernetzung zulassen müssen und diese starren Sektorengrenzen überwinden müssen und dann, wenn der Bund das nicht unterstützt, schauen müssen: Wie kann man im Land vorankommen?

Der zweite große Punkt: Dokumentation: Ich möchte dazu gar nicht viel sagen. Frau Beikirch hat das ganz hervorragend dargestellt. Vielleicht eines: Ich durfte im Jahr 2004 für das bayerische Sozialministerium ein ähnliches Projekt begleiten. Wir sind damals enorm belächelt worden, als wir ausgerechnet haben, dass rein für die Leistungsnachweise 37 Millionen € ausgegeben werden. Sie können sich vorstellen, dass ich mich im Jahr 2012 gefreut habe, dass das Statistische Bundesamt das nicht nur bestätigt hat, sondern de facto ist es ein Vielfaches davon, was hier letztendlich gemacht wird.

Die Auslöser, die die Dokumentation haben ausufern lassen, sind auch bekannt: Verdopplung der Prüffrequenzen, unabgestimmte Auslegung zur Funktion von Expertenstandards, sozialrechtliche und vertragliche Vorgaben und natürlich auch Veränderungen in der Bewohnerstruktur.

Bei der ganzen Frage der Pflegedokumentation spielen natürlich auch die Begehungen von Heimaufsichten und MDK eine große Rolle. Hier sehen wir – so muss ich sagen – die Problemkonstellation im Alltag weniger bei den Mitarbeitern des MDK – weil hier eine einheitlichere Schulung stattfindet –, sondern auch hier wieder vor allem bei Heimaufsichtsbehörden, die – wie ich es einmal nennen möchte – „externe Leiharbeiter“, externe Fachleute einkaufen müssen, um diesen Punkt mit zu betreuen, und die natürlich ganz unterschiedliche Voraussetzungen haben. Das ist ein echtes Problem, das wir hier im Alltag erleben. Wenn ein Unterrichtspfleger als Nebenjob bei der Heimaufsicht mitarbeitet, wenn Heimbegehungen sind; das spüren wir in der Umsetzung.

Ich möchte nur kurz auf die folgenden Punkte hinweisen, ohne die vorzulesen: dass eine ganze Reihe von Vorgaben da sind, die die Mitarbeiter im Alltag auch bei der Pflegedokumentation berücksichtigen müssen, und das Ganze ist nicht wenig.

Dritter Punkt: Qualitätssicherung: Ich möchte hier noch einmal auf das Beispiel der Fachkraftquote eingehen, weil das eines der zentralen Themen sein wird, die uns die nächsten Jahre beschäftigen. Sie ist 1993 in Kraft getreten. Die Entstehungshintergründe möchte ich hier nicht noch einmal ausführen; die sind bekannt. Mit Wissenschaft hatte das überhaupt nichts zu tun, um das nur noch einmal kurz zu sagen. Und auch diese Forderung war bereits 2005 eine Empfehlung vom runden Tisch „Pflege“.

Ich bitte übrigens, in der Präsentation das Ausrufezeichen hinter „politischer Weitblick“ zu entschuldigen; das sollte ein Fragezeichen sein und kein Ausrufezeichen.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Was ist ärgerlich dabei? Ich finde es schade: In der Diskussion um die Fachkraftquote wird immer nur diskutiert: Abschaffung oder unveränderter Beibehalt? Warum, sehr verehrte Damen und Herren, gibt es nichts dazwischen? Warum sagt man nicht einfach, man passt diese Fachkraftquote heutigen Erkenntnissen an? Man muss nur einmal schauen: Wir haben hier das ganz intensive Gefühl, dass die Praxis nicht mehr erkannt wird. Wir haben eine Vakanzzeit von im Schnitt 124 Tagen, bis Fachkraftstellen besetzt werden können; das bestätigt die Bundesagentur für Arbeit. Baden-Württemberg ist eines der Länder mit dem höchsten Fachkraftmangel.

Auf die Historie im Land Baden-Württemberg möchte ich nur kurz am Rande eingehen.

Wie könnten Alternativen aussehen? Ganz dringend wäre die Ausrichtung des Fachkrafteinsatzes an dem zu betreuenden Klientel, und nicht an Gebäuden, Etagen oder Wohnbereichen, wie dies gegenwärtig der Fall ist, oder – noch schlimmer – an fiktiven quantitativen Größen von Bewohneranzahl, so, als hätten die Menschen alle die gleichen Bedürfnisse; die haben sie nicht, da muss man genauer hinschauen.

Die Folgen zu beschreiben will ich überspringen.

Ganz viele Einrichtungen stellen Fachkräfte ein, damit die Quoten erfüllt sind, und da frage ich Sie wirklich einmal: Was hat das überhaupt noch mit Ergebnisqualität zu tun? Die Fachkraftquote ist erfüllt, Teile der Politik sagen: „Die lebt ja immer noch“, aber in der Praxis bringt es den Bewohnern de facto nichts an Ergebnisqualität.

Schauen wir uns die Entwicklung in Baden-Württemberg und im Bund an. Ich will es nur ganz kurz zeigen. Es ist bekannt: Es ist ein eklatanter Fachkräftemangel da. Egal, welche Studie man anschaut – die Studien sind etwas unterschiedlich –: Alle deuten eindeutig in die gleiche Richtung, wie wir es hier auch sehen, letztendlich auch in der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen.

Was aber niemand anschaut – das wäre auch einmal ganz wichtig –: Welche Tätigkeiten fallen denn in den Pflegeeinrichtungen an? Es gibt hierzu die Studie von Wingenfeld und Schnabel, die besagt, dass ein Großteil dieser Tätigkeiten Hilfen bei Alltagsverrichtungen sind. Es wäre wirklich einmal zu fragen: Bedarf es hier nicht eines differenziererten Fachkrafteinsatzes, anstatt einfach – so ist es momentan – zu sagen: „Ich gieße einmal 50 % Fachkraftquote mit der Gießkanne über alle aus und bin der Meinung, dass unter dem Strich Ergebnisqualität herauskommt.“ Entschuldigung, wenn ich es so deutlich sage: Ich finde, so naiv kann man doch eigentlich gar nicht sein. Warum nicht gezielt Leistungen dort einsetzen, wo diese auch benötigt werden?



Ich will nur ein Beispiel bringen: Im ambulanten Bereich ist es längst üblich – ich finde, es hat sich dort auch bewährt –, dass es sehr qualifizierte Regelungen z. B. im SGB V gibt, welche Zusatzqualifikationen möglicherweise machbar wären. Hier müsste man wirklich einmal differenziert überlegen.

Ich möchte Sie bitten, noch ganz kurz zur Fachkraftquote ein paar Sachen zu bedenken. Die Definition, was unter „Fachkräften“ zu verstehen ist, wird von Bundesland zu Bundesland anders beurteilt. Die qualitative Auslegung ist völlig unterschiedlich, weil extrem voneinander abweichende Personalschlüssel bestehen. Die Methodiken, nach denen Fachkraftquoten berechnet werden, sind nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Bundesländer sehr unterschiedlich.

Folgende Punkte einfach noch einmal zum Abschluss dazu: In der Anhörung am 20. März ist von diesem Pult aus gesagt worden, man könnte die Fachkraftlücke um die Hälfte reduzieren, wenn es gelänge, die stationär versorgten Pflegebedürftigen der Stufe I sowie 10 % anderer Stufen in nicht stationären Versorgungsformen zu versorgen. Das „Pfleigestärkungsgesetz“ – ich habe es extra in Anführungszeichen gesetzt – ermöglicht die Umwidmung von 40 % der Sachleistungen in niedrigschwellige Betreuungsangebote, die bis dato Fachkräften vorbehalten waren. In beiden Fällen stellt sich für mich die gleiche Frage: Durch den Wechsel des Angebots bzw. der Leistungsanspruchnahme ist plötzlich keine Fachkraft mehr erforderlich? Gegenfrage: Warum war sie dann zuvor erforderlich, bei identischem Hilfebedarf?

Noch ein Punkt: Die einjährig ausgebildete Krankenpflege- oder Altenpflegefachkraft kann ambulant SGB-V-Leistungen bei intensivpflichtigen Menschen erbringen; im stationären Bereich gilt der gleiche Mitarbeiter nicht als Fachkraft.

Sollte tatsächlich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kommen, mit tatsächlich erhöhten Mitarbeiterzahlen, dann ist die Fachkraftquote in der jetzigen Form auf jeden Fall endgültig am Ende.

Ich habe Ihnen einige Zitate aufgeschrieben. Die will ich gar nicht weiter ausführen, die kann jeder selbst lesen. Ich finde es nur traurig, wenn wir in Baden-Württemberg noch einmal eine Studie für acht Einrichtungen auf drei Jahre brauchen, um letztlich zu Erkenntnissen zu kommen, die heute schon auf dem Tisch liegen.

Letztes Bild: Die Bürokratie zu reduzieren würde mehr Zeit für Pflege und Betreuung bringen. Doppelprüfungen zu reduzieren würde ebenso mehr Zeit für die Menschen in der Pflege bringen. Es würde keine Qualitätsverluste nach sich ziehen, und wir hätten eine erhebliche Einsparung finanzieller Ressourcen. Die Fachkraftquote neu zu definieren würde auch nicht zu einem Qualitätsverlust führen. Die Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgungsangebote würde zu einer Leistungsvielfalt und mehr Angeboten für die pflegebedürftigen Menschen führen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Herzlichen Dank, Herr Wipp. Das war eine komplette Punktlandung. – Ich darf der Kollegin Dr. Engeser das Wort erteilen.

**Abg. Dr. Marianne Engeser** CDU: Herr Vorsitzender! Herr Wipp, vielen Dank für Ihren Vortrag. Ich reduziere meine Fragen auf das eigentliche Thema Entbürokratisierung und frage Sie: Gibt es in anderen Bundesländern gemeinsame Prüfungen von MDK und Heimaufsicht? Gibt es in anderen Bundesländern dort eine klare Aufgabenteilung? Sie haben die Kataloge miteinander verglichen und festgestellt: Das überschneidet sich zu viel, um bis zu 90 %. Können wir vielleicht auch im Bereich „Sektorengrenzen“ etwas von den anderen Bundesländern lernen? Und zum Schluss: Können Sie uns Ihre Folien zur Verfügung stellen?

Danke.

**Abg. Bärbl Mielich** GRÜNE: Herr Wipp, herzlichen Dank für Ihren Vortrag, der bei mir natürlich erst einmal ordentlich Widerspruch erzeugt. Speziell bei dem Thema Fachkraftquote sind wir – das wissen Sie – durchaus auf einem Weg. Sie haben das Modellprojekt, das gerade angelaufen ist, als eigentlich viel zu spät bezeichnet. Aber besser spät als nie. Deswegen finde ich, dass es wirklich eine gute Initiative ist, dass wir in Baden-Württemberg jetzt genau diesen Ansatz verfolgen, die Fachkraftquote an sich nicht mehr auf eine Pflegefachkraftquote zu reduzieren, sondern insgesamt diese verschiedenen Professionen zusammenzubündeln. Ich glaube auch, dass die Entwicklung, die wir in dem Ausbau der ambulanten Wohnformen haben, eine große Chance bietet, um diese Diskussion noch einmal neu zu führen und gerade auch den Fachkräfteansatz und auch den Einsatz neu zu definieren.

Ich möchte von Ihnen gern wissen – jenseits der ganzen Diskussionen um die Fachkraftquote –, was Sie glauben, wie sich die Ausbildung der Pflegekräfte verändern muss, damit diese andere Form von Pflegedokumentation überhaupt gelebt werden kann. Denn das, was wir heute vor allem in den ersten beiden Vorträgen gehört haben, war ja so, dass ich daraus nur schließen kann, dass wir insgesamt eine völlig neue Ausbildung brauchen, damit dieser neue Blick auf die Pflege – nicht nur auf die Pflege, sondern vor allem auf die Bewohnerinnen und Bewohner, auf die einzelnen Menschen – wirklich leben kann.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Vielen Dank, Frau Mielich. – Herr Kollege Hinderer.

**Abg. Rainer Hinderer** SPD: Herr Wipp, vielen Dank für Ihren Vortrag. Vor meiner Fragestellung eine ganz kurze Vorbemerkung: Ich bedaure es zutiefst, dass Pflege immer

dann eine große öffentliche Aufmerksamkeit genießt, wenn es um schlechte Pflege geht, wenn es um Skandale geht. Das ist meines Erachtens falsch. Wir müssten mehr über die gute Pflege reden, die weitestgehend gewährleistet wird. Nichtsdestotrotz können wir schlechte Pflege und Pflegeskandale nicht einfach vom Tisch wischen; die gibt es – zum Glück, sage ich einmal, weniger in unserem Bundesland, und dies vielleicht auch wegen der hohen Standards und der Kontrolldichte.

Sie haben jetzt schon des Öfteren hier oder in anderen Kontexten Ihre Kritik an den Standards, an den Prüfungen, an den Doppelprüfungen, an den Kontrollen vorgetragen. Nichtsdestotrotz haben wir natürlich ein Grundprinzip von Standardsetzung und Kontrolle. Ich würde von Ihnen gern einmal hören: Was ist denn Ihre Strategie zum Schutz – um nichts anderes geht es letztendlich – der zu pflegenden Menschen? Gibt es da Ideen, die ganz alternativ zu dem Grundprinzip „Standardsetzung und Kontrolle“ stehen?

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Vielen Dank, Herr Hinderer. – Herr Haußmann, bitte.

**Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP:** Sehr geehrter Herr Wipp, Sie haben ja in Ihrem Vortrag auch noch einmal eingehend die Thematik der Prüfungen durch MDK und Heimaufsicht dargestellt. Jetzt habe ich hier eine Stellungnahme zu einem Antrag unseres Kollegen und Vorsitzenden Herrn Rüeck – er ist im Moment nicht anwesend – zu dem Thema der Prüfungen vorliegen. Das Sozialministerium hat hier geschrieben, die Prüfungen der Heimaufsicht und des MDK könnten sich nicht gegenseitig ersetzen, das seien keine Doppelprüfungen. Das steht also insofern etwas in einem Widerspruch.

Wenn ich jetzt Ihren Vortrag bedenke: Sie haben empfohlen, das nicht gemeinsam zu machen, sondern eher wie in dem Modell in Rheinland-Pfalz. Da wollte ich noch einmal nachfragen: Wäre es für uns ein Beispiel, zu sagen: ein Jahr MDK, ein Jahr Heimaufsicht? Dazu gehört vielleicht auch ein bisschen das Thema, das der Kollege Hinderer angesprochen hat. Wenn irgendwo etwas passiert, meint ja jeder, jetzt müsse man noch mehr prüfen. Wäre es vielleicht eine Lösung, tatsächlich konkret zu sagen: „Wir trennen das; jedes Jahr nur einer der beiden“? Denn ich glaube, die Heimaufsicht – Sie haben es auch gesagt – hat sicherlich genügend zu tun; wenn ich die ermessenslenkenden Richtlinien für das Thema Heimbauverordnung mit über 40 Seiten sehe, dann wünsche ich viel Freude dabei, das umzusetzen. Da gäbe es allemal genügend Aufgaben.

Dann noch eine Frage zur Fachkraftquote: Wenn ich Sie da richtig verstanden habe, sind das zwei Themen, einmal das Thema Bürokratie. Das heißt, man muss alles dafür tun, weniger vielleicht mit Blick auf die zu Pflegenden, sondern mit Blick auf die Erfüllung der Regelungen. Das Zweite ist, dass wir dadurch vielleicht eher noch den Pflegefachkraftmangel intensivieren, als dass wir ihn beheben. Wenn Sie das vielleicht noch einmal schildern könnten, dass wir offensichtlich im ambulanten Bereich da schon deutlich flexibler sind als im stationären Bereich. Die Frage wäre: Was kann man aus dem

ambulanten Bereich in den stationären Bereich übertragen, um das für die Einrichtungen flexibler zu handhaben, damit wir auch dort den Fachkraftmangel vielleicht sogar etwas abmildern können?

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Vielen Dank, Herr Haußmann.

Jetzt habe ich mich auch noch ganz kurz auf die Redeliste gesetzt; das ist die Macht des Mikrofons.

Herr Wipp, wie beurteilen Sie die Qualitätssicherungsaktivitäten des MDK, einschließlich der Pflegenoten, und – nachdem ja heute schon die Bemerkung gefallen ist, dass die hoffentlich abgeschafft werden – welche Alternativen gibt es?

Meine zweite Frage betrifft den Leistungserbringungsnachweis – also dass der MDK bei seiner Prüfung durchaus auch Nachforderungen stellt, weil er sagt, die der Pflegestufe angemessene Leistung sei so nicht erbracht worden, und dass dies bei den Dokumentierenden dazu führt, dass eigentlich nicht im Interesse der Qualität, sondern im Interesse der Nachweisbarkeit eines Leistungsrechts dokumentiert wird, und man genau diesen Aufbau dann künstlich erzeugt.

Jetzt haben Sie das Wort; wenn keine weitere Frage mehr vorliegt.

**Sv. Herr Wipp:** Vielen Dank. – Ich beginne vielleicht mit den Fragen von Frau Dr. Engeser. Die Thematik „Gemeinsame Prüfungen“ hatte ich kurz angesprochen. Ich glaube nicht, dass das wirklich die Lösung sein kann. Ich will lieber nachher auf die Frage von Herrn Hinderer eingehen, welche Alternativen es zum Schutz als Strategien gibt. Aus meiner Sicht bedeuten die gemeinsamen Prüfungen: Man tut einfach etwas gemeinsam, um nach außen zu signalisieren: Doppelprüfungen machen wir nicht mehr. Ich weiß nicht, ob das die Lösung ist. Verzeihen Sie es mir, wenn ich das so ehrlich sage, aber es ist meine persönliche Meinung: Ich habe das Gefühl, es geht hier eher um den Erhalt von erlebten oder erarbeiteten Machtpositionen und Arbeitsplatzsicherheit als um einen wirklichen Nutzen. Wobei – das zu sagen ist mir ganz wichtig – ich keineswegs die Heimaufsichten in ihrer Funktion infrage stelle, nur in diesem Punkt, in der Umsetzung und im Vorgehen. Das ist mir ganz entscheidend wichtig. Ich denke, es gibt andere Möglichkeiten; dazu komme ich gleich.

Wir erleben z. B. in Rheinland-Pfalz in den Einrichtungen eine wesentlich bessere Aufgabenteilung. Ich kann hier nur für die Einrichtungen sprechen, die ich kenne; ich kann nicht sagen, dass das im ganzen Land so ist. Aber dort ist es so, dass sich der MDK bei seinen Prüfungen um die Pflegequalität kümmert; dafür sind seine Mitarbeiter ausgebildet, und ich finde, sie machen das auch qualifiziert. Es gibt immer Abweichungen davon; die haben wir auch bei unseren Mitarbeitern, aber insgesamt passt das wirklich gut. Die Heimaufsicht konzentriert sich dort wirklich auf die ganzen restlichen ordnungsrechtlichen Aufgaben, und davon gibt es ja wirklich genug; es ist ja nicht so, dass sich

die Heimaufsicht um die Pflege kümmern müsste, weil sie sonst nichts zu tun hätte. In Rheinland-Pfalz ist, finde ich, die Aufgabenteilung wesentlich besser geregelt. Es sind ja alte Vorschläge, in dieser Form vorzugehen.

Ich würde gleich, weil es sehr gut dazu passt, auf die Frage von Herrn Hinderer eingehen. Herr Hinderer, ich halte es für absolut wichtig, dass es hier einen Schutz für die Bewohner in Pflegeeinrichtungen gibt. Sie sind in einer abhängigen Situation, sie sind ein schwaches Glied in der Kette; das ist gar keine Frage. Ich unterstelle eben nur, wie es momentan läuft. Wir haben schon so oft Vorschläge gemacht, wie das anders sein könnte. Es könnte doch auch hier so sein, dass man sagt: Der MDK kümmert sich um die Qualität der Pflege in den Einrichtungen, und die Heimaufsichten schauen alles andere an und klammern die Pflege aus. Die Frage ist, ob die Prüfung der restlichen Strukturen, bei der es ja um bauliche Standards und anderes geht, wirklich jährlich durch die Heimaufsicht erfolgen müsste oder ob man sagt: Der MDK kommt jährlich, die Heimaufsicht bei diesen anderen Dingen möglicherweise nur zweijährlich, außer natürlich, es gäbe Anlassprüfungen; das ist hier auch außen vor. Ich denke, dass hier mit einer besseren Abstimmung wirklich nicht eine schlechtere Qualität erreicht würde.

Ich habe auch schon erlebt, dass innerhalb einer Woche MDK und Heimaufsicht da waren und keiner etwas vom anderen wusste; dann hat der eine dem anderen die Schuld in die Schuhe geschoben. Ich möchte das nicht als Beispiel nennen; das kann passieren; das ist auch nicht die Regel. Aber Bewohnerschutz kann auch mit überlegten neuen Konzepten wirklich gut laufen; dazu brauche ich eben nicht beide Institutionen mit gleichen Inhalten nebeneinander her.

Ich will gleich zu der Frage von Herrn Haußmann weitergehen: „Wie könnte so etwas anders aussehen?“ und zum Fachkräfteeinsatz. Im ambulanten Bereich ist es ja so – ich denke, das ambulante System hat sich auch bewährt –, dass die Leistung, die der Pflegebedürftige benötigt, entscheidend dafür ist, welche Mitarbeiter ich dazu brauche. Und nicht einfach: Die Hälfte machen Fachkräfte, und die andere Hälfte andere Mitarbeiter.

Schauen Sie sich doch einmal an, welche Tätigkeiten Fachkräfte in stationären Pflegeeinrichtungen machen, weil eben mehr Tätigkeiten anfallen, die vielleicht auch von Hilfskräften durchgeführt werden könnten. Also: eine andere Qualifikation, dass man wie im ambulanten Bereich sagt: Es gibt eine Basisqualifikation, die jeder haben muss, und es gibt verpflichtende Fortbildungen – auch das gibt es im ambulanten Bereich, aber im stationären Bereich eben nicht –, um die Qualifikation zu schulen. Auch die Frage: Könnte man nicht die untere Ebene, die sogenannten Pflegehelfer, in der Qualifikation etwas anheben?

Sie hatten einen Qualifikationsmix angesprochen, Frau Professorin Höhmann. Das ist ja auch ganz wichtig. Es gäbe so viele Möglichkeiten, diese Dinge wirklich anzupassen. Die knappe Ressource Fachkraft – das ist es; ich bin selbst Pflegefachkraft – mit der Gießkanne über alle zu verteilen und gleichzeitig einige einzustellen, bloß damit Quoten erfüllt sind – das ist aus meiner Sicht wirklich ein Armutszeugnis; wenn uns dazu nichts

anderes einfällt. Ich sage es Ihnen ganz ehrlich: Die anstehende Landesheimpersonalverordnung für Baden-Württemberg lässt mich das Schlimmste befürchten – das muss ich wirklich sagen –, weil ich überhaupt nicht erkenne, dass hier innovativ und weiterentwickelnd gedacht wird, wie das heute eigentlich nötig ist.

Zum Thema Qualitätssicherung möchte ich einfach sagen: Ich habe – vielleicht hat es der eine oder andere gelesen – schon längst dafür plädiert, die MDK-Noten abzuschaffen, weil ich die einfach nicht für zielführend halte. Wir hatten auch Qualitätsprüfungen, bevor es die MDK-Noten gab; und deswegen ist das ja kein schwaches, stumpfes Schwert, denn auch die Pflegekassen haben ja die Möglichkeit, mit entsprechenden Auflagen zu reagieren, wenn die Arbeit nicht sachgerecht im Sinne der Bewohner durchgeführt wird. Insofern wird niemand die Noten vermissen.

Ich habe nur eine Sorge. Wenn Herr Laumann – er kommt ja heute auch – sagt, bis Ende des Jahres gebe es alternative Prüfberichte, als vorübergehende Maßnahme, bis Ende 2017 werde ein neues System implementiert, möchte ich nur an einen Punkt erinnern: Wir hatten schon einmal völlig überhastet Pflegenoten eingeführt. Damals haben ganz viele davor gewarnt, sie haben gewarnt, dass das System nicht durchdacht ist. Ich hoffe nur, dass uns jetzt bis zum Jahresende nicht wieder das Gleiche passiert. Da lässt man sich lieber etwas Zeit. Ich denke, dass kein einziger Bewohner bei der Qualität der Pflege leiden würde, wenn dieser Bericht ein halbes Jahr später für die Öffentlichkeit käme. Denn ich kann Ihnen aus der Praxis nur sagen: Die Interessenten, die zu uns in die Pflegeeinrichtungen kommen, lesen keine Transparenzberichte und keine Noten. Sie hören sich um und sagen: Wie sieht es im Umfeld aus? Sind andere Bewohner da, die zufrieden sind? Das zählt für sie wesentlich mehr.

Zu dem Leistungsnachweis noch, Herr Lucha: Ich durfte in der Arbeitsgruppe bei Frau Beikirch von Anfang an mit dabei sein. Ich kann Ihnen sagen, ich werde ein Erlebnis in meinen inzwischen fast 40 Berufsjahren nie vergessen, nämlich als wir in Münster mit den ganzen Juristen zusammensaßen. Es waren ungefähr 40 bis 50 Juristen; als Laie wie ich bekommt man schon automatisch ein schlechtes Gewissen, wenn sie da mit im Raum sitzen. Die spannende Frage von Frau Beikirch: „Wie kommt es denn überhaupt zu den Leistungsnachweisen im stationären Bereich?“ Es war daraufhin so still wie hier.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Frau Beikirch hat dann weiter gefragt: „Wo ist denn die rechtliche Grundlage dafür?“ Ich weiß noch: Neben mir saß Professor Udsching vom Bundessozialgericht. Er hat dann gesagt: „Ich bringe es auf den Punkt: Es gibt keine.“ Und dafür zeichnen 12 000 stationäre Einrichtungen jahrelang endlos Zeit ab.

Man hat ja jetzt die Lösung gefunden, dass das für den Bereich der Grundpflege nicht mehr notwendig ist. Auch die unsäglichen Aussagen, die Mitarbeiter über Jahre schikaniert haben: „Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht.“ Lauter solcher Unsinn. Eine Branche hat ja ganz gut davon gelebt – zumindest die Dokumentationshersteller

mit den Arbeitsblättern –, aber das hat Mitarbeiter natürlich massivst verunsichert. Das ist das Ergebnis: Wir haben jetzt andere Möglichkeiten und wissen auch, dass es über diesen sogenannten „Immer so“-Beweis geht, der ja auch in der Kasseler Erklärung nachzulesen ist. Ich bin froh, denn ich habe, ehrlich gesagt, nach 2003, 2004 nicht mehr daran geglaubt, dass wir noch eine Chance haben, das Ausmaß der Bürokratie hier wirklich auf ein vernünftiges Level zu bringen.

Frau Beikirch, ich finde es toll. Sie wissen, wie groß meine Bedenken waren. Als sie eingesetzt worden ist – das will ich noch sagen –, habe ich ihr einen Brief geschrieben, in dem stand: „Ich halte die Stelle für absolut nutzlos und von den Kosten her für unsinnig“, weil ich gedacht habe, es kommt eh wieder nichts dabei heraus. Das war mein größter Irrtum; das muss ich wirklich sagen.

Ich hoffe jetzt, ich habe nichts vergessen.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Frau Mielich hat mir signalisiert.

**Sv. Herr Wipp:** Ausbildung ändern; Entschuldigung, Frau Mielich. Die Diskussion um die generalistische Ausbildung steht ja im Raum. Als Altenpfleger und Krankenpfleger – ich habe beide Ausbildungen gemacht – schlagen da in meiner Brust zwei Herzen. Die Altenpflegeausbildung war, muss ich sagen, zu meiner Zeit sehr schlecht; deswegen hatte ich damals beide Ausbildungen gemacht. Heute ist, finde ich, die Altenpflegeausbildung sehr qualifiziert. Aber eines muss ich auch sagen – das sehe ich natürlich in der Praxis –: Die Veränderungen der Bewohnerstruktur der Pflegeeinrichtungen erfordern im medizinischen Teil mehr Kenntnisse. Das ist ein Punkt, den man in der Altenpflegeausbildung, wenn man sie belassen würde, dringend anpassen müsste. Das ist ein Bedarf.

Gleichwohl, denke ich, ist es wert, über veränderte Strukturen nachzudenken, die die Zielsetzung langfristig für alle Beteiligten haben. Aber der Prozess, wie die generalistische Ausbildung gestaltet werden könnte, ist ja hoffentlich noch am Anfang und nicht am Ende. Dort müssen natürlich auch Dinge wie die Pflegedokumentation berücksichtigt werden. Ich denke, das ist auch verlernt worden: der Blick auf den Bewohner, den das Strukturmodell wieder beinhaltet. Wir haben es alle gelernt; ich auch. Ich sage Ihnen: 30 Jahre Krohwinkel gehen an einem nicht spurlos vorbei. Das ist so.

(Heiterkeit)

Bei aller Wertschätzung für Frau Krohwinkel; ich kenne sie gut. Aber das prägt.

Die Ausbildungsstätten werden ganz massiv lernen müssen, wie mit diesen neuen Dokumentationsformen umzugehen ist. Ich habe vor Kurzem dreimal 30 Pflegedienstleitungen geschult. Ich kann nur sagen: Sie waren alle davon angetan. Aber alle sagen eines: Es ist wirklich ein Paradigmenwechsel, den Fokus wieder auf den Bewohner zu

richten. So logisch dieser Wechsel erscheint, so schwierig ist es in der Praxis, das wieder zu lernen. Es war einfacher, Häkchen zu machen und Kreuzchen auszufüllen.

Habe ich es beantwortet, Frau Mielich? – Okay.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Herr Wipp, vielen Dank. Herzlichen Dank an Sie.

**Sv. Herr Wipp:** Ich danke Ihnen.

(Beifall)

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Meine Damen und Herren! Wir haben jetzt noch die Möglichkeit für eine allgemeine Fragerunde, aber leider nur für Mitglieder der Kommission und nicht auch für das Publikum. Die Geschäftsordnung des Landtags sieht leider nicht vor, dass wir es öffnen können. Ich hätte es ganz gern gemacht, aber ich darf, glaube ich, nicht. Insofern bauen wir darauf, dass die Kolleginnen und Kollegen noch einmal stellvertretend für Sie erspüren, was es noch für Nachfragen gibt, sofern sie nicht schon gestellt worden sind. Es sind, wie ich finde, doch schon sehr intensiv Nachfragen gestellt worden.

Ich bitte die Expertinnen und Experten, die Fragen einfach von ihrem Tisch aus mit ihrem Mikrofon zu beantworten.

Das Wort hat Herr Hinderer.

**Abg. Rainer Hinderer SPD:** Herr Vorsitzender! Ich adressiere meine Fragestellung vorsichtshalber nicht; vielleicht bleibt sie auch unbeantwortet. Aber wer von den Expertinnen und Experten sie beantworten kann, möge dies tun.

Noch einmal zum Stichwort „Bürokratisierung und Entbürokratisierung“: Gibt es irgendwelche Untersuchungen, Erhebungen, Erkenntnisse, die eine Antwort auf die Frage geben, welcher Anteil an bürokratischem Aufwand, an Dokumentationsaufwand vorgegeben ist, sei es von der Bundesebene, vom Leistungsrecht, oder vom Land, vom Ordnungsrecht? Welcher Anteil ist vielleicht auch hausgemacht, sei es durch das einzelne Pflegeheim, den Träger des Pflegeheims, den Verband oder durch die Bestrebung, nach außen hin zusätzlich Qualität zu zeigen, über welche Maßnahmen auch immer – DIN- bzw. ISO-Zertifizierungen und Sonstiges, hauseigenes Qualitätsmanagement? Gibt es Antworten auf die Frage, wie hoch die Anteile der jeweiligen Institutionen sind?

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Mein Blick schweift. Wer von Ihnen möchte etwas dazu sagen? – Frau Beikirch, bitte.

**Sv. Frau Beikirch:** Wir haben uns hier eben angeschaut. Ich glaube, Untersuchungen mit dieser Fragestellung gibt es nicht. Aber ich glaube, es ist – oder, Herr Wipp? – völlig



unstrittig, dass – das war auch ein Ergebnis des Praxistests – niemand sagt, dass nur eine Seite daran beteiligt ist, dass die Pflegedokumentation so groß ist. Es gibt genauso viele hausgemachte Faktoren. Wenn Sie z. B. ein sehr ängstlicher Träger sind und der haftungsrechtlichen Frage ganz viel Raum eingeräumt haben, oder Sie haben ein ausuferndes QM und haben ganz viele Kennzahlen in die Pflegedokumentation mit hineingenommen – das hat überhaupt nichts mit irgendwelchen fachlichen Setzungen zu tun, das sind ganz andere betriebliche Ziele, die auf die Pflegedokumentation assoziiert sind. Das ist ja eigentlich auch die Botschaft von uns beiden: Auf das Thema Pflegedokumentation können Sie aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln als Medium etwas projizieren, und dann bläht sich das auf. Der Befund, den ich hatte, war: Niemand hat mehr den Ausgangspunkt gefunden, wer denn jetzt anfangen muss, wieder zurückzusortieren. Dann war die Strategie, erst einmal zu sagen: Jetzt besinnen wir uns erst einmal auf das Fachliche. Das haben auch die Juristen empfohlen; sie haben gesagt: „Jetzt besinnt euch auf das Fachliche. Was ist ein qualifizierter fachlicher Rahmen, den man öffentlich vertreten kann?“

Dann kam die nächste Frage: Was sagen die Juristen dazu? Sie haben das ja sehr klar beantwortet. Sie haben gesagt: „Macht daraus nicht so einen Hype. Wir folgen dem, worauf ihr euch fachlich verständigt.“ Aber da haben wir natürlich ein Riesenproblem: Wo ist denn der Ort, wo sich Pflege fachlich auf einen Standard verständigen kann? Da kommen wir in ganz andere Debatten hinein: Pflegekammer, Institut für Qualitätssicherung und: „Kann man das der Selbstverwaltung überlassen?“ Das hat, glaube ich, diese Dinge ausgelöst – dass gerade im SGB-XI-Bereich unendlich viele Akteure irgendeine Meinung zur Pflegedokumentation haben.

Vorhin ist die Stellungnahme des MDS aus dem Jahr 2002 zitiert worden, die übrigens eine gute fachliche Stellungnahme war, mit dem gleichen Ansinnen, einmal ein bisschen Ordnung und Struktur hineinzubringen. Sie haben das nicht gemacht, weil sie sich irgendwie aufspielen wollten, sondern weil sie den gleichen Befund hatten wie ich: Es gibt keinen Ort, wo sich Pflege verständigt. Es gab nichts; also haben sie gesagt: „Na gut, dann machen wir es.“ Dass das dann von der Fachöffentlichkeit so verstanden wird: „Der MDK hat gesagt“ ist ein grandioses Missverständnis, genauso wie es grandiose Missverständnisse bei der Umsetzung der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege gab. In keinem Expertenstandard steht, dass Sie zu jedem Expertenstandard ein neues Assessment in Ihrer Dokumentation umsetzen müssen.

So könnte ich die Reihe fortsetzen. Die Frage, die Sie stellen, ist eigentlich die Frage, die auch ich permanent hatte: Wie konnte es dazu kommen? Denn ich habe ja dann mit folgendem Phänomen gelebt: Ich habe das ausgesprochen, und ganz egal, mit welcher Gruppe ich geredet habe – ich habe sie zu Anfang alle getrennt, weil ich dachte, man muss das erst einmal entzerren, damit jeder offen seine Meinung sagt –, jeder hat zu mir gesagt: „Gott sei Dank, dass jemand das einmal ausspricht.“ Jeder hat mir recht gegeben, und dann habe ich gesagt: „Wo ist denn jetzt die Plattform, wo ihr das ge-

meinsam feststellt und wo wir Verantwortung übernehmen und jetzt jeder etwas dazu beiträgt, damit wir aus dieser Kette wieder herauskommen?“

Es ist leider so schwierig, wie ich es hier sage. Deshalb ist es auch nicht so einfach, das wieder zurückzudrehen. Das haben wir ja vorhin gemerkt. Insofern, glaube ich, kann es eine solche Untersuchung nicht geben, denn die würde einmal diesen und einmal jenen Blickwinkel einnehmen, und je nach welcher Perspektive eine solche Untersuchung gemacht wird, kommt man dann zu einem bestimmten Ergebnis.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Danke, Frau Beikirch. – Frau Dr. Höhmann.

**Sv. Frau Dr. Höhmann:** Ich würde gern noch etwas dazu sagen. Konkrete Untersuchungen gibt es dazu nicht, weil die aus den geschilderten Gründen sehr schwierig sind. Ich habe Ihnen aber eine Fallstudie mitgeschickt; ich habe das für eine Pflegedokumentation bei einem Träger untersucht in Bezug darauf, wie solche Mechanismen zustande gekommen sind. Dahinter stehen eigentlich sehr elaborierte theoretische Ansätze, die gute Erklärungen dafür liefern, dass das häufig eine Systematik in ängstlichen Feldern ist, und zwar so, dass vermeintliche äußere Legitimationsanforderungen aus der rationalen Sphäre der Gesellschaft – z. B. mit EDV dokumentieren ist einfach moderner und besser als händisch; das ist einfach so, das ist gesetzt; kein Mensch hat das je untersucht, es ist aber einfach so – dazu führen, dass Leitungen und Träger, die ja in den Feldern selbst sehr unsicher sind, diese gesetzten, vermeintlichen Wahrheiten annehmen und dann auf Teufel komm raus versuchen, in ihren Einrichtungen Umsetzungsstrategien dafür zu entwickeln. Dann wird daraus ein Prinzip gemacht, und es werden Umsetzungsstrategien erdacht, die dann natürlich oft noch multifunktional andere Dinge mitbedienen, nämlich die Ökonomie des Hauses. Die Drohung mit dem MDK – das kann man wunderschön zeigen – wird von schwachen Leitungen ja auch oft als Mittel zur Disziplinierung schwacher Mitarbeiter genutzt: „Der MDK will das von uns.“ Nicht: „Ich halte das für deine qualifikatorisch erforderliche Performanz.“ Nein, so gar nicht.

Das heißt, da spielen eine ganze Menge Dinge eine Rolle. Diese Neoinstitutionalisten haben wunderbar untersucht, wie diese externen Anforderungen dann zu internen Dysfunktionalitäten werden. Die Pflegedokumentation ist ein Beispiel dafür. Sie können das in den USA bei anderen Untersuchungen über Klinik- und Teamarbeit und vielen Untersuchungen zur Umsetzung von Standards sehen, die dafür wirklich ganz erhellend sind. Es ist gang und gäbe, mit diesen Ansätzen zu arbeiten.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Vielen Dank, Frau Dr. Höhmann. – Herr Haußmann, bitte.

**Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP:** Vielleicht kann ich darauf noch einmal aufsetzen. Wir haben ja jetzt von den Referentinnen und Referenten auch gehört, wie viel Pflegedokumentation da ist. Eine Zahl war: 30 % der Arbeitszeit. Ist es realistisch, da einmal eine Zielvorgabe anzusetzen? Sie Frau Beikirch, haben Ihren Strategieprozess darge-

stellt. Es wäre natürlich im Sinne der Umsetzung auch für uns, die Enquetekommission, sicherlich nicht schlecht, wenn man sagt: Es muss gelingen, das mindestens um 50 % zu reduzieren.

Eine Frage an die Experten: Ist es möglich, dass wir tatsächlich sagen, wir setzen uns da eine Zielvorgabe, an die wir dann auch heran wollen?

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Frau Beikirch, Sie waren noch einmal direkt angesprochen.

**Sv. Frau Beikirch:** Ich möchte, weil Herr Wipp das geschildert hat, noch einmal etwas zu diesen 20 bis 30 % sagen. Zunächst einmal finde ich es gut, dass das Statistische Bundesamt tatsächlich nur diesen Prozess gemessen hat: Es kommt ein Mensch, es wird eine Akte angelegt, und es verstirbt vielleicht ein Mensch, und die Akte geht ins Archiv. Es ist nur der Prozess der Pflegedokumentation und wie oft da geschrieben wird. Wenn ich dafür schon 13 % brauche, dann würde ich da gern am Ende unserer Implementierungsstrategie eine andere Zahl stehen haben; ich meine, von den 13 % kommen wir herunter. Aber: Die Antwort wird im stationären Bereich anders ausfallen als im ambulanten Sektor. Diese Differenzierung muss man zulassen.

Die 20 bis 30 % sind nach meiner Auffassung mit etwas anderem verbunden. Herr Wipp, notfalls müssten Sie mich noch einmal korrigieren. Sie haben es ja gehört: Herr Wipp hat von administrativen Aufgaben gesprochen. Wenn Sie z. B. nur einmal den Tatbestand nehmen, den Herr Wipp auch erwähnt hat, dass viele hochaltrige, sehr viel kränkere Menschen jetzt in einer Einrichtung sind oder dass der Durchlauf der Klienten höher ist – das wissen wir auch; sie versterben schneller –, dann bedeutet dies: In der gleichen Zeit habe ich mehr Pflegedokumentation, die ich anlege, habe ich mehr Kommunikation mit dem ärztlichen Bereich, habe ich mehr Kommunikation mit anderen therapeutischen Berufen. Das heißt: Wenn sich die Klientenstruktur verändert, die Häufigkeit von Aufnahme, Entlassung, Versterben verändert – das sind alles Faktoren, die die Mitarbeiter als administrativen Aufwand spüren. Mein Eindruck war immer: Wenn die Pflegefachkräfte in diesen Veranstaltungen, bei denen ich war, von 20 bis 30 % gesprochen haben, habe ich das für realistisch gehalten, weil sie den gesamten administrativen Aufwand meinten.

Ich plädiere für Folgendes: Lassen Sie uns jetzt erst einmal den Fokus „Pflegedokumentation“ suchen; lassen Sie uns da versuchen, die Zahl zu senken. Bestenfalls so: Das Strukturmodell ist zwei Jahre lang umgesetzt; dann hätte ich z. B. gern, dass das Statistische Bundesamt noch einmal seine Untersuchung macht und uns vielleicht sagt, dass wir bei 7 oder 5 % gelandet sind. Das würde ich für gut halten. Bei Beibehaltung der Qualität – das ist wichtig. Nur so kann ich mir das vorstellen, an diese Thematik und an Ihre Fragestellung heranzugehen.

Aber vielleicht wollen Sie, Herr Wipp, noch etwas sagen.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Herr Wipp, und dann Frau Dr. Höhmann. – Bitte schön, Herr Wipp.

**Sv. Herr Wipp:** Herr Hinderer, jetzt kann ich es doch noch sagen; vorhin ging es nicht. Die zwei Studien: Einmal Wingefeld und Schnabel 2002, das, was ich hier gezeigt habe; er hat das in neueren Studien noch einmal bestätigt. Auch die Saarländische Pflegegesellschaft hat sehr gute Erhebungen dazu gemacht. Aber tatsächlich sind die 20 bis 30 % eben nicht nur Pflegedokumentation. Jeder, der in der Praxis steht, weiß, was da alles dazukommt: Pflegevisiten, Fallbesprechungen, Qualitätszirkel, Integrationsgespräche und, und, und; es fällt mir gar nicht alles ein.

Ich will damit nicht sagen, dass das alles schlecht ist, überhaupt nicht. Aber ich will damit sagen: Diese Zahl ist insgesamt mehr als die reine Pflegedokumentation; da kommt ja noch ganz, ganz viel dazu.

In dem Projekt und auch im Strukturmodell wichtig war: Man hat erkannt, dass sich in den letzten zehn bis 15 Jahren praktisch zwei Säulen nebeneinander entwickelt haben – eine Säule Pflegedokumentation und eine zweite Säule, die dann dazu kam, Qualitätsmanagement. Diese zu verzahnen ist oft ausgeblieben. Das heißt: Man hat Dinge doppelt gemacht, die eigentlich gegenseitig nicht notwendig gewesen wären. Da ist sicher auch ein Einsparpotenzial. Insofern muss man das beides beachten.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Frau Dr. Höhmann, Sie haben noch ein Zeichen gegeben.

**Sv. Frau Dr. Höhmann:** Ich glaube auch, dass wir vielleicht weiterkommen, wenn wir die fachliche Sphäre von der leistungsrechtlichen Sphäre entkoppeln. Denn die leistungsrechtlichen Sachen kann man, glaube ich, extrem schnell dokumentieren. Ich glaube, das bedarf keines sonderlichen Zeitaufwands. Die Zeit, die wir für die fachliche Dokumentation der Inhalte investieren, die gegenüber meinen Kollegen und für die Sicherheit der Patienten kommunizierungswürdig sind, ist wichtig, und nicht alles Mögliche, was wir wissen. Es kommt also darauf an, da die Inhalte ganz massiv zu reduzieren und auf die Fachlichkeit zu beschränken. Ich glaube, dann kommt man wirklich zu anderen Zahlen.

Ansonsten muss man, glaube ich, bei der Vergleichbarkeit dieser Untersuchungen wirklich sehr genau schauen, wer da was gemessen hat. Da sind sehr unterschiedliche Dinge gemessen worden.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Ich sehe in das weite Rund und bedanke mich noch einmal ganz herzlich bei allen Referentinnen und Referenten für diese durch die Bank exzellenten und sehr inspirierenden Vorträge, die Sie gehalten haben. Ich glaube, es war wieder, wie schon in der Vergangenheit immer, ein sehr hohes Niveau in dieser Enquetekommission. Herzlichen Dank.

Ich entlasse Sie und uns jetzt in die Mittagspause. Wir sehen uns um 13:30 Uhr zu einem weiteren vermutlichen Höhepunkt dieser schönen Veranstaltung wieder. Ich wünsche Ihnen einen schönen Mittag.

(Beifall – Unterbrechung der Sitzung: 12:37 Uhr)

(Wiederaufnahme der Sitzung: 13:30 Uhr)

**Teil II – öffentlich**  
**Anhörung: „Finanzierung“**

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich begrüße Sie alle sehr herzlich zur zweiten öffentlichen Anhörung am heutigen Tag. Das Thema ist „Finanzierung in der Pflege“, eines der spannendsten Themen. Wobei: Wir haben hier bei uns ja eigentlich nur spannende Themen.

Ich begrüße die Mitglieder der Enquetekommission, die Vertreter des Sozialministeriums Baden-Württemberg sowie die zahlreichen Zuhörer und Gäste sehr herzlich.

Ganz besonders darf ich am heutigen Nachmittag Herrn Staatssekretär Karl-Josef Laumann begrüßen. Er ist Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und – was für uns vor allem von Interesse ist – Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung. Des Weiteren begrüße ich Frau Dr. Pia Wieteck von der RECOM GmbH, Fachverlag für Medizin und Pflege, Abteilungsleiterin Forschung & Entwicklung – herzlich willkommen! –, Herrn Dr. Christopher Hermann, Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg, und Herrn Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg. Wir freuen uns, dass Sie alle die Zeit gefunden haben und uns an Ihrem Wissen teilhaben lassen, auf das wir alle bei unserer Arbeit angewiesen sind.

Für die Referenten noch ein paar kleine technische Hinweise im Vorfeld: Wir machen die Vorträge in der Reihenfolge, wie ich die Referenten gerade vorgelesen habe. Sie haben für Ihren Vortrag 15 Minuten Zeit. Am Rednerpult ist eine Uhr, die zurückläuft und die Sie beachten können. Ich werde ca. eine Minute vor dem Ende der Redezeit ein kurzes visuelles Signal geben und, wenn Sie maßlos überziehen würden, noch ein weiteres, etwas drastischeres Signal. Danach schließen wir gleich bei jedem Referenten, bei jeder Referentin eine Fragerunde von 20 Minuten an. Ich darf Sie bitten, am Rednerpult zu bleiben. Falls nach allen vier Vorträgen und allen vier Fragerunden noch Bedarf besteht, können wir noch eine allgemeine Fragerunde durchführen.

Ich möchte jetzt keine langen weiteren Vorreden mehr machen. Der Zeitökonomie geschuldet, halte ich es bewusst kurz und darf Herrn Staatssekretär Laumann ans Rednerpult bitten.

**Sv. Herr Laumann:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst einmal auch von meiner Seite vielen Dank für die Einladung und die im Vorfeld übermittelten 22 Leitfragen zur Finanzierung der Pflege. Ich möchte mich in meiner Rede auf einige wenige Punkte konzentrieren.

Der erste Fragenkomplex bezog sich auf die Beitragsentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht auf seiner Homepage dazu regelmäßig aktuelle Zahlen und Fakten, auch zu den Einnahmen und Ausgaben. Danach wurde 2014 erneut ein positives Jahresergebnis erwirtschaftet, sodass sich die liquiden Mittel der Pflegeversicherung zurzeit auf 6,6 Milliarden € belaufen. Sie sind damit mehr als doppelt so hoch wie die vorgeschriebene Betriebsrücklage. Diese Rücklagen sind notwendig, um den Beitragssatz trotz des erwarteten Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen so lange wie möglich konstant zu halten.

Dies ist für mich schon einen erster Ansatzpunkt, auf die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung einzugehen, nämlich auf die Frage, wie es künftig besser gelingen kann – beispielsweise durch zielgerichtete Rehamaßnahmen, die dann durch die Krankenversicherung finanziert würden –, den Eintritt der Pflegebedürftigkeit maßgeblich hinauszuzögern.

Der zweite Punkt betrifft die Frage, ob sich die häusliche Pflege durch nahe Angehörige auch in Zukunft noch in diesem Umfang fortsetzen wird. Aktuell werden von den 2,6 Millionen Pflegebedürftigen 70 % zu Hause gepflegt und von diesen Menschen wiederum zwei Drittel ausschließlich durch nahe Angehörige. Das wissen wir dadurch, weil diese Menschen nur die Geldleistung der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen und keine Sachleistungen abgerechnet werden.

Die Herausforderung liegt darin, die häusliche Pflege weiter zu stärken, auch durch alternative Angebote gerade für kleinere Haushalte. Dabei denke ich vor allem an den Ausbau der Tagespflege.

Sie wissen, dass wir im Pflegestärkungsgesetz I die Leistungen der Tagespflege in den Pflegestufen II und III von 550 € auf 1 100 € verdoppelt haben. Dahinter steckt unser Wunsch, die Hoffnung, aber wohl auch die realistische Einschätzung, dass sich die Tagespflege bei uns in der Bundesrepublik Deutschland stärker ausbauen wird. Wir haben zurzeit für nur etwa 3 % der Pflegebedürftigen Tagespflegeeinrichtungen.

Auch in Baden-Württemberg haben wir in den letzten 15 Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Tagesstrukturen für die Kinder zu verändern, weil die Elterngeneration berufstätig ist. In diesem Zusammenhang haben wir aber nie darüber gesprochen, dass sich auch die Situation der Hochbetagten in den Familien durch die Berufstätigkeit der mittleren Generation verändert hat. Heute gibt es sehr viele Pflegebedürftige, die zu Hause den Tag über alleine sind. Deswegen glaube ich, dass wir, wenn wir die familiäre Pflege stärken wollen, so etwas wie eine Tagesstruktur für Hochbetagte und auch in ihrer Bewegungsmöglichkeit sehr eingeschränkte Menschen brauchen, um das Alleinsein in einer Wohnung etwas abzufedern.

Man muss sich nur einmal vorstellen – morgens kommt ein Pflegedienst; nach Feierabend, am frühen Abend kümmern sich die Kinder um einen –, wie lange ein Tag werden kann, wenn man pflegebedürftig ist. Pflegebedürftigkeit bedeutet aus meiner Sicht

auch, dass der eigene Körper etwas zum Gefängnis wird, weil man sich nicht mehr so bewegen kann, wie man das viele Jahrzehnte in seinem Leben gewohnt war. Deswegen setze ich auch sehr auf das Instrument einer Struktur für die hochbetagten Menschen.

Wir müssen davon ausgehen, dass wir dann, wenn wir die familiäre Pflege nicht stärken, eine stärkere Pflege in den Einrichtungen bekommen. In Bezug auf die finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung gibt es vor allem ein Problem: Wo finden wir professionelle Pflegekräfte?

In den kommenden Jahrzehnten werden wir in Deutschland einen Anstieg der Pflegebedürftigkeit um zwischen 2 und 3 % haben. Das heißt, wir müssen auch jedes Jahr 2 bis 3 % mehr Menschen finden, die sich um Pflegebedürftige kümmern, sei es in der familiären Pflege oder durch professionelle Pflegekräfte. Deswegen sage ich Ihnen ganz offen, dass auch mir die Frage der Finanzierung Sorgen macht. Aber die Frage, wo wir die Menschen finden, die sich um Pflegebedürftige kümmern, macht mich noch viel nachdenklicher und bereitet mir manche Sorge.

Meiner Ansicht nach ist es ein richtiger Schritt gewesen, dass wir im Ersten Pflegestärkungsgesetz neben der Tagespflege eine weitere Strukturentscheidung getroffen haben, nämlich dass wir den Sachleistungsanspruch für niederschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote teilweise geöffnet haben. Ich gehe davon aus, dass sich diese unterstützenden Angebote jetzt in den Regionen unseres Landes entwickeln werden.

Ein dritter Punkt sind in Bezug auf die Ausgabenseite die konkreten Höchstbeträge, die gesetzlich festgelegt werden und der regelmäßigen Dynamisierung unterliegen. Die Frage der Höhe dieser Beträge ist eng verknüpft mit dem Leitbild der Pflegeversicherung, die als Teilleistungsversicherung – im Volksmund auch „Teilkaskoversicherung“ genannt – konzipiert wurde und helfen soll, die pflegebedingten Kosten abzumildern. Es verbleibt ein Eigenanteil, der regelhaft selbst zu tragen ist.

Eine ergänzende private Eigenversorgung kann natürlich helfen, die eigenen finanziellen Belastungen weiter abzumildern. Das Verhältnis zwischen dem Eigenanteil – – Die Aufteilung des Kostenrisikos zwischen Pflegebedürftigen und Solidargemeinschaft wird immer ein zentraler Punkt von Diskussionen bleiben und ist, wenn man ehrlich ist, auch eng mit den Finanzierungsmöglichkeiten der Pflegeversicherung verbunden.

Meine Damen und Herren, die solidarisch finanzierte Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung hat sich insgesamt bewährt und hat unter Wettbewerbsbedingungen zu einer heute großen Angebotsvielfalt geführt.

Mir machen aber weniger die Ausgaben der Pflegeversicherung Sorgen – ich sage dies noch einmal – als vielmehr die Frage, woher wir die zukünftigen Pflegekräfte bekommen wollen. Geld pflegt bekanntlich nicht.



Ein weiterer Fragenkomplex bezog sich auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dieser Paradigmenwechsel kommt mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz 2017 und zeichnet sich durch ein neues Verständnis der Begutachtung aus, die nicht die Defizite anhand von Zeitmessungen bewertet, sondern den Grad der Selbstständigkeit, insbesondere auch die kommunikativen Fähigkeiten.

Zur Gegenfinanzierung wird der Beitragssatz zeitgleich – so sieht es der Koalitionsvertrag vor – um 0,2 Prozentpunkte angehoben. Somit stehen der Pflegeversicherung für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs jährlich 2,4 Milliarden € mehr zur Verfügung. Mittelfristig können so Steigerungen vermieden werden.

Inwieweit langfristige Ausgabeneffekte dann auf das neue Begutachtungsverfahren zurückzuführen sind, ist aufgrund der eben skizzierten Rahmenbedingungen und deren Faktoren spekulativ. Dies liegt an der Frage: Wie hoch setzt der Gesetzgeber die Leistungen der Pflegeversicherung an?

Die neue Einstufung wird aber auch Änderungen der personellen Ausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen bedingen; denn die bisher in den Ländern üblichen Personalrichtwerte müssen auf die dann maßgeblichen fünf Pflegegrade angepasst werden. Die derzeit im Sozialgesetzbuch XI dazu verankerten Regelungen sind aus meiner Sicht im Grunde genommen ausreichend; denn die Vereinbarungspartner auf Landesebene haben entsprechende Maßstäbe und Grundsätze zur personellen Ausstattung zu vereinbaren. Diese können auch einmal individuell für die einzelnen Einrichtungen durch die jeweiligen Vereinbarungspartner in der Pflegesatzvereinbarung konkretisiert werden. Durch diese Flexibilität lassen sich die gesetzlichen Regelungen auch auf die dann geltenden fünf Pflegegrade anwenden.

Das heißt aber nicht, dass ich bei der derzeitigen Ausgestaltung nicht noch Luft nach oben sehe; denn leider ist festzustellen, dass regelhaft keine Personalbemessungsverfahren zum Einsatz gekommen sind und dass stattdessen an Personalrichtwerten in den Bundesländern festgehalten wird. Aus diesem Grund haben sich die maßgeblich Beteiligten in der 2012 verabschiedeten Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege u. a. darauf verständigt, die Vorgaben dazu in den Landesrahmenverträgen auf den Prüfstand zu stellen. Ich will diesem Prozess nicht vorweggreifen und bin sehr gespannt, welche Ergebnisse am Ende dieses Jahres präsentiert werden. Daraus ergibt sich für mich auch die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung.

Wenn man den Gedanken von Personalbemessungsverfahren konsequent zu Ende denkt, steht man wieder vor der Frage: Woher sollen die Fachkräfte von morgen kommen? Viele Pflegeeinrichtungen haben bereits erkannt: Sie stehen nicht nur im Wettbewerb mit anderen Pflegeeinrichtungen, sondern im Grunde genommen mit allen anderen Branchen um die Nachwuchskräfte von morgen. Sie müssen daher mit attraktiven Arbeitsbedingungen punkten. Dazu gehören neben einem verantwortungsvollen Aufgabengebiet u. a. verlässliche Arbeitszeiten, das Angebot von Vollzeit- oder auf Wunsch

auch Teilzeitstellen, Karrierechancen und natürlich auch eine anständige Bezahlung deutlich oberhalb des Pflegemindestlohns.

Mit der von mir in Auftrag gegebenen Entgeltstudie zur Einkommenssituation der Pflegekräfte ist seit Anfang dieses Jahres transparent, was lange nur vermutet wurde: Altenpfleger verdienen in nahezu allen Bundesländern weniger als ihre Kollegen in den Krankenhäusern. Ich fordere daher auch, dass hinsichtlich der Arbeitsbedingungen in der Pflege das Einhalten von Tarifverträgen zur Regel werden muss.

Die Frage, was eine faire Bezahlung ist, regeln in der sozialen Marktwirtschaft Tarifverträge. Aber ich finde, wir müssen die Tarifverträge bei den Pflegesatzverhandlungen und die Bezahlung danach auch möglich machen. Wir haben deswegen im Pflegestärkungsgesetz I eine neue Vorschrift verankert – ich darf hier einmal sagen: für die ich lange gekämpft habe –, nämlich die Regelung, dass, wenn eine Einrichtung höhere Pflegesätze verlangt und sie diese mit der tariflichen Bezahlung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begründet, die Kostenträger dem entsprechen müssen. Das ist eine neue gesetzliche Regelung. Der Gesetzgeber hat damit ganz klar gesagt, dass wir Tarifverträge auch bei Kostenverhandlungen berücksichtigen müssen.

Des Weiteren haben wir in das Gesetz geschrieben, dass die Pflegekasse, wenn man damit Pflegesatzerhöhungen begründet, das Recht hat zu prüfen, dass dieses Geld auch wirklich bei den Pflegekräften ankommt. Denn wenn man wegen der tariflichen Bezahlung höhere Tagessätze vereinbart, finde ich es auch in Ordnung, dass man weiß, dass dieses Geld bei den Pflegekräften ankommt.

Ich persönlich bin fest davon überzeugt, dass die geplante Zusammenführung der Pflegeausbildung von Altenhilfe und Krankenpflege, die sogenannte generalistische Pflegeausbildung, den Pflegeberuf weiterhin in seiner Attraktivität stärken wird, weil letzten Endes die Menschen, die sich für einen Pflegeberuf entscheiden, in der Altenpflege eine weitere Berufs- und Arbeitsplatzpalette angeboten bekommen.

Das Pflegeberufegesetz wird zurzeit in Zusammenarbeit von Familienministerium und Gesundheitsministerium erstellt. Ich gehe davon aus, dass wir den Entwurf des Pflegeberufegesetzes dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat noch vor der Sommerpause zuleiten werden. In diesem Zusammenhang ist dann auch zu entscheiden, ob man bundesweit einheitliche Standards für die Akademisierung haben möchte. Das ist vor allem eine Frage an die Länder, die ja die Hochschulkompetenz haben.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, zum Schluss möchte ich Ihnen gern Folgendes sagen: Die Pflegeversicherung muss eine Versicherung bleiben, die den Zugang zum Pflegemarkt, wenn ich das einmal so sagen darf, auch weiterhin in den Wettbewerb stellt. Die Pflegeversicherung war die erste Sozialversicherung Deutschlands, die nicht mehr einen Vorrang bestimmter Strukturen vor anderen Strukturen im Gesetz festgeschrieben hat. Ich bin fest davon überzeugt: Dass wir heute eine so große Vielfalt vor allem im ambulanten Bereich haben, hat auch mit dem freien Marktzugang zu tun.

Dass sich jetzt auch im stationären Bereich buntere Angebote gegenüber den klassischen Seniorenheimen entwickeln, wie wir sie seit vielen Jahrzehnten kennen, hängt auch mit dem freien Marktzugang zusammen. Ich glaube, dass Innovation am meisten durch freien Marktzugang gefördert wird.

Ich sehe etwas mit Sorge, dass in der jetzigen Debatte auch wichtige Leute sagen, dass der Marktzugang wieder geplant werden soll und dass große Planungsrechte, z. B. der Kommunen, kommen sollen. Ich bin der Meinung, dass ein freier Marktzugang Qualität fördert und dass man den Markt nie so gut planen kann, wie er letzten Endes durch einen freien Marktzugang gewährleistet wird.

Ich möchte noch einen weiteren Punkt ansprechen. Ich glaube, dass sich das Teilkaskoprinzip in der Pflegeversicherung bewährt hat und dass dies angesichts des demografischen Wandels eine Möglichkeit ist, die Kostenentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung immer von politischen Entscheidungen abhängig zu machen. Der Gesetzgeber muss immer abwägen: Kann er in der jetzigen Situation eine Beitragserhöhung verantworten, kann er sie der Wirtschaft sowie den Bürgerinnen und Bürgern zumuten, oder müssen wir den Leuten letzten Endes höhere Anteile bei der Eigenbeteiligung zumuten?

Man muss immer daran denken: Die Pflegeversicherung ist dafür da, pflegebedingte Kosten solidarisch abzusichern. Sie ist nicht dafür da, Investitionskosten zu finanzieren, und sie ist nicht dafür da, Hotelkosten zu finanzieren. Wenn man einmal in das Pflegeversicherungsgesetz schaut, dann stellt man fest, dass vor 20 Jahren abgemacht worden ist, dass die Pflegeversicherung die pflegebedingten Kosten solidarisch mitfinanziert, aber dass die Kommunen und die Länder für die Pflegeinfrastruktur zuständig sind. Da kann sich jeder in seinem eigenen Bundesland überlegen, inwieweit sich die Kommunen und die Länder an dieser Frage beteiligt haben, die in der Präambel des Gesetzes zur Pflegeversicherung verankert ist.

Schönen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Herr Staatssekretär. – Ich habe jetzt Wortmeldungen von Herrn Kunzmann, Frau Mielich, Herrn Hinderer, Herrn Haußmann, Herrn Lucha und Herrn Reusch-Frey. – Herr Kunzmann als Erster.

**Abg. Thaddäus Kunzmann** CDU: Vielen Dank, Herr Staatssekretär Laumann, für Ihren interessanten Vortrag. – Ich habe drei Fragen:

Erstens: In dem Papier, das wir vorab von Ihnen bekommen haben, haben Sie auch einige Ausführungen zum Pflegevorsorgefonds gemacht. Nach dem, was man bisher

lesen durfte, wird er massiv angegriffen. Könnten Sie vielleicht noch ein paar Sätze dazu sagen?

Zweitens: Sehen Sie innerhalb der Pflegeversicherung Möglichkeiten, Schwerpunkte durch Umschichtungen neu zu legen?

Drittens: Von den stationären Trägern wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Schere zwischen den Leistungsbeiträgen der Pflegekasse und den Heimentgelten, die bezahlt werden müssen, in den letzten 20 Jahren immer weiter auseinandergeklafft ist. Das ist der Beitrag, den der zu Pflegenden selbst oder dann in Folge der Sozialhilfeträger erbringen muss. Durch das neue Pflegestärkungsgesetz findet jetzt eine Dynamisierung statt, aber natürlich auf einem anderen Niveau, als das bei der Einführung der Pflegeversicherung der Fall war. Sehen Sie Möglichkeiten, die Leistungsentgelte der Kassen an die Entwicklung in den letzten 20 Jahren anzugleichen?

**Abg. Bärbl Mielich** GRÜNE: Herr Laumann, schön, dass Sie da sind, und schön, dass wir die Möglichkeit haben, Fragen direkt an die Bundesebene zu stellen, weil sie ja für die Finanzierung der Pflege verantwortlich ist. Das haben Sie gerade deutlich ausgeführt.

Ich habe eine Frage zu Ihrer Anfangsbemerkung. Sie haben gesagt, wir müssten in Zukunft einen Schwerpunkt auf die Stärkung der Rehamaßnahmen legen, z. B. um Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Das große Problem ist, dass wir da die Leistungserbringer nicht unter einen Hut bringen. Für die Reha sind die Krankenkassen zuständig, für die Pflege die Pflegeversicherung. Das ist eine uralte Forderung, die immer wieder gestellt wird, auch gerade von der Landesebene. Gibt es Möglichkeiten, Pflege- und Krankenversicherungen zusammenzufassen, damit diese Reibungsverluste aufgelöst werden?

Die zweite Frage betrifft den Pflegevorsorgefonds. Jedes Jahr fließt eine Menge Geld hinein, nämlich 1,2 Milliarden €; das entspricht einem Anteil von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge. Wäre es nicht sehr viel sinnvoller gewesen, den erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff, der bezüglich der Kriterien schon längst erprobt und klar ist, jetzt einzuführen? Was hat dazu geführt, dies jetzt nicht zu tun, sondern stattdessen einen Pflegevorsorgefonds aufzulegen, von dem überhaupt nicht klar ist, ob er die Versprechen halten kann, die in ihn gesetzt werden? Diese Frage geht in eine ähnliche Richtung wie die Bemerkung des Kollegen Kunzmann. Ich habe das nur anders bewertet; das ist klar.

Ich möchte noch eine Bemerkung zu der tariflichen Bezahlung und der Übernahme machen. Zu der ambulanten Pflege gibt es aktuell eine Petition der Sozialstationen. Ein großer Kritikpunkt ist, dass die Leistungen in den Sozialstationen nicht übernommen werden, wenn dort eine tarifliche Bezahlung erfolgt. Da stellt sich für mich die Frage, wie das sein kann, wenn Sie sagen, dass das in dem Pflegestärkungsgesetz enthalten ist. Weshalb wird das dann nicht umgesetzt?

**Abg. Rainer Hinderer** SPD: Herr Staatssekretär Laumann, vielen Dank für Ihre Ausführungen. Seitens der SPD-Fraktion danke ich Ihnen besonders für Ihr klares Bekenntnis, was die Tariftreue – ich formuliere es einmal so – in den Pflegesatzverhandlungen anbelangt.

Auch ich habe Fragen zum Thema „Zukunft der Pflegeversicherung“. Das Thema Pflegevorsorgefonds ist schon angesprochen worden. Ich spitze es einfach noch ein bisschen zu: Inwieweit sehen Sie Chancen, dass angesichts der vorgetragenen Kritik – ich könnte noch ein paar Punkte anfügen: Risiko der Zweckentfremdung, tatsächlicher Effekt etc. – an dieser Stelle nachjustiert wird?

Dann zum Stichwort Verhältnis der sozialen Pflegeversicherung, also gesetzliche Pflegeversicherung, zur privaten Pflegeversicherung: Sehen Sie angesichts der doch sehr unterschiedlichen Risiken mittel- bzw. langfristig die Frage der sozialen Gerechtigkeit gewährleistet?

Die letzte Frage ist eher eine Einschätzungsfrage. Die bereits vollzogene und angekündigte Beitragssatzerhöhung ist meines Erachtens relativ glimpflich, ohne großen Aufschrei über die Bühne gegangen. Wie schätzen Sie die Bereitschaft der Menschen in unserem Land ein, wenn man ihnen genau sagt, wofür die Beiträge verwendet werden, den steigenden Finanzierungsbedarf in der Pflegeversicherung auch zukünftig über weitere Beitragssatzerhöhungen zu akzeptieren?

**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Sehr geehrter Herr Staatssekretär Laumann, herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. – Ich möchte grundsätzlich etwas zur Pflegeversicherung nachfragen.

Es gibt Wissenschaftler, die sagen, die Pflegeversicherung – so, wie wir sie in Deutschland eingeführt haben – bleibe ein Pflegefall. Wenn man einmal sieht, dass wir langfristig fast doppelt so viele Pflegebedürftige haben werden – von gerade einmal drei Vierteln der heutigen Beitragszahler zu finanzieren –, dann wird es mit den liquiden Mitteln, die Sie gerade angesprochen haben, insoweit problematisch, als man damit rechnet, dass dies zumindest längerfristig zu einer Verdopplung der Beiträge führt. Professor Raffelhüschen hat dies einmal ausgeführt.

Im österreichischen Sozialministerium – wir haben diese Woche dort noch einmal nachgefragt – ist 2013/2014 eine Arbeitsgruppe eingesetzt worden und zu der Entscheidung gekommen, kein Modell wie in Deutschland einzuführen. Da die demografische Entwicklung in Österreich ähnlich ist wie bei uns, stellt die Finanzierung der Pflegeversicherung auch dort ein Problem dar. Interessant ist auch, dass die Steigerung der Arbeits-einkommen eine relativ flache Dynamik im Vergleich zu der Entwicklung der Kosten im Bereich der Pflege aufweist. Auch gibt es Hinweise auf die Belastung der Arbeitskosten; denn das gilt ja dann auch für das Gesundheitswesen und für die Rente. In Österreich wurde daher ganz nachdrücklich festgelegt: Wir brauchen ein steuerfinanziertes Modell.

Es sind auch viele Jüngere da. Ihnen müssen Sie – im Grunde genommen finanzieren sie einmal unsere Pflege – erklären, dass dies auch noch in 30 oder 40 Jahren solidarisch funktionieren muss. Vor diesem Hintergrund hätte ich gern Ihre Langfristperspektive zu diesem Thema gewusst.

Der Pflegevorsorgefonds ist bereits angesprochen worden. Dazu möchte ich nicht viel sagen. Aber rein die Finanzierung über Lohn- und Arbeitseinkommen wird uns da wahrscheinlich doch langfristig ein Problem bereiten.

Noch eine abschließende Frage: Sie haben im Zusammenhang mit Ihrer Studie zu Recht darauf hingewiesen, dass es einen hohen Anteil unfreiwilliger Teilzeitarbeit – so haben Sie es formuliert – gibt. Sicherlich muss es das Ziel sein, mehr Vollzeittätigkeit zu bekommen. Wir haben heute Morgen u. a. das Thema der Regularien gehabt. Müssen wir da etwas flexibler werden? Denn oft führen Besetzungsvorgaben dazu, dass man eher Teilzeitkräfte einstellt. Vielleicht könnten Sie noch einen Satz dazu sagen.

**Abg. Manfred Lucha** GRÜNE: Sehr geehrter Herr Laumann, ich habe zwei Fragen: Erstens: Was sind die Pläne für den „Pflege-Bahr“, und werden Sie trotz der anhaltenden und breiten Kritik daran festhalten?

Die zweite Frage: Die Große Koalition hatte bereits 2008 beschlossen, ab 2015 regelmäßig eine entsprechende Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung erfolgen zu lassen, aber ohne Regelbindung. Ist zukünftig eine regelmäßige Anpassung, beispielsweise an die Entwicklung der Wirtschaftskraft oder der Inflation, geplant, wie dies von einigen Experten gefordert wird?

**Abg. Thomas Reusch-Frey** SPD: Sehr geehrter Herr Laumann, Sie haben gesagt: „Geld pflegt nicht. Wir brauchen Pflegekräfte.“ Sie haben dann darauf hingewiesen, dass die Bezahlung einer der wichtigen Faktoren ist. Wo sehen Sie das Gehaltsniveau in der Zukunft im Vergleich zu jetzt?

Die Generalisierung der Pflegeausbildung wird nach Ihren Auskünften sehr schnell kommen. Wir haben in Baden-Württemberg große Befürchtungen, dass es in der Altenpflege zu einem Ausbildungsengpass kommt, dass wir zu wenige Altenpflegeschülerinnen und -schüler haben.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank für die Fragen. – Herr Staatssekretär, wir harren der Antworten.

**Sv. Herr Laumann:** Viele Abgeordnete haben die Frage nach dem Pflegevorsorgefonds gestellt. Ich sage Ihnen jetzt einfach einmal meine Meinung dazu – im Grunde genommen ist bei jedem die Frage gleich gewesen –: Er ist Bestandteil des Koalitionsvertrags. Ein Koalitionsvertrag gilt in allen seinen Facetten.

Wenn Sie meine persönliche Meinung wissen wollen: Ich halte den Pflegevorsorgefonds für richtig; denn ich glaube, dass allein schon das Symbol, dass wir bei einer umlagefinanzierten Versicherung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels einen Kapitalstock aufbauen, ein richtiges politisches Signal ist. Aber das ist eine politische Einschätzung, die man auch anders bewerten kann.

Ich bin mir ziemlich sicher, dass derjenige, der in Deutschland für die Pflege Verantwortung trägt, in 20 Jahren über jeden Euro froh sein wird, der für diese Situation zurückgelegt worden ist. Davon bin ich fest überzeugt. Deswegen stehe ich persönlich auch hinter diesem Teil des Koalitionsvertrags.

Der Pflegevorsorgefonds ist nun einmal Bestandteil des Koalitionsvertrags. So wie der Pflegebedürftigkeitsbegriff drinsteht, so wie die generalistische Pflegeausbildung drinsteht, so wie drinsteht, dass in dieser Wahlperiode der Pflegeversicherungsbeitrag um 20 % erhöht wird – denn bezogen auf das System ist das eine Beitragserhöhung um 20 % –, so gehört zu dieser gesamtpolitischen Entscheidung der drei Koalitionsparteien eben auch der Pflegevorsorgefonds.

Der Pflegevorsorgefonds wird gesetzlich so stark geschützt, wie wir es können. Er kann von keiner Regierung aufgelöst werden. Er kann auch nicht von der Selbstverwaltung aufgelöst werden. Vielmehr kann er nur durch einen Gesetzgebungsvorgang aufgelöst werden. Stärker können Sie etwas in einer Demokratie nicht schützen; denn nur der Bundestag kann Gesetze ändern. Außer ein paar Artikeln in unserer Verfassung kann der Deutsche Bundestag mit entsprechender Mehrheit jedes Gesetz ändern. Aber niemand kann den Vorsorgefonds ohne ein Gesetzespaket und ohne Öffentlichkeit auflösen, um das einmal in aller Deutlichkeit zu sagen. Von daher ist er ziemlich sicher. Er steht unter dem Parlamentsvorbehalt, wie dies die Verfassung unseres Landes aus gutem Grund vorsieht. Das Haushaltsrecht ist das wesentlichste Recht des Parlaments.

Herr Kunzmann, ich möchte noch etwas zu Ihrer Frage sagen. Ich glaube, dass wir durch die niedrigschwelligen Angebote eine stärkere Verknüpfung von anerkannter Ehrenamtsarbeit und Pflege bekommen werden. Ich finde es nicht schlimm, wenn Menschen, die in Rente sind und vielleicht eine kleine Rente bekommen, dadurch, dass sie einmal in der Woche einen demenzkranken Menschen begleiten und der Familie damit eine Entlastung geben, eine kleine Entschädigung bekommen. Wir haben das auch im Steuerrecht klargestellt. Die Übungsleiterpauschale gilt ja auch für Aufgaben in der Pflege. Die können jetzt durch die niedrigschwelligen Angebote finanziert und in ihren Strukturen aufgebaut werden, und zwar auf kommunaler Ebene und auf der Ebene der Wohlfahrtsverbände, um Menschen diese Möglichkeit zu geben.

Ich glaube, dass eine Chance darin besteht, wenn wir familiäre Pflege, professionelle Pflege in Deutschland stärker durch bürgerschaftliches Engagement ergänzen, wofür es durchaus eine kleine Anerkennung geben kann. Schauen wir uns nur einmal die Rentenniveaus in Deutschland an. Das ist auch regional sehr unterschiedlich. Aber der Anteil der Rentner, die froh sein werden, wenn sie sich ein paar Euro dazuverdienen, wird

in diesem Land nicht abnehmen. Davon bin ich fest überzeugt, wenn man sich einmal die Rentenberichte unseres Landes anschaut. Von daher meine ich eher, dass dies das System stabilisiert.

Frau Mielich, von Ihnen wurde die Frage gestellt: Ist es eigentlich richtig, dass wir eine Pflegeversicherung und eine Krankenversicherung haben, wenn man die Schnittpunkte zwischen Krankenkasse und Pflegekasse sieht? Das haben wir auch bei der Behandlungspflege: Wenn Sie zu Hause pflegebedürftig sind, zahlt die Krankenkasse die Behandlungspflege. Wenn Sie im Heim sind, bezahlt die Pflegekasse die Behandlungspflege, wenn man es ernst nimmt, der Pflegebedürftige selbst; denn wir haben die Entscheidung getroffen, dass die Krankenkasse dafür nicht zuständig ist. Es war damals – ich war als junger Abgeordneter dabei – eine reine fiskalische Entscheidung, weil Geld in der Krankenkasse fehlte, dies zunächst für drei Jahre zu machen. Aus diesen drei Jahren ist bekanntlich eine sehr lange Zeit geworden. Hierbei geht es um eine Summe von mehr als 1,4 Milliarden €, die ordnungspolitisch eigentlich die Krankenkassen zahlen müssten.

Ich denke, dass man dieses Thema heute nicht zusammenbringen kann, weil es eine zweite Grundsatzentscheidung in der Politik geben hat, nämlich dass der Beitrag zur gesetzlichen Krankenkasse im Gegensatz zum Beitrag zur Pflegeversicherung nicht mehr paritätisch finanziert ist. Deswegen sind die Systeme heute nicht mehr kompatibel. Wir haben dadurch, dass wir bei der Krankenkasse einen Versichertenbeitrag und einen Arbeitgeberbeitrag haben, die unterschiedlich hoch sind, in Deutschland eine Grundsatzentscheidung getroffen, dass das mit einer paritätisch finanzierten Pflegeversicherung nicht mehr so einfach kompatibel ist. Wenn man das will, kann man das alles ändern. Aber das sind heute zwei unterschiedliche Systeme.

Ich meine auch, dass die Reha zur Krankenkasse gehört, nicht zur Pflegekasse. Aber wir brauchen bessere Strukturen, um auch in Pflegeheimen Reha anzuwenden. Die Rehateams stehen seit zehn Jahren im Gesetz. Aber es gibt in ganz Deutschland lediglich sechs davon, weil sie von der Selbstverwaltung nicht ausgebaut worden sind. Sie wissen sicherlich, dass diese Sachen in Deutschland bei der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens liegen und dass der G-BA dafür eine wichtige Institution ist. Ich glaube, dass wir alle dem Thema „Reha und Pflege“ in unserem Gesundheitssystem eine stärkere Aufmerksamkeit schenken müssen.

Herr Hinderer, in Bezug auf die private Pflegeversicherung sagt der Koalitionsvertrag eindeutig, dass wir das System lassen, wie es ist, und damit ist das entschieden. Ich halte es für richtig, dass wir Menschen, die für den Pflegefall privat vorsorgen, ein Angebot über die private Versicherungswirtschaft machen und dass wir das, ähnlich wie bei der Riester-Rente, mit einer vom Staat geförderten Anerkennung unterstützen. Dies minimiert den Eigenanteil. Von daher ist es eine vernünftige Entscheidung, eine private Zusatzversicherung in diesen Bereichen anzubieten.

Weiterhin wurde die Frage gestellt: Ist es eigentlich richtig, dass wir eine private Pflegeversicherung für die Privatversicherten und eine gesetzliche Pflegeversicherung für die



gesetzlich Versicherten haben? Manche Leute schauen dann in die Rücklage der Privatversicherungen, die relativ hoch ist.

Ich kann Ihnen nur sagen: Die Wahrheit ist auch da – durch sehr viele verfassungsrechtliche Gutachten ganz klar belegt –, dass der Deutsche Bundestag nicht das Recht hat, über dieses Geld zu verfügen. Es unterliegt dem Eigentumsschutz. Deswegen kann man diese beiden Systeme rechtlich überhaupt nicht zusammenbringen. Selbst wenn man es politisch wollte, sehe ich rechtlich keine Möglichkeit, diese beiden Systeme zusammenzubringen.

Ich beschäftige mich schon sehr lange mit diesem Thema. Über dieses Thema ist sehr viel geschrieben worden. Dazu hat es sehr viele Kommission gegeben. Ich kann Ihnen nur sagen: Ich würde das auch nicht als die größte Ungerechtigkeitsfrage ansehen; denn die Einkommenssituationen der freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Krankenkasse und die Einkommenssituationen der privat Versicherten unterscheiden sich in der Bundesrepublik Deutschland fast überhaupt nicht. Von daher sollte man sich bei einer solchen Frage auch einmal mit den unterschiedlichen Klientelen beschäftigen. Diese Debatte kann man zwar immer führen. Aber ich glaube nicht, dass sie besonders zielführend ist.

Zu den Entwicklungen der Leistungen der Pflegeversicherung: In dem Gesetz steht jetzt, dass wir alle zwei Jahre anpassen müssen. Aber in dem Gesetz stehen keine festen Indikatoren, wie die Anpassung zu erfolgen hat. Dadurch hat sich der Gesetzgeber ganz klar einen Spielraum gelassen, zwischen der Beitragsentwicklung und der Leistungshöhe abzuwägen. Ich glaube, dass ein Gesetzgeber das Recht hat, sich diese Entscheidung vorzubehalten, die er dann politisch abwägen muss. Eine feste Regel nach bestimmten Indikatoren würde dem Gesetzgeber diese Möglichkeit nicht mehr erlauben. Er könnte die Frage der Beitragsentwicklung und das, was wir den Menschen im Falle eines Pflegefalls an Eigenleistungen zumuten, nicht mehr austarieren.

Die relativ starke Beitragsstabilität der Pflegeversicherung in den letzten 20 Jahren hat auch damit zu tun, dass die Leistungen der Pflegeversicherung nicht jedes Jahr erhöht worden sind. Manche sagen, dies habe zu einer Entwertung der Pflegeleistungen geführt. Aber andersherum sage ich: Noch immer werden zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in Deutschland mit der Rente und mit Leistungen der Pflegeversicherung im Falle der Pflegebedürftigkeit nicht von der Grundsicherung abhängig. Das ist immer die Debatte um die Frage: Ist das Glas halb voll oder halb leer? Ich sage immer: Zwei Drittel schaffen es, mit Alterseinkünften plus Pflegeversicherung im Falle eines Pflegefalls nicht in die Grundsicherung zu kommen.

Von daher hat dieses Instrument, auch weil es keinen Automatismus hatte, in den letzten 20 Jahren die Balance zwischen möglichen Beitragserhöhungen und Leistungsentwicklungen in der Pflegeversicherung ganz gut gewährleistet. Ich glaube, dass wir das auch aufgrund der Entwicklungen in der Demografie beim Gesetzgeber lassen müssen.

Herr Haußmann, zu Ihrer grundsätzliche Anmerkung: Kann man in der jetzigen Zeit vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung überhaupt noch eine Umlage verantworten? Ich muss Ihnen ehrlich sagen: Ich weiß es nicht. Ich weiß nur, dass die Kapitaldeckungsverfahren zurzeit in einer nicht beneidenswerten Situation sind. Die solidarischen Versicherungen funktionieren derzeit sehr gut. Das liegt daran, dass wir in diesem Land einen riesigen Aufwuchs an sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung haben.

Ich persönlich glaube, es ist richtig, dass die Politik über die Leistungshöhe der Sozialversicherung und über die Beitragshöhe entscheidet; denn wir müssen immer beide Dinge zusammenbringen: Wir brauchen viele sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze, und das Ganze hat natürlich auch etwas mit der Entwicklung der Lohnnebenkosten zu tun. Das muss man austarieren.

Zurzeit ist die Erhöhung der Beiträge zur Pflegeversicherung akzeptiert. Das hat auch mich verwundert: Wir machen die höchste Beitragserhöhung, die ich in meinem doch relativ langen politischen Leben je in einer Sozialversicherung erlebt habe – wir erhöhen auf das System bezogen um 20 % –, und es gibt kaum Kritik. Das heißt, in unserer Gesellschaft ist schon breit verwurzelt, dass die Leute denken: Für Pflege muss mehr getan werden.

Vermutlich liegt dies auch daran: Nicht alle Pflegebedürftigen haben Kinder. Aber alle Kinder haben Eltern. Jeder, der alte Eltern hat, macht sich Gedanken darüber: Wie wird das eigentlich bei uns zu Hause, wenn wir einmal dieses Problem bekommen? Das ist ein Problem, das mitten in der Gesellschaft ist. Deswegen haben wir für das, was wir hier tun, eine vernünftige Akzeptanz.

Ich kann Ihnen nur sagen: Nach allen Berechnungen, die wir im Ministerium machen, können wir mit der Beitragserhöhung, die uns der Koalitionsvertrag ermöglicht, im Zuge derer wir knapp 6 Milliarden € mehr in das System bekommen, das, was wir uns durch das Pflegestärkungsgesetz I – zum 1. Januar in Kraft getreten – und durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – im Jahr 2017 in Kraft tretend – an Leistungsverbesserungen vorgenommen haben, solide finanzieren. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff lässt sich mit den 2,4 Milliarden € – nach allen Studien, die wir haben – umsetzen.

Jetzt zu der Frage, die auch gestellt worden ist: Warum macht ihr das so langsam? In der letzten Wahlperiode war ich nicht in der Bundesregierung. Ich kann Ihnen nur sagen: Wenn Sie das gut machen wollen, dann müssen wir die Gesetzgebung zum Pflegebedürftigkeitsbegriff im Bundestag und Bundesrat dieses Jahr abschließen. Es ist eine gewaltige Veränderung in der Pflegelandschaft, wenn Sie den Kern der Pflegeversicherung verändern, nämlich die Definition: Was ist Pflegebedürftigkeit? Darauf muss sich eine Szene mit 25 000 Einrichtungen, 700 000 Beschäftigten und 2,6 Millionen Menschen, die daraus Leistungen bekommen, ein bisschen einstellen.

Deswegen sagen ganz viele, dass man, wenn wir das dieses Jahr verabschieden, das Jahr 2016 in den Einrichtungen – im Übrigen auch beim MDK – braucht, um sich auf diese neue Situation einzustellen. Deswegen möchte ich gern eine Gesetzgebung haben, bei der die Gesetze nicht im Sommer beschlossen werden und schon im Januar gelten, sondern ich möchte, dass wir das wirklich solide umsetzen. Denn die Umsetzung einer solch großen Veränderung muss letzten Endes auch fachlich in den Einrichtungen gut vorbereitet werden.

Schönen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Herr Staatssekretär, für die Ausführungen und die Beantwortung der Fragen. – Als Nächste würde ich nun Frau Dr. Pia Wieteck ans Rednerpult bitten.

**Sv. Frau Dr. Wieteck:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender Rüeck, sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich freue mich, hier zu sein und Ihnen Ihre Fragen zu beantworten.

(Die Rednerin begleitet ihren Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 4.*)

Ich bin angefragt worden, Ihre Fragen zu beantworten. Vielleicht ganz kurz zum Hintergrund, warum man wahrscheinlich angefragt hat: Ich begleite das Thema „Pflege und DRG“ schon seit geraumer Zeit. In den Jahren 2006/2007 habe ich angefangen, mich mit diesem Thema zu beschäftigen, als der Deutsche Pflegerat den Auftrag gegeben hat, die Frage zu stellen: Wie könnte man Pflege im DRG-System gut abbilden? Damals habe ich an einer wissenschaftlichen Literaturanalyse teilgenommen. Ich bin beim Zweiten Pflegegipfel gewesen und habe das Projekt PKMS und OPS 9-20 begleitet. Ich begleite noch jetzt Arbeitsgruppen, die sich weiter mit dieser Thematik beschäftigen.

Lassen Sie mich die Chance nutzen, Ihnen einen gedanklichen Reset im Bereich der Diskussion um die Krankenhausfinanzierung zu geben. Ich würde den Vortrag gern in vier Punkte gliedern:

Erstens: die Krankenhausfinanzierung heute und die Auswirkungen, die unter Umständen mit daran beteiligt sind, dass die Pflege schon in einer Misere steckt. Ich will Ihnen auch ein paar Impressionen geben, wie schlimm dies bereits ist; denn ich glaube, wenn man nicht in dem System steckt, sieht man das eine oder andere vielleicht anders.

Zweitens: Wie kann man die Abbildbarkeit der Pflege überhaupt gestalten? Da würde ich Ihnen gern einen Überblick über die zentralen Kernaussagen aus Studien geben.

Drittens: Nursing Related Groups. Das ist ein ganz neuer Gedankenansatz, der weltweit diskutiert wird, aber noch nicht überall richtig verortet ist.

Viertens: Am Ende würde ich Ihnen gern konkrete Umsetzungsschritte zeigen, die in der Arbeitsgruppe, in der ich tätig bin und die dieses Jahr in eine Fachgesellschaft überführt werden soll – wie man Pflege im DRG-System gut abbilden kann –, erarbeitet worden sind.

Die Misere: Ich denke, diese Zahlen kennen Sie. Das ist die Entwicklung der Pflegepersonalstellen seit 1996. Sie sehen, dass es einen deutlichen Knick gibt und dass sich die Zahlen allmählich wieder etwas verbessern. Das sind die Entwicklungen seit 1996, als die PPR, also die Außensteuerung der Personalstellen, weggefallen ist.

Pflege hat eine relativ schwache Position, um in dem Gefüge Krankenhaus um Personalstellen zu verhandeln. Das hat unterschiedliche Ursachen. Eine Ursache erinnert sehr an das, was wir heute Vormittag gehört haben. Aber es kommen noch viele andere Sachen dazu wie die Erlösrelevanz der Pflege.

Was hat das für eine Auswirkung? Wenn wir uns Pflege im Krankenhaus anschauen, dann stellen wir fest, dass bei therapeutischer Pflege nicht mehr wirklich viel gemacht wird. Patientenedukation und Dinge mit einem therapeutisch fördernden Aspekt, die natürlich auch Auswirkungen auf das Outcome in der Krankheitsbewältigung haben, sind Fremdworte. Dies hat Frau Professorin Höhmann heute Vormittag schön dargestellt. Diese Dinge sind letztendlich weggefallen. Wir machen sehr viele administrative Tätigkeiten, sehr viel Zuarbeit für den ärztlichen Bereich, um den ganzen Betrieb am Laufen zu halten.

Zudem gibt es eine implizite Rationierung. Das heißt, Leistungen, die der Betroffene eigentlich braucht, werden weggelassen. Die Behauptung der impliziten Rationierung möchte ich mit einer Studie belegen, die im europäischen Kontext durchgeführt wurde. Dabei wurden Mitarbeiter auch aus deutschen Kliniken gefragt, insgesamt rund 1 100 aus 49 Kliniken. 4,7 Tätigkeiten von den aufgeführten Leistungen, die eine Mitarbeiterin aufgelistet bekommen hat, sind im Durchschnitt in der letzten Schicht weggelassen worden, obwohl der Patient die Leistung benötigt hätte.

Die zentrale Frage ist: Woher kommt so etwas? Wenn wir uns die Patienten-Pflegepersonal-Relation anschauen, dann stellen wir fest, dass das ein Zusammenhang sein kann. Wir sehen, dass Deutschland schon recht stark belastet ist, was die Patienten-Pflegepersonal-Relation angeht. Wenn wir uns die Daten im europäischen Vergleich etwas genauer anschauen, dann sehen wir noch die Relation Patient-Fachkraft-Quote auf 24 Stunden und auf die Kräfte insgesamt bezogen. Da ist Deutschland durchaus mit Schlusslicht. Nur Spanien ist noch schlechtergestellt als wir.

Die Frage ist: Welche Auswirkungen hat das? Welche Leistungen werden weggelassen? Das sind nicht nur Leistungen, auf die man verzichten könnte, wie vielleicht die Pflegedokumentation oder Gespräche. Die Frage ist auch, was passiert, wenn Gespräche weggelassen werden. Das ist der Gedanke, den Frau Professorin Höhmann heute Vormittag vorgetragen hatte. Was bedeutet es denn, wenn man Bearbeitungs- und Bewältigungsstrategien nicht in den Griff bekommt?

Aber es werden auch Behandlungsleistungen weggelassen: 15 % in der Befragungsgruppe. Das ist ein hoher Prozentsatz, der mich überrascht hat.

Von den Auswirkungen im deutschen Gesundheitswesen haben wir keine Ahnung. Im Ausland, um uns herum, finden wir einige Informationen darüber, welche Auswirkungen das im schlimmsten Fall auf die Mortalität, auf die Pflegequalität, auf die Patientenedukation oder die Bewältigungsprozesse danach haben kann. Interessant wäre auch zu wissen, wenn im Krankenhaus der Startpunkt ungünstig ist, wie viele Kosten dies dann in den ambulanten Bereich verschiebt. Diese Fragen können wir derzeit nicht beantworten.

Die große zentrale Frage an dieser Stelle ist: Wie viel Pflegepersonal brauchen wir eigentlich, um ein bestimmtes Outcome, das wir noch definieren müssen, zu erreichen? Die Wissenschaft beschäftigt sich seit mehr als 50 Jahren mit der Frage: Welche Messinstrumente gibt es, um überhaupt adäquate Personalstellendiskussionen führen zu können?

Ich habe Ihnen hier aus einer internationalen Literaturanalyse einen kurzen Überblick gegeben. Auf dieser Folie sehen Sie, dass es etwa 200 verschiedene Messinstrumente gibt. Es gibt immer wieder Versuche, das irgendwie in den Griff zu bekommen und adäquate Zahlen zu ermitteln, um eine gute Personalstellensituation zu erhalten.

Im Akutklinikbereich sind es ungefähr 49 Instrumente, die ganz unterschiedlich ansetzen und die auch ganz unterschiedliche Dokumentationsaufwände erzeugen; denn irgendwoher müssen die Daten ja kommen. Das sind spannende Fragen.

In der Analyse kann man zusammenfassend sagen – seit 50 Jahren wird nachgefragt, was man machen kann –, dass es kein perfektes Instrument gibt. Wenn Sie mich jetzt fragen: „Welches Instrument wollen Sie einsetzen, um in Zukunft die Personaldiskussion im Krankenhausbereich zu führen?“, dann kann ich Ihnen nur sagen: Ich kann Ihnen keines empfehlen.

Aber die Frage ist: Was machen wir mit dieser Information? Denn alle Instrumente sind letztendlich ein Stück weit insuffizient. Ich glaube, dass wir deshalb umdenken müssen und dass wir die Personaldiskussion in Verbindung mit Qualitätsindikatoren führen sollten. Denn die zentrale Frage ist: Was ist am Ende der Output, sowohl aus der ökonomischen Perspektive als auch aus der persönlichen Perspektive des Betroffenen?

Schauen wir uns einmal an, was Personalzeit alles beeinflusst. Das ist ein Modell, das wir weiterentwickelt haben und das dieses Jahr in einem von uns veröffentlichten Buch erscheinen wird. Sie sehen, dass es ein großes Paket gibt, was Personalzeit oder gebrauchte Zeit für einen Patienten betrifft, damit ein gutes Outcome herauskommt. Dabei haben viele Faktoren einen Einfluss.

Der blaue Bereich ist die direkte Pflegezeit. Die wird durch Dinge wie die Komplexität des Falls beeinflusst. Das sind Patientenzustände: Welche Maßnahmen braucht und welche Pflegebedürfnisse hat ein Betroffener? Was für ein Ziel möchte ich mit ihm erreichen? Davon abhängig ist, wie viel Pflegezeit ich investieren muss.

Das Ganze wird auch von der medizinischen Komplexität, von dem beeinflusst, was Pflege im Auftrag des Arztes tut, aber auch von der pflegerischen Kompetenz. Ein Auszubildender in der Lernphase braucht einfach länger als vielleicht eine routinierte Pflegefachkraft.

Darüber hinaus dürfen auch die Strukturen nicht vergessen werden: Habe ich gute Hilfsmittel? Ein schönes Beispiel: Wenn Sie eine Medikation mörsern, um sie über eine PEG zu verabreichen, dann brauchen Sie im Durchschnitt vier bis fünf Minuten, wenn Sie dabei die Hygienemaßnahmen einhalten wollen. Wenn Sie hingegen eine Mörsermaschine haben, dann geht das in einem Drittel der Zeit. Hieran kann man sehen, dass auch Hilfsmittel ein Einflussfaktor sein können.

Dazu kommen ganz viele andere Rahmenbedingungen wie Wege, welche Mittel oder Strukturhilfen man aus der Organisation heraus hat und letztendlich auch das Qualitätsniveau. Also: Ist es Zielsetzung der Pflege im Krankenhaus, Patientenedukation zu betreiben? Wollen wir dem Patienten schon bei der Bewältigung im Krankenhaus helfen, damit die Prozesse danach zu Hause vielleicht besser laufen? Diese Fragen sind unbeantwortet, wie wir schon heute Morgen gehört haben.

Ich würde Sie gern einladen, diese Personaldiskussion einmal anders zu betrachten: Warum ist Pflege überhaupt in der Situation, dass die Zahl der Stellen kontinuierlich abgebaut worden ist? Warum können Pflegepersonen häufig schlecht Pflegepersonalstellen verhandeln?

Wir sind in einem ökonomisch getriggerten System, das nach DRGs, Diagnosis Related Groups, finanziert wird. Ein Krankenhaus bekommt einen Erlös, wenn es Leistungen erbringt, die auf medizinischer Seite verortet sind. Wenn ich noch eine Operation mehr oder noch eine Untersuchung hier oder dort mache, dann bekommt ein Krankenhaus einen höheren Erlös.

Pflegeleistungen haben bisher – bis auf kleine Punkte, auf die wir gleich noch kommen werden – keinen Einfluss auf die Erlöse des Krankenhauses gehabt. Sie sind zwar immer Faktor, damit der Prozess insgesamt läuft. Aber wenn ich beispielsweise kontinenz-

fördernde Maßnahmen mache, die einen hohen Zeitaufwand bedeuten, dann hat das keine Auswirkung darauf, ob ein Krankenhaus mehr bekommt. Es ist ganz klar, dass dann das Handlungsmuster der Pflegepersonen erst einmal ist, wenig Zeit zu investieren: Katheter schieben, und damit ist die Sache erledigt. Aber welche potenziellen Risiken dann wiederum damit verbunden sind, das stellt große Herausforderungen dar.

Nursing Related Groups sind eine Option, um die Stimme der Pflege im Krankenhausbereich zu erhöhen. Das bedeutet, dass man neben den DRGs, also dem Erlös, den die Mediziner kostengewichtstechnisch bekommen, ein eigenes Kostengewicht für die Pflege platziert. Dass dies funktioniert, beweisen sowohl Studien, die ich selbst 2006 durchgeführt habe, als auch die internationale Studienlage ganz gut. Pflegediagnostische Begrifflichkeiten, Pflegeinterventionsterme können Pflegezeit ganz gut erklären und würden sich auch eignen, um Nursing Related Groups zu entwickeln.

Was ist die Voraussetzung? Wir brauchen auf jeden Fall eine elektronische Patientenakte und eine standardisierte Terminologie, wie auch bei den Medizinern ICD-10 und OPS, vergleichbar den Pflegediagnosen und der Interventionsdokumentation im Bereich des Krankenhauses.

Warum wäre dieser Ansatz aus meiner Sicht ein guter Ansatz? Erstens ist er DRG-konform. Das heißt, wir kommen langfristig davon weg, dass die Personalstellen von außen gesteuert werden. Vielmehr kann die Pflege ihre Position im System stärken. Die Erlösrelevanz wird die Pflege dabei unterstützen, Personalstellen adäquat zu verhandeln.

Zweitens: Förderung einer elektronischen Patientenakte. Das wird politisch gewollt. Dies würde durch den Prozess beschleunigt werden, weil es Grundvoraussetzung dafür ist, dass es funktioniert.

Drittens: Schaffung der Grundlage für Outcome-Indikatoren. Es ist eine ganz interessante Sache, dass die Blackbox, was pflegerisch für ein Output herauskommt und was für eine Personalstellendiskussion wir führen, eine hilfreiche Information ist, damit wir vergleichbare Daten bekommen, um festgelegte, gemeinsam entwickelte Outcome-Indikatoren zur Beurteilung der Pflegequalität in den Einrichtungen nutzen zu können.

Wir brauchen die Förderung der Entscheidungsfindung, damit Wissen über solche Systeme in die Einrichtungen schwappt und vor Ort verfügbar ist.

Nursing Related Groups werden durchaus von verschiedenen Gruppen in der Pflege gefordert. Hier sehen Sie einen Ausschnitt aus dem IBES-Papier. Das ist ein Positionspapier, das sich auch mit dem Thema beschäftigt hat: Welche Personalbemessungsinstrumente wollen wir aktuell nutzen?

Ich würde Ihnen jetzt gern noch einen ganz kleinen Einblick geben, wie das Ganze laufen, wie das funktionieren könnte:

Der erste kurzfristige Schritt, ganz simpel: Wir machen aus den Kostengewichten, die im DRG-System derzeit verankert sind, ein eigenes Kostengewicht der Pflege und haben dann Zeit, parallel die Kalkulationshäuser mit entsprechenden Strukturen auszustatten, damit wir bis 2017 Daten bekommen, sodass das InEK-Institut anfangen kann, die DRG-Kalkulation beispielsweise auch auf Nursing Related Groups auszurichten.

Was meine ich damit? Wenn Sie sich die InEK-Daten anschauen – hier habe ich ein Tabsheet einer DRG-Fallgruppe mitgebracht –, dann sehen Sie in den Spalten die Pflegekosten für jede DRG ausgewiesen. Das heißt, diese Kosten könnte man in Kostengewichte überführen, sodass man das Budget, das die Pflege für Personalstellen zur Verfügung stellen sollte, relativ schnell zur Verfügung haben sollte.

Fakt ist allerdings, dass viele Kliniken dieses Budget, das eigentlich in den DRG-Kalkulationen drin ist, innerhalb des Gefüges nicht erhalten. Dies führte zu einem ständigen Kellertreppeneffekt.

Im Bereich der Verfeinerung – das heißt, mit den zusätzlichen Daten – würde man die Kostengewichte umbauen und verstärkt an den Aufwänden verorten, die innerhalb der Pflegeleistung für den Fall erforderlich sind, parallel dazu auch gleich die Outcome-Indikatorenentwicklung, sodass man auch in der Fläche aussagekräftige Daten, bezogen auf die Outcome-Indikatoren, hat, wie wir es bereits aus anderen Ländern kennen.

Dass die Notwendigkeit besteht, die Kostengewichte des DRG-Systems umzubauen, möchte ich Ihnen ganz kurz an zwei verwirrenden Folien zeigen. Sie sehen hier eine DRG-Fallgruppe und die Pflegezeit, die jeder Fall pro Tag gebraucht hat. Sie sehen schon: Das ist ein völliges Zeilenchaos. Es ist nicht homogen, wie es eigentlich sein sollte. Damit haben Kliniken ein hohes Risiko, wenn sie verstärkt Patienten im hochaufwendigen Bereich haben, was durchaus vorkommt.

Wenn Sie das Ganze einmal mit Pflegediagnosen über eine Clusteranalyse untersuchen, dann sehen Sie, dass sich durch die diagnostischen Aussagen drei schöne unterschiedliche Kostencluster von der verbrauchten Pflegezeit her abbilden lassen. Auch das ist noch ein Aspekt, um darzustellen, dass die Pflegedaten, die die Pflege originär braucht, um ihren Prozess zu steuern, verfügbar sind.

Damit bin ich eigentlich am Ende meiner Zeit.

Ich möchte Ihnen noch ganz kurz sagen, dass es durchaus auch kritische Stimmen zum Entbürokratisierungsthema gibt. Wenn Sie dazu noch eine Frage haben, dürfen Sie mich gern fragen, weil ich mich sehr intensiv mit diesem Thema beschäftige.

Herzlichen Dank.

(Beifall)



**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Dr. Wieteck. – Mir liegen jetzt fünf Wortmeldungen vor, und zwar vom Kollegen Kunzmann, vom Kollegen Lucha, von der Kollegin Mielich, vom Kollegen Reusch-Frey und vom Kollegen Haußmann. Gibt es sonst noch Fragen? – Dann bitte in dieser Reihenfolge. Wenn der Kollege Lucha seine Fragen gestellt hat, würde ich ihn bitten, hochzukommen und mich abzulösen. – Herr Kunzmann.

**Abg. Thaddäus Kunzmann** CDU: Vielen Dank, Frau Dr. Wieteck, für Ihre interessanten Ausführungen.

Ich habe zwei Fragen. Erstens: Das, was Sie jetzt mit den NRGs vorgestellt haben, ist – wie ich es verstanden habe – innerhalb der Pauschale. Das heißt, es fließt nicht mehr Geld in das System, sondern das generiert sich durch andere Schwerpunkte. Wenn Sie jetzt der Pflege im Krankenhaus mehr Mittel zukommen lassen wollen, muss es ja irgendetwas geben, wofür weniger Geld zur Verfügung gestellt wird. Vielleicht können Sie diesen Aspekt noch kurz beleuchten, was das dann im Umkehrschluss bedeutet.

Zum Zweiten: In der Frage 21, die Sie auch aufgeführt haben, ist von einer gesetzlich vorgegebenen Mindestpersonalverordnung die Rede. Baden-Württemberg ist das Bundesland, in dem der Personaleinsatz im Pflegebereich deutlich über dem Durchschnitt liegt. Wenn man jetzt eine Mindestpersonalverordnung macht, bedeutet das auch eine gewisse Nivellierung. Sehen Sie da die Gefahr – reden wir jetzt einmal aus badenwürttembergischer Sicht darüber –, dass das für uns einen Rückschritt bedeutet, was woanders vielleicht ein Fortschritt sein kann?

**Abg. Manfred Lucha** GRÜNE: Vielen Dank, Frau Dr. Wieteck. – Sie haben 114 unterschiedliche Instrumente zur Personalbemessung, Leistungsbemessung in der Pflege, davon 49 im Krankenhausbereich, thematisiert. In diesem Zusammenhang fragt man sich: Ist unter diesen Instrumenten gar keines, das sich in der Praxis für einen flächendeckenden Gebrauch eignet? Respektive mit welchen qualitativen Standards müssten die hinterlegt werden, Festschreibungen, Definition therapeutischer Pflege, akademisierter Pflegeleistung?

Die B-Frage: Sehen Sie Ihr NRG-System als Alternative zum Pflegepersonalbemessungssystem oder als eine systematischen Neuorientierung, die trotzdem ein Bemessungssystem braucht? Denn dann sind wir wieder genau an dem Punkt, den der Kollege im Vorfeld artikuliert hat, nämlich dass wir keine Gesamtverbesserung der Situation haben, sondern nur eine Verschiebung in einem gleich kleinen Kuchen, wenn ich das so formulieren darf.

Danke sehr.

**Abg. Bärbl Mielich** GRÜNE: Daran schließt sich meine Frage gleich an. Ich möchte zum einen gern wissen, ob es mit der Einführung der NRGs einen prognostizierten Kostenaufwand gibt.

Zum anderen muss ich sagen: Ich fand es beim Lesen faszinierend, dass es überhaupt die Überlegung gibt, ein eigenes Erfassungs- und Bemessungssystem für die Pflegekosten, gerade auch in der Akutversorgung in den Krankenhäusern, zu machen. Wenn man die Eckpunkte der Bund-Länder-AG auf Bundesebene liest, dann hört sich das so an, als ob es überhaupt gar keine Überlegungen und Vorstellungen darüber gibt, wie man Personalbemessung insgesamt quantifizieren kann. Von daher würde ich von Ihnen gern noch wissen: Gibt es eine Kommunikation zwischen der Bund-Länder-AG auf Bundesebene und Ihnen? Wird das Konzept der NRGs auch weitergetragen?

Die dritte Frage: Sie haben in Ihrer Schlussbemerkung darauf hingewiesen, dass das Thema Entbürokratisierung für Sie ein sehr wichtiges Thema ist. Da würde mich interessieren: Gibt es von Ihrer Seite Instrumente, die Sie entwickelt haben bzw. die Sie uns vielleicht kurz benennen können, wenn es um die Entbürokratisierung der Pflege geht, gerade in den Akuthäusern?

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Vielen Dank, Frau Mielich. – Herr Reusch-Frey, bitte.

**Abg. Thomas Reusch-Frey** SPD: Sehr geehrte Frau Dr. Wieteck, Sie haben zum einen den Kellertreppeneffekt sehr anschaulich gemacht. Meine Frage: Sind wir im Keller, oder geht es noch weiter hinunter?

Zum anderen haben Sie diesen Kellertreppeneffekt monokausal auf die DRGs fokussiert. Gibt es nicht noch andere Faktoren, die dafür verantwortlich sind?

So viel zum ersten Themenblock.

Der zweite Block betrifft die Bürokratie. Mir scheint, dass das Ganze durch die Verbindung Ihres Systems mit den vorhandenen DRGs noch komplexer wird. Deshalb insgesamt die Frage des bürokratischen Zuwachses.

Als dritter Komplex noch: Wie aufwendig wäre es, dieses NRG-System zu implementieren? Mit welchem Aufwand müssten wir da rechnen?

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Herzlichen Dank, Herr Reusch-Frey. – Zu guter Letzt Kollege Haußmann. Bitte.

**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Vielen Dank, Frau Dr. Wieteck. – Daran anschließend: Sie haben von einem Reset der Krankenhausfinanzierung gesprochen. Das passt gut zu einer Enquetekommission, die auch ein Stück weit einen Reset bei den Themen

macht, die man bearbeitet. Wenn alle Bundesländer so vorbildlich wären wie Baden-Württemberg, was die Krankenhauskosten betrifft, dann hätten wir vielleicht manche Finanzierungsprobleme nicht. Wir in Baden-Württemberg haben die deutlich günstigsten Kosten pro Einwohner und sind auch bei den Verweildauern sehr vorbildlich.

Anschließend an das, was der Kollege Reusch-Frey gefragt hat, die konkrete Frage: Sie haben Ihre Strickmuster aufgeführt, wenn ich das einmal so despektierlich sagen darf. Aber warum kann man das nicht ein Stück weit im DRG-System abbilden? Auch ich sehe da die Gefahr der Bürokratie: Jetzt haben wir DRGs; dann machen wir noch NRGs. Sie haben gesagt, die Personalbemessung sei sehr schwierig. Holen wir uns mit den NRGs nicht noch eher ein Bürokratiemonster herein, indem wir zusätzlich noch eine neue Bewertung machen? Mich würde interessieren: Gibt es Modellrechnungen, wie sich das NRG-System finanziell auf die Krankenhäuser in Deutschland oder in Baden-Württemberg auswirkt? Gibt es internationale Vergleiche mit anderen Ländern, die ähnliche Dinge haben?

Dann noch die Frage: Wird es sanktioniert, wenn vielleicht das Pflegepersonal nicht vorhanden ist? Ich stelle im Moment fest: Das liegt oft nicht daran, dass man sagt, man möchte Personal abbauen, sondern oft fehlt eben einfach das Pflegepersonal. Wir haben dieses Thema schon einmal in einer vorhergehenden Anhörung gehabt. Es wird schwierig, wenn man solche Dinge sanktionieren wollte, wenn man sich tatsächlich bemüht, das Personal zu finden, aber man es eben derzeit nicht in dem erforderlichen Umfang findet.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Vielen Dank, Herr Kollege Haußmann. – Frau Dr. Wieteck, Sie haben nun das Wort zur Beantwortung.

**Sv. Frau Dr. Wieteck:** Herzlichen Dank für die sehr interessanten Fragen. Ich versuche, allen gerecht zu werden. Das sind sehr viele unterschiedliche Fragen gewesen. Ich arbeite sie jetzt einfach einmal systematisch ab.

Zunächst einmal: Die NRGs sind nicht mein System, sondern das ist eine wissenschaftliche Entwicklung, die wir – 2002 das erste Mal in der deutschen Literatur publiziert – in dem Buch von Herrn Fischer finden, davor auch schon im internationalen Kontext, nämlich der Bedarf, dass Pflege im Kostenvergütungssystem abbildbar wird. Da wir ein ökonomisch getriggertes System haben, hat man nur dann ein Mitspracherecht, wenn man auch Erlöse einbringt. Momentan wird Pflege im Wesentlichen ausschließlich als Kostenfaktor gesehen.

Im Jahr 2009 ist der OPS 9-20 in das System gekommen, ein Pflegeindikator für hochaufwendige Pflege, der 2013 aktuell 243 Millionen € im System verschoben hat. Wir können uns natürlich die Frage stellen: Ist der Personalstellenanstieg dadurch bedingt oder nicht? Leider gibt es noch sehr viele andere Einflussvariablen und keine Begleitforschung, sodass wir nur mutmaßen und Hypothesen aufstellen können.

Das vielleicht vorweg.

Um auf die Frage von Herrn Lucha einzugehen: Es gibt 114 Instrumente. Natürlich kann man ein solches Instrument nehmen. Man muss sich nur gewahr sein: Von was reden wir dann, was da herauskommt? Wir haben jetzt auch die PPR als Instrument, das in der Kostenkalkulation genutzt wird. Das bedingt eine bestimmte Zahl. Aber da dies nicht in Verbindung mit Qualitätsindikatoren und Outcome-Diskussionen geführt wird, wissen wir eigentlich gar nicht: Ist das, was dabei herauskommt, wahr? Ist es das, was wir wirklich brauchen, um ein bestimmtes Outcome und eine ökonomische Perspektive zu erreichen oder nicht? Da stochern wir im Nebel.

Das Charmante an einem solchen Konzept, wenn wir ein NRG-System implementieren, ist, dass es auf der Regeldokumentation basiert. Es gibt also keine zusätzliche Dokumentation. Das ist das Ziel, das auch international diskutiert wird.

Ich war letzte Woche auf dem ACENDIO-Kongress in der Schweiz. Dort wurde genau dieses Thema vorgestellt. Die Schweizer sind gerade dabei, den PKMS und den OPS 9-20, die wir in Deutschland seit 2009 haben, nachzubauen. Dies heißt dort ein bisschen anders. Aber von der Idee her ist dies sehr ähnlich. Auch dort wird diskutiert: Wie bekommen wir weitere Kostenfaktoren oder Erlösfaktoren für die Pflege in das System integriert?

Ich fände es auch ganz charmant, wenn wir nicht nur die Pflege im Fokus hätten; denn auch die anderen therapeutischen Einheiten sind in den letzten Jahren abgebaut worden.

Ich würde ganz gern – bei der Folie habe ich das vorhin leider nicht erwähnt – die NRGs in der Phase 2017 auch in Therapeutic Related Groups überführen, das heißt, dass man als Krankenhausökonom und Team wirklich die Chance hat, überhaupt zu entscheiden: Was braucht mein chronisch kranker Patient? Braucht er jetzt noch eine OP, braucht er eine therapeutische Pflege oder von anderen Therapeuten eine Begleitung?

Das Ganze ist Neuland. Insofern kann ich Ihnen leider noch keine Zahlen, Daten, Fakten liefern, was dies kostet. Letztendlich sind aber die Strukturen vorhanden. Wir haben ein InEK-Institut, das sich mit Fallgruppierungen auskennt. Die Datenüberlieferung usw. müsste nur erweitert werden. Man könnte auf der neuen Datengrundlage, die natürlich in Kliniken geschaffen werden muss, vorwiegend erst einmal von den Kalkulationshäusern – in der Regel haben die alle Software – – Da gibt es kleine Änderungen, die man machen muss, damit diese Daten aus der Regeldokumentation gezogen werden können, um NRGs zu entwickeln. Ich denke, dass das kein Hexenwerk ist und an dieser Stelle auch keinen großen Umbau erfordert.

Herr Kunzmann, Sie haben recht, dass es eine Verschiebung gibt. Aber genau das wollen wir eigentlich. Denn politisch wird das DRG-System durchaus kritisiert, weil es immer mehr Leistungen gibt, weil wir feststellen, dass Operationen gemacht werden, obwohl sie nicht notwendig sind. Wir haben eine Chronifizierung der Gesellschaft, also Multimorbidität. Da brauchen Menschen auch andere Dinge als noch eine OP.

Ich denke, wir sollten den Patienten in den Aushandlungsprozess – was braucht er wirklich? – einbeziehen. Diese Chance hat er im Moment nicht, weil Pflege nicht mehr therapeutisch tätig ist. Wir greifen eher zur Inkontinenzhose, statt dass wir ein Kontinenzfördertraining machen; denn schließlich wäre es sinnvoller, bei dem einen oder anderen ein Kontinenzfördertraining zu machen. Sie können öfter einmal am Gang hören, wenn ich jetzt polemisch sein darf: „Sie haben eine Hose an. Machen Sie doch einfach hinein!“ Aus Zeitmangel hört man so etwas ab und zu auch in einer Heimeinrichtung. Das sind Dinge, die mir als Expertin gar nicht gefallen.

Jetzt muss ich einmal schauen, ob ich noch irgendetwas Wichtiges vergessen habe.

(Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Mindestpersonalfestschreibung!)

– Genau, die habe ich noch nicht. – Von einer Mindestpersonalfestschreibung halte ich nichts. Denn woran wollen Sie dies festmachen? Sie haben in jeder Klinik eine andere Durchmischung des Klientels. Es ist ein gigantischer Aufwand, um herauszufinden: Was ist für meine geriatrische Einrichtung mit dieser Ausrichtung der richtige Mindestschlüssel? Was ist auf meiner Inneren der richtige Schlüssel? Was ist auf meiner chirurgischen Station der richtige Schlüssel? Das wird nicht funktionieren. Die große Gefahr, dass sich dann alle an den Mindestlevel halten und dass die Qualität der Pflege noch schlechter wird, ist gegeben.

Ich würde eher in die Richtung gehen wollen, den Erlösbereich, auch wenn es nicht NRGs sind, anderweitig auszubauen, damit die Pflege stärker im Erlössystem DRG verortet ist und damit im System ein Aushandlungsprozess stattfinden kann, idealerweise gekoppelt, wie ich es aufgezeigt habe, mit Daten, die man nutzen kann, um die Qualität auch langfristig beurteilen zu können.

Ich kann Ihnen nur sagen: Der Vortrag von Herrn Sermeus in Bern war sehr interessant. Da er an der europäischen RN4CAST-Studie direkt teilgenommen hat, konnte er aus dem Nähkästchen plaudern, was man sonst nicht erfährt oder was nicht veröffentlicht ist. Er hat sehr schön darüber berichtet, dass es im Vergleich – leider ist Deutschland nicht dabei, weil es keine Daten liefern konnte – in Kliniken, in chirurgischen Einheiten deutliche Unterschiede bezüglich der Mortalitätsrate gibt. Sie haben in bestimmten Kliniken bei einer bestimmten Operation ein siebenmal höheres Risiko, zu versterben. Das sind Zahlen, die wir brauchen, weil wir sonst im Nebel stochern und nicht wirklich ansetzen können, wo eine Qualitätsverbesserung möglich ist. Auch „pay for performance“ ist utopisch, wenn wir keine Zahlen, Daten, Fakten haben.

Ich möchte gern noch auf einen anderen Aspekt eingehen. Auch darüber hat er sehr schön berichtet. Er hat deutlich gesagt, warum Prozesse so schlecht laufen. Das liegt am Wissen. Wir wissen oft nur die Hälfte von dem, was wir brauchen, um eine Entscheidung an der Basis zu treffen. 50 % von dem, was wir wissen und was wir eigentlich tun wollen, entfällt, weil wir uns nicht mehr daran erinnern. Wiederum 50 % dessen ist der Teil, den wir tun. Wegen Ablenkungen oder aus anderen Gründen fällt das eine oder andere hinten hinunter.

Er hat auf dem Kongress sehr schön aufgezeigt – bei ACENDIO geht es um die elektronische Patientenakte –, wo überall Software und Unterstützung das Know-how an die Basis bringen können, also dass ich in meinem Entscheidungsfindungsprozess aktuell immer meine Guidelines abfragen kann: Was ist Best Practice? Ich denke, das brauchen wir ganz stark; denn momentan kann man sehr gut beobachten, dass das Wissen über therapeutische Pflege ziemlich stark verkümmert ist. Wir brauchen Erinnerungshilfen. Ich erinnere nur daran: Wenn Sie einkaufen gehen, weil Sie eine Party machen, was machen Sie?

(Abg. Dr. Marianne Engeser CDU: Zettel schreiben!)

– Genau, einen Zettel schreiben. – Es geht einfach viel verloren. Wenn Sie sich vorstellen: Eine Mitarbeiterin ist in der Frühschicht mit elf bis zwölf Patienten belastet, da können Sie sich nicht alles merken. Ich sehe viele Dinge der bürokratischen Diskussion anders.

Habe ich noch Zeit?

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Ja.

**Sv. Frau Dr. Wieteck:** Drei Minuten noch, gut.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Ich melde mich dann schon.

**Sv. Frau Dr. Wieteck:** Okay, perfekt. – Zur Entbürokratisierungsdiskussion: Was finde ich momentan sehr riskant an der Diskussion? Grundsätzlich: Entbürokratisierung ist ein richtiger Weg, und der muss auch gegangen werden. Die SIS ist vollkommen okay. Ob ich Informationen so oder nach einer anderen Struktur sammle, ist eigentlich egal.

Ich frage mich: Was ist eigentlich der Grund dafür, dass wir diese überbordende Dokumentation entwickelt haben? Es ist doch nicht so, dass der MDK uns vorgegeben hat: „Sie müssen noch dieses und jenes Blatt ausfüllen.“

Bezüglich der Ursachenanalyse kommt Frau Professorin Höhmann in ihrer Forschungsarbeit zu der gleichen Erkenntnis wie auch ich: Das Problem ist, dass Mitarbeiter nicht gelernt haben, kritisch zu reflektieren, welche Informationen sie in der Akte

brauchen, um einen Entscheidungsfindungsprozess umzusetzen. Warum können wir das nicht? Weil wir kein „critical thinking“ haben, weil wir den diagnostischen Prozess nicht gelernt haben, weil er in unserer Ausbildung nicht verankert und nicht verortet ist.

Deswegen würde ich ein anderes Entbürokratisierungsprojekt machen: Lassen wir doch die anamnestischen Datenerhebungen weg. Es findet ein Gespräch mit dem Betroffenen statt, bei dem ich meinetwegen auch narrativ seine individuellen Wünsche aufschreibe, und es findet dann ein diagnostischer Prozess statt, also genauer nachfragen. „Ich habe festgestellt: Das Gehen ist beeinträchtigt. Was ist die Ursache?“ Denn erst dann, wenn ich das mache, kann ich zu einem richtigen Entscheidungsfindungsprozess kommen, was das adäquate Angebot für den Betroffenen ist. Dann muss ich noch abklären, ob er das adäquate Angebot überhaupt haben will.

Deshalb würde ich vorschlagen: Lassen wir den anamnestischen Bereich weg. Machen wir ein Einführungsgespräch. Setzen wir uns im Team zusammen, weil jede Mitarbeiterin eine andere Wahrnehmung hat. Ich mache mit dem Betroffenen einen Aushandlungsprozess und schreibe nur mein diagnostisches Ergebnis auf: „Ich habe festgestellt, dass der Betroffene, den ich begleite, im Gehen beeinträchtigt ist. Ursache dafür sind Schmerzen.“ Dann kann ich mit dem Betroffenen in den Aushandlungsprozess gehen, ob er eine Schmerzmedikation braucht oder ob ich ihm anderweitig Linderung verschaffen kann. Da werde ich dann biografisch nacharbeiten: „Gibt es etwas, was Sie bisher gemacht haben, das Ihnen in dieser oder jenen Situation die Schmerzen wegnimmt?“ Wie auch immer.

Ich sehe es hochproblematisch, dass der diagnostische Prozess aus dem Modell herausgenommen worden ist und dass keine Zielformulierung mehr mit den Betroffenen vereinbart wird. Dadurch habe ich überhaupt keine Chance, das Outcome zu prüfen. Bei der Outcome-Messung geht es darum, ob ich meine Ziele erreicht habe. Die Frage ist nicht, ob ich eine Maßnahme durchgeführt habe oder nicht.

Das sind meine Hauptkritikanmerkungspunkte zu der Entbürokratisierung.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Punktlandung.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Ich hatte noch die Frage nach der Bund-Länder-AG gestellt, ob es da eine Kommunikation gibt!)

**Sv. Frau Dr. Wieteck:** Wir sind Wissenschaftler. Um politische Diskussionen kümmern wir uns leider gar nicht.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Aber das wäre doch sinnvoll!)

– Ja, das wäre sinnvoll. Wenn Sie uns einladen, kommen wir gern und führen die Diskussion mit Ihnen.

Danke schön.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Herzlichen Dank, Frau Dr. Wieteck.

(Beifall)

Wir machen gleich weiter. Herr Dr. Hermann, ich bitte Sie, zu uns zu kommen.

**Sv. Herr Dr. Hermann:** Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Heute geht es um die Finanzierung der Pflege. Das ist wahrlich ein spannendes Thema. Wir haben es gerade von einer ganz anderen Seite beleuchtet bekommen. Ich denke, es ist von großem Interesse, wenn die über 20 Fragen, die Sie gestellt haben, von den einzelnen Sachverständigen, die Sie eingeladen haben, ein Stück weit ganz anders angenommen werden. Der Aufruf war ja auch: Gehen Sie in einzelne Themen und lassen Sie andere beiseite.

Ich will mich vor allem um die Finanzierung auf der Seite der Einnahmen im klassischen Sinne und um die Struktur einer Pflegeversicherung, die die Zukunftsaufgaben bewältigen kann, konzentrieren.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 5*.)

Dies kennen Sie, meine Damen und Herren. Aber zur Transparenz: Hier sehen wir die Entwicklung in Baden-Württemberg, wie sie das Statistische Landesamt sieht. Diese Entwicklung ist deswegen von besonderer Bedeutung, weil wir spätestens ab 2020, also schon in wenigen Jahren, in Baden-Württemberg von einer im Ländervergleich relativ kommoden Situation in eine wenig kommode Situation gehen. Das ist dem Gesamtalter der baden-württembergischen Bevölkerung heute geschuldet. Dann, wenn andere Länder sozusagen schon weit vorgealtert sind, zieht Baden-Württemberg nach.

Auch die junge Bevölkerung wird irgendwann einmal in einem ganz hohen Umfang pflegebedürftig. Dann hat Baden-Württemberg – schauen Sie sich einmal die Zahlen an, die weiter in das Jahrhundert hineingehen – hier sogar ein besonderes Thema.

Die Frage der Professionalität der Pflege, die wir sichern müssen, ist ein ganz besonderes Thema. Das hat natürlich auch etwas mit der Finanzierung der Pflege zu tun. Diesen Zusammenhang müssen wir schon sehen. Wenn wir Pflege durch die Menschen, die Pflege erbringen, adäquat finanzieren, dann müssen wir, Gesellschaft, und muss der Gesetzgeber auch die finanziellen Ressourcen dafür zur Verfügung stellen.

Hier sehen Sie Zahlen der AOK Baden-Württemberg für die letzten sechs, sieben Jahre. Das unterscheidet sich nicht von dem, was wir generell in Baden-Württemberg oder im Bund sehen. Mehr als zwei Drittel, sogar stark ansteigend, sind im ambulanten Set-



ting. Wir haben jetzt 70 % im ambulanten Setting. Im stationären, im vollstationären Setting haben wir in der Entwicklung überhaupt keine große Dynamik. Auch das – dies sage ich ganz klar – wird sich ändern. Wir werden auch im stationären Bereich eine andere Entwicklung bekommen, allein schon wegen der soziodemografischen und der soziologischen Entwicklung in Deutschland und in Baden-Württemberg. Das sind 50 % aller Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg.

Noch ein Drittes, was uns betrifft: Die AOK Baden-Württemberg wird in diesem Jahr 1,7 Milliarden € für die Pflegeversicherung ausgeben. Das ist ungefähr ein Achtel dessen, was wir in der Krankenversicherung ausgeben, also ein Bereich, der mittlerweile einen enormen Schub mit sich gebracht hat.

Wenn Sie sich vergegenwärtigen, dass wir in den weniger als 20 Jahren seit der Einführung der Pflegeversicherung die Ausgaben bis heute um etwa 80 % gesteigert haben, dann zeigt das, dass wir die Themen, die hier nur angerissen sind – Wirtschaftlichkeit, zukunftsfähige, effiziente Strukturen –, immer und verstärkt in den Blick nehmen müssen, wenn wir insgesamt den Anforderungen gerecht werden wollen, wie sie zumindest als Grundsätze in der Pflegeversicherung konzipiert und wiederzufinden sind.

Wir haben eine Reihe von Finanzierungsinstrumenten – dies wurde eben schon in der einen oder anderen Frage angeschnitten, insbesondere im Zusammenhang mit dem Vortrag von Herrn Staatssekretär Laumann –, auf die ich kurz eingehen möchte. Dann möchte ich zwei, drei Alternativen anreißen, die auch in der Diskussion sind und die natürlich gerade in einer Enquetekommission eine Rolle spielen sollten.

Der „Pflege-Bahr“ ist 2013 eingeführt worden. Wir sehen: Der „Pflege-Bahr“ hat wirklich nicht das erreicht, was die Politik erreichen wollte. Er wurde damals von der schwarz-gelben Koalition eingeführt. Wir haben nur wenige Abschlüsse. Alles zusammen sind es nur wenige Hunderttausend. Das ist nicht der Schub, um mit einer privaten Zusatzversorgung das Pflegebedürftigkeitsrisiko adäquat abzufedern.

Das hat seine Gründe in der Strukturierung des „Pflege-Bahrs“. Nicht umsonst hat sich auch die Deutsche Bundesbank – ich habe mir erlaubt, das hier kurz wiederzugeben; in meinen schriftlichen Ausführungen ist das ein bisschen länger – deutlich kritisch geäußert. Es ist eben so, dass Sie den „Pflege-Bahr“ dann in Anspruch nehmen, wenn Sie ohnehin die entsprechenden finanziellen Mittel haben, um eine private Pflegezusatzversicherung abzuschließen.

Bei denjenigen Menschen, die weniger Einkommen haben, wird die Lücke durch den „Pflege-Bahr“ ohnehin nicht geschlossen. Im Gesetz sind es maximal 600 €, nicht dynamisiert, in der Pflegestufe III. Sie wissen nicht, was Sie in 30 Jahren mit 600 € anfangen können, wenn der Status quo nicht verändert wird. Sie werden dann allenfalls die Sozialhilfe ein Stück weit entlasten, weil Sie Ihr eigentliches Gap mit diesem Betrag natürlich nie und nimmer auch nur halbwegs werden schließen können. Insofern ist das eine schwierige Situation, die hier heraufbeschworen worden ist.

Was die PKV damit macht, sehen Sie in einer Musterkalkulation, die die PKV selbst veröffentlicht hat. Da kommen Sie dann, wenn es wirklich interessant wird, in Höhen hinein, die es für jemanden völlig unattraktiv machen, in den „Pflege-Bahr“ zu investieren.

Der Pflegevorsorgefonds ist erst durch diese Bundesregierung ins Leben gerufen worden. Herr Laumann hat gesagt: „Er steht im Koalitionsvertrag, und dann setzen wir dies um.“ Das ist okay. Es gab aber schon oft Koalitionsverträge, die nur Papier geblieben sind, was Ankündigungen anging. Aber hier hat man es umgesetzt.

Aber die Begründung, meine Damen und Herren, dass man damit den Pflegeberg untertunnelt, ist nach allem, was wir sehen können, wenig überzeugend, da wir – das zeigt dieses Bild – im Jahr 2040 und folgende auf ein Hochplateau kommen. Wenn Sie dann Pflegebeitragssätze von 4 oder mehr Prozentpunkten haben, ist die Absenkung um 0,1 nicht gerade der Hit.

Es wäre viel besser, diese Mittel dafür zu nutzen, um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vernünftig auszufinanzieren. Herr Laumann hat gesagt: „Das ist solide.“ Das mag sein. Das ist dann solide, wenn man die Leistungsansprüche – ich jedenfalls bin nicht im Besitz dieser Information – des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs so ausdefiniert, dass man mit einer Beitragssatzerhöhung von 0,2 % auskommt, also mit 2,4 Milliarden €. Der Deutsche Pflegerat und auch die Damen und Herren, die sich mit der Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs befasst haben, kamen und kommen dort doch auf ganz andere Summen.

Welche Finanzierungsalternativen gibt es? Die eine ist eben kurz angesprochen worden. Wir haben in der Pflege – meine Damen und Herren, das ist anders als in der Krankenversicherung – völlig identische Versicherungen. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung zur Pflegeversicherung von 2001 von der Pflegevolksversicherung innerhalb von zwei Zweigen gesprochen. Das ist deswegen so, weil die Leistungen völlig identisch sind, weil die Sozialgerichte für Private zuständig sind und weil wir in jeder Beziehung eine totale Einheitlichkeit zwischen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung haben.

Was wir aber nicht haben, sind gleiche Risikostrukturen. Die sind nun einmal fundamental unterschiedlich. Hier sehen Sie das an dem Beispiel der Altersstrukturen, der Pflegeprävalenzen. Das können Sie natürlich auch auf die Einkommen herunterbrechen. Dann haben Sie 60 % Unterschied, bezogen auf die beitragspflichtigen Einnahmen. Das können Sie auf die Altersstruktur herunterbrechen. Dann sehen Sie, dass die Menschen in der privaten Pflegeversicherung deutlich jünger sind und dass die Menschen, die in Pflege sind, in der sozialen Pflegeversicherung in dem gleichen Alter eine sehr viel höhere Inzidenz oder Prävalenz haben.

Die Ausgaben der privaten Pflegeversicherung sind im Verhältnis, selbst wenn Sie die Beihilfe einbeziehen, 1 : 3, wenn Sie das auf jeden Versicherten ummünzen. Insofern ist

das natürlich ein Thema. Die Frage von angesparten Mitteln ist eine Ausgestaltungsfrage, wie man Übergangszeiträume definiert.

Noch ein kleiner Hinweis zu Koalitionsverträgen: Im Koalitionsvertrag der Großen Koalition aus dem Jahr 2005 steht der Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. Er ist nur bekanntermaßen nie Gesetz geworden.

Kapitaldeckung und Vollversicherung sind zwei ganz fundamentale Veränderungsalternativen – hier in der Enquetekommission kann man das sicherlich ansprechen –, jedenfalls auf dem Papier. Sie sehen zu beiden klare Aussagen von meiner Seite.

Über den Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren hat man vor 25 Jahren diskutiert. Dieser Zug ist allein schon deswegen abgefahren, weil man sozial- und verteilungspolitisch – ich will jetzt gar nicht von Wertverlust usw. sprechen; das alles ist hier ausgeführt – den pflegenahen Jahrgängen nie eine doppelte Finanzierungslast wird aufdrücken können, nämlich noch für ihre eigene Kapitaldeckung zu sorgen und auch dafür zu sorgen, dass diejenigen, die heute Pflegefälle sind, ausreichend die Teilkaskoversicherung bekommen. Dies ist sozialpolitisch absolut nicht darstellbar.

Zur Vollversicherung: Negativbeispiel, so finde ich, sind ganz klar die Niederlande, meine Damen und Herren. Die haben eine Pflegevollversicherung mit explodierenden Kosten. Die Gutachten, die es dazu gibt, wenn man in Deutschland eine Pflegevollversicherung einführen würde, sind so interessengeleitet, dass die Ergebnisse alles andere als seriös erscheinen. Dazu kommt ja vielleicht noch die eine oder andere Frage.

Das Fazit: Wir brauchen nachhaltige Lösungen und die Vernetzung von Strukturen. Wir brauchen sinnvollerweise eine Weiterentwicklung, weil Sie es in der Zivilgesellschaft des 21. Jahrhunderts nicht mehr begreifbar machen können, warum Sie Menschen nach Beruf oder Einkommen in einer sozialen oder in einer privaten Pflegeversicherung pflichtversichern. Das können Sie vor dem Hintergrund des sozialen Gesellschaftsbilds niemandem begreiflich machen. Dies ist ein Ding der Unmöglichkeit. Ich glaube, das wird irgendwann noch einmal auf die politische Agenda kommen.

Wir werden dieses Thema nur dann stemmen, meine Damen und Herren, wenn wir uns nicht in Schuldzuweisungen erschöpfen. Ich habe die Zahlen der AOK Baden-Württemberg ganz kurz gezeigt. Wir alle sind aufgefordert, hier unseren Beitrag zu leisten und die Diskussion ernsthaft voranzutreiben. Sie sind dabei.

Vielen Dank.

(Beifall)

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Vielen Dank, Herr Dr. Hermann, Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg. – Ich darf den Kollegen Kunzmann bitten, seine Fragen zu stellen.

**Abg. Thaddäus Kunzmann** CDU: Vielen Dank, Herr Dr. Hermann. – Sie haben in Ihrem Vortrag relativ viel Zeit darauf verwendet darzustellen, was Sie alles nicht wollen. Das, was Sie wollen, hat sich dann auf einen konkreten Vorschlag fokussiert, nämlich die Zusammenführung von sozialer und privater Pflegekasse. Es kann sein, dass das kurzfristig zu einer Lösung bei der sozialen Pflegekasse führt. Das kann ich aber nicht beurteilen. Die Frage ist – ein Thema der Enquetekommission ist ja auch die nachhaltige Finanzierung –, ob das auch noch in 20 Jahren zu einer Verbesserung der Einnahmesituation führen wird.

Gibt es schon Langzeitanalysen, z. B. von der AOK in Auftrag gegeben, die darstellen: Was bedeutet es beispielsweise in 20 Jahren, wenn man die zwei Versicherungen zusammenführt?

Das Zweite ist – Herr Staatssekretär Laumann hat vorhin das Thema „Reha und Prävention“ angesprochen –: Der am sparsamsten zu Pflegenden ist derjenige, den es nicht gibt. Inwieweit kann z. B. die AOK dazu beitragen, beispielsweise durch eine Rehamaßnahme oder durch eine Präventionsmaßnahme – ich nenne einmal die geriatrische Reha –, zu verhindern, dass jemand sofort in Pflege kommt, oder dass man den Zeitpunkt, wann er zu pflegen ist, ein bisschen hinauszögert? Inwieweit ist ein abgelehnter Rehaantrag kontraproduktiv – vielleicht produktiv für die Krankenkasse, aber kontraproduktiv für die Pflegeklasse?

Vielen Dank.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Herr Kunzmann, vielen Dank. – Frau Mielich.

**Abg. Bärbl Mielich** GRÜNE: Herr Dr. Hermann, herzlichen Dank für die vielen Baustellen, die Sie aufgeführt haben, um die es letztendlich geht und die wir alle anpacken. Wir haben jetzt von Ihnen eine riesige To-do-Liste mitbekommen.

Ich möchte das Angebot annehmen, das Sie gerade gemacht haben. Sie haben gesagt: „Vielleicht gibt es die eine oder andere Frage zum Thema Vollversicherung.“ Ich möchte die Frage nach einer Vollversicherung mit der Frage nach einer zukunftsfähigen Sozialversicherung insgesamt verknüpfen. Das heißt für mich, ob dann, wenn man die gesetzliche und die private Versicherung zusammenführt und es dann zu einer Vollversicherung kommt, die Konsequenz eine Bürgerversicherung wäre. Dazu hätte ich gern Ihre Meinung gewusst.

Dann möchte ich gern noch an das anknüpfen, was Herr Laumann gesagt hat. Er hat ausgeführt, im Ersten Pflegestärkungsgesetz sei die tarifliche Bezahlung für ambulante

Dienste bzw. sei die Kostenübernahme der tariflichen Leistungen der Kassen festgeschrieben.

Ich habe schon Herrn Laumann die Frage gestellt und stelle sie jetzt auch Ihnen: Weshalb sagen Sozialstationen noch immer, sie seien chronisch unterfinanziert? Denn die Krankenkassen als Kostenträger bezahlen gerade mit der Begründung, man könnte es auch billiger machen, die tariflichen Personalkosten nicht. Jetzt ist ja auch noch die Petition auf Bundesebene anhängig.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Vielen Dank, Frau Mielich. – Kollege Hinderer.

**Abg. Rainer Hinderer** SPD: Herr Dr. Hermann, vielen Dank für Ihre Ausführungen. – Noch eine Frage zu dem von Ihnen gegebenen Stichwort „Risiken fair und nachhaltig verteilen“. Sie haben die gemeinsame Versicherung angesprochen. Frau Mielich hat das mit der Vollversicherung in Verbindung gebracht. Ich möchte die gleiche Frage stellen: Wie weit ist das von dem Modell der Bürgerversicherung weg, auch unter dem Aspekt der Beibehaltung einer Teilkaskoversicherung? Welche alternativen Finanzierungsmöglichkeiten sehen Sie an dieser Stelle noch?

Die zweite Frage: Sie, die Kasse, sind natürlich auch um die Begrenzung der Ausgaben bemüht. In Ihrer schriftlichen Vorlage weisen Sie auf verschiedene Pilotprojekte der AOK hin, Stichwort „ORBIT“ oder „Sturzprävention im Pflegeheim“. Können Sie vielleicht zu den Ergebnissen oder zu den bisherigen Erfahrungen dieser Pilotprojekte noch einige Ausführungen machen, wie die sich auf die Ausgabensituation auswirken?

Danke.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Vielen Dank, Herr Hinderer. – Herr Haußmann, bitte.

**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Sehr geehrter Herr Dr. Hermann, Sie sind in Ihrem Vortrag auf die Entwicklung der Ausgaben für die AOK Baden-Württemberg im Bereich der Pflege eingegangen. Wenn ich jetzt diese Entwicklung sehe, dann muss ich sagen, dass dies nicht der Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen und auch nicht der Entwicklung der Arbeitseinkommen entspricht. Auch das ist sicherlich noch ein Thema.

Sie haben gesagt, wenn man die private und die soziale Pflegeversicherung zusammenlegen würde, dann wäre das Ganze für die Zukunft gesichert. Ich hatte dieses Thema schon bei Herrn Staatssekretär Laumann angesprochen. Die Österreicher sind der Meinung, dass dies steuerfinanziert werden muss, um gerade die junge Generation abzusichern. Das war einer der Gründe, auf die Sie bei der Kapitaldeckung hingewiesen haben, nämlich dass es eine doppelte Belastung gibt.

Deswegen die Frage: Glauben Sie, wenn man einmal in die nächsten 30, 40 Jahre schaut, dass wir einzig mit der Maßnahme der Zusammenlegung ein Rundum-sorglos-Paket haben, oder bedarf es darüber hinaus weiterer Überlegungen im Hinblick auf die Finanzierung, vielleicht auch durch Steueranteile?

Sie haben den „Pflege-Bahr“ angesprochen. Dabei ist sicherlich ein Stück weit die Grundproblematik, dass es im Grunde genommen ähnlich ist wie bei einer Risikolebensversicherung: Entweder man bekommt einen Anspruch, oder man hat vielleicht 40 Jahre lang umsonst eingezahlt. Ich weiß, dass dies viele Leute ein Stück weit davon abhält. Vielleicht sind da noch neue Varianten zu überlegen. Denn wenn man sagt, dies macht keinen Sinn, dürfte man möglicherweise auch keinen Bausparvertrag mit Wohnungsbauprämie abschließen. Das wäre ein ähnlicher Vergleich.

In dem Fazit Ihrer Präsentation ist noch das Thema „Bedarfsorientierte Versorgungsstrukturen“ genannt. Könnten Sie dazu noch etwas sagen? Der Kollege Hinderer hat die Modellprojekte angesprochen. Ich würde gern noch ergänzen: Welche Chancen haben wir auch durch altersgerechte Assistenzsysteme, AAL, durch Telemedizin, wenn wir das Ziel haben, Menschen länger zu Hause leben zu lassen? Ich möchte das natürlich nicht nur unter Kostenaspekten sehen, sondern auch vor dem Hintergrund der Chance, Menschen länger zu Hause leben zu lassen. Wir haben viele Modellprojekte. Aber ich habe das Gefühl, das kommt in Deutschland nicht richtig ins Laufen.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Vielen Dank, Herr Haußmann. – Ich habe auch mich noch auf die Rednerliste gesetzt.

Herr Dr. Hermann, im Anschluss an das, was die Kollegin Mielich gesagt hat, nämlich zu der Tarifbindung bei den Pflegediensten und Sozialstationen: Wir Mitglieder der Pflegeenquete erleben bei vielen Vor-Ort-Terminen immer wieder die Klage der Träger, dass die AOK den Schiedsstellenspruch zum Entgelt beklagt hätte. Das ist in gewisser Weise ein bisschen antagonistisch, weil wir an anderer Stelle von der systematischen Unterfinanzierung hören und auch sehen, dass das Personal dort sehr belastet ist. Diese Botschaft kommt sehr befremdlich an. Wir haben gesagt, wir nehmen Ihr Dasein heute zum Anlass, Ihnen diese Frage offiziell zu stellen. Erklären Sie bitte einmal, weshalb diese Beklagung stattgefunden hat.

Ich bin schon fertig, und Sie haben das Wort, Herr Dr. Hermann.

**Sv. Herr Dr. Hermann:** Vielen Dank. – Ich möchte gern auf einiges eingehen.

Wenn das so angekommen ist – das klang jetzt zwei, dreimal in Ihren Fragen und Bemerkungen durch –, dass wir dadurch, dass wir die soziale und die private Pflegeversicherung irgendwann einmal zusammenschließen oder dass wir zunächst das, was bereits der Koalitionsvertrag der Großen Koalition aus dem Jahr 2005 aufgeschrieben hat, verwirklichen, nämlich die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen den beiden

Versicherungen, die Probleme der nächsten 20 Jahre gelöst haben, dann muss ich sagen, dass das natürlich mitnichten so ist. Das ist überhaupt nicht so; das ist völlig klar.

Die private Pflegeversicherung kann aufgrund ihrer völlig anderen Risikostruktur, die ich eben kurz angerissen habe, einen Anteil leisten. Dazu gibt es eine Reihe von interessanten Untersuchungen, die das deutlich herausarbeiten.

Aber die Problemlage, dass wir vor dem Hintergrund der Herausforderungen – ich will nicht immer von Problemen reden –, vor der wir stehen, durch pflegebedürftige Menschen und durch die demografische Entwicklung mit einer ganz anderen Belastung unserer Gesellschaft rechnen müssen – wir werden bei der Pflegeversicherung in Höhen von 4 % oder mehr kommen –, wird weder durch die Zusammenlegung der beiden Systeme noch durch den Pflegevorsorgefonds, wie ich es eben gesagt habe, in einer Art und Weise abgedeckt, die das Problem wegdefiniert. Das ist für mich mehr eine Frage der gesellschaftspolitischen Dimension.

Die Pflegevolksversicherung, wie sie das Bundesverfassungsgericht selbst herausgestellt hat, kann man nach meinem Dafürhalten nur dann nicht wollen, wenn man tatsächlich davon überzeugt ist, dass anachronistische Zuweisungssysteme von Menschen im 21. Jahrhundert zu sozialen Sicherungssystem verpflichtend eine adäquate Antwort auf die Zivilgesellschaft des 21. Jahrhunderts sind. Ich glaube, das ist ganz wesentlich. Dass man dabei ein Stück weit mehr Fairness und soziale Ausgewogenheit in die Gesellschaft hineinbringt, gerade vor dem Hintergrund der Herausforderungen, vor denen wir stehen, ist aufgrund der Daten, die ich hier nur angerissen habe, wohl auch nicht zu bestreiten.

Der erste Schritt dahin, einen Finanzausgleich herzustellen, der den Kapitalstock erst einmal gar nicht infrage stellt – denn natürlich müssen Menschen, die bisher da drin sind, auch „ausfinanziert“ werden; wir haben hier einen Bestandsschutz; das ist klar –, ist anzugehen bzw. kann sehr schnell angegangen werden.

Meine Damen und Herren, nun zu der geriatrischen Rehabilitation und einigen anderen Themen, die Sie angesprochen haben: Die geriatrische Rehabilitation ist in Baden-Württemberg ein Thema, bei dem sich die AOK in einer Art und Weise engagiert, die ihresgleichen sucht. Das kann ich mit Fug und Recht sagen. Die AOK ist es, Herr Abgeordneter, die gemeinsam mit dem Sozialministerium evaluieren lässt, welche Anforderungen wir für geriatrische Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg in den nächsten 20 Jahren haben.

Wir können – das ist bedarfsorientierte Versorgung – ja keine Strukturen aufbauen und finanzieren, wenn wir nicht sicher sind, dass diese Strukturen auch dem Bedarf entsprechen, den wir vor uns sehen und den wir nach besten wissenschaftlichen Erkenntnissen antizipieren können. Deswegen gehen wir bei der Finanzierung mit dem Sozialministerium fifty-fifty mit einem namhaften sechsstelligen Betrag in die Evaluation dessen, was Baden-Württemberg hier braucht, und zwar aus dem Grund, Herr Abgeordne-

ter, weil ein Großteil der Menschen in Baden-Württemberg, der hiervon betroffen ist oder betroffen sein könnte, bei der großen Versorgerkasse AOK Baden-Württemberg versichert ist. Dieser Verantwortung stellen wir uns natürlich.

Das gilt auch für die Themen, die Herr Abgeordneter Hinderer angesprochen hat, etwa in Bezug auf das Thema „Sturzprävention in Pflegeheimen“, bei dem die AOK Baden-Württemberg seit über zehn Jahren unterwegs ist. Mehr als 1 000 Einrichtungen – das sind locker 80 bis 90 % der stationären Pflegeeinrichtungen, die wir in Baden-Württemberg haben – partizipieren mittlerweile von diesem Programm und machen dabei mit. Dieses Jahr werden noch weitere 50 Einrichtungen dazukommen.

Dabei geht es darum, Menschen in hohem Alter durch das Gefühl der Sicherheit im Gehen und in der Bewegung vor dem Schicksal zu bewahren, das wir oft genug sehen und kennen, und in seiner Quantität herunterzufahren: Oberschenkelhalsbruch, Pflegeversicherung, Pflegefall, Lungenentzündung, Exodus. Diese böse Linie wollen und können wir damit durchbrechen.

Pro Jahr erleiden mehr als 11 000 Menschen – in der Regel im hohen Alter –, die bei der AOK Baden-Württemberg versichert sind, einen Oberschenkelhalsbruch. Die Sturzprävention hat dazu geführt, dass wir in den letzten Jahren einen Fallrückgang von mehr als 10 % zu verzeichnen hatten. Insofern konnten wir mittlerweile vielen Hundert Menschen ein besseres Leben ermöglichen.

Diese Maßnahme wird aus Mitteln der Krankenversicherung finanziert, weil die Pflegeversicherung überhaupt keinen Anker hat, um dies zu finanzieren. Das hängt mit den unterschiedlichen Grundstrukturen und Grundphilosophien zusammen. Die Pflegeversicherung ist eine Einheitsversicherung in der Form, dass man überhaupt keine Bewegungsmöglichkeit hat und wir über null finanzielle Mittel verfügen, um in der Pflegeversicherung auch nur irgendetwas, was Prävention sein könnte und ist, nach vorn zu bringen.

ORBIT ist eine hochwissenschaftliche Studie, gemeinsam mit dem Institut für Gerontologie, mit Professor Kruse. Dabei geht es darum, die Rehabilitationsmöglichkeiten und -bedarfe in Pflegeeinrichtungen besser auszuloten, indem wir Heilmittelerbringer – Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten – in die Pflegeeinrichtungen holen. Dort wird sozusagen im Konzil mit den Pflegekräften das mögliche Reaktivierungspotenzial von Pflegeheimbewohnern eruiert. Dann werden die entsprechenden Leistungen finanziert, die wieder aus dem Säckel der Krankenversicherung AOK Baden-Württemberg kommen.

Im Rahmen dieser Studie, die im Moment läuft – zwölf Pflegeeinrichtungen im Bereich Mannheim, Heidelberg beteiligen sich daran –, werden wir sehen, ob man die Lebenssituation, die Pflegesituation von hochaltrigen Menschen – hier geht es um schwer Pflegebedürftige – über rehabilitative Pflege verbessern kann. Das ist die Annahme. Insofern soll das jetzt nachgehalten werden.



Sie sehen daran – das ist für Sie als Mitglieder einer Enquetekommission von besonderer Bedeutung –: Von der Struktur her sind die Steuerungslogiken der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung völlig andere. Die Krankenversicherung ist daran interessiert und muss daran interessiert sein, dass sie Versorgung optimal organisiert. Das ist der Job von 10 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der AOK Baden-Württemberg.

Die Pflegeversicherung hat klare gesetzliche und von vorn bis hinten abschließend geregelte Leistungen: Teilkasko, Pflegestufe I, es gibt soundso viel Geld. Die Nachtpflege, die Verhinderungspflege usw. ist vollständig klar. Wir haben einen vollständigen Finanzausgleich. Die Krankenkassen, die mehr ausgeben, bekommen das über einen Ausgleichsfonds vollständig finanziert, und diejenigen Krankenkassen, die mehr haben, müssen etwas abgeben. Das ist ein ganz eigener Haushalt. Insofern ist das von der Steuerungslogik her eine genau entgegengesetzte Richtung.

Denken Sie auch daran, dass alle Menschen in Deutschland ihre Krankenversicherung Gott sei Dank frei wählen können, es sei denn, sie sind in der PKV. Dann haben sie größere Probleme, einmal zu wechseln, weil es einfach zu teuer wird. Aber in der Pflegeversicherung sind sie zwangszugewiesen.

Dass die Menschen, die in der Pflegeversicherung Ansprüche haben, trotzdem mit hoher Empathie auch in diesem Sozialversicherungsumfeld versorgt werden, hängt damit zusammen, dass es sich jede Krankenversicherung mitnichten leisten kann, ihre Pflegeversicherungsfälle an die Seite zu drängen, weil die Menschen Gott sei Dank die eben kurz skizzierte fiskalische und sonst wie gesetzliche Differenzierung überhaupt nicht nachzuvollziehen brauchen und sollen. Die Menschen sehen: Ich bin bei dieser oder bei jener Kasse versichert. Wie ist der Service dort? Wie lange brauchen meine Anträge? Wie werde ich bedient? Sind die Menschen, die mich dort beraten, kompetent, oder sind das irgendwelche Schnösel, und ich muss drei Monate warten, bis mein Pflegeantrag weitergeleitet worden ist? Das hängt aber absolut nicht mit der Strukturierung der Pflegeversicherung zusammen, um es einmal auf diesen Nenner zu bringen.

Was hatten wir noch an Fragen?

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Herr Dr. Hermann, Sie haben schon ein bisschen überzogen, wie Sie an dem Minus erkennen können.

**Sv. Herr Dr. Hermann:** Welche noch?

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Die Frage zur HKP müssen Sie noch beantworten!)

– HKP, gerne, sofort. Wir haben seit Jahr und Tag immer wieder eingefordert, dass uns die entsprechenden Einrichtungen ihre Kalkulation und ihre tarifliche Bezahlung nach-

weisen. Wir haben es jetzt geschafft, dass uns von der gesamten Korona der freien Wohlfahrtsverbände, die ja immer zusammen verhandeln, ein einziger Fall der tariflichen Bezahlung in einer Einrichtung gezeigt worden ist. Allerdings war der Chart nach ungefähr einer halben Minute wieder von der Wand verschwunden.

Das, was wir jetzt im Gesetz haben, nämlich die tarifliche Bezahlung, ist anzuerkennen. Sie muss natürlich nachgewiesen werden. Auch das steht im Gesetz und ist wohl eine Selbstverständlichkeit. Wir haben es hier schließlich mit Beiträgen von Sozialversicherungspflichtigen und auch mit Arbeitgeberbeiträgen zu tun. Dies erfolgt leider absolut nicht, um es bescheiden zu sagen, in der notwendigen Dichte. Die AOK Baden-Württemberg ist natürlich gegenüber ihren 10 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern tariftreu. Natürlich ist sie tariftreu in dem Moment, in dem etwas nachgewiesen wird, dass tarifliche Bezahlung tatsächlich erfolgt.

**Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha:** Vielen Dank, Herr Dr. Hermann. Sie haben jetzt einen kleinen Aufschlag bekommen. Heute sind wir großzügig. Das ist bei diesen intensiven Themen sehr wichtig. Herzlichen Dank noch einmal für Ihre Ausführungen.

(Beifall)

Herr Scheller – last, but not least –, ich bitte auch Sie um Ihren Beitrag.

**Sv. Herr Scheller:** Sehr geehrte Damen und Herren! Auch von mir jetzt Ausführungen zu einige Punkten.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 6.*)

Ganz einfach eine klare Stellungnahme zu den Rahmenbedingungen: Was wurde mit der Pflegeversicherung erreicht? Es wurde einiges erreicht, viel erreicht, würde ich sogar sagen. Wie sieht die Perspektive aus? Woran müssen wir arbeiten?

Ausführungen zur PKV müssen Sie auch noch einmal ertragen. Auch über den „Pflege-Bahr“ werde ich etwas sagen. Darüber hinaus werde ich auf einige Situationen eingehen: Wie ist die Bezahlung? Wie sieht es hinsichtlich der personellen Ausstattung in Pflegeheimen in Baden-Württemberg aus? Das ist eine Auswahl aus den von Ihnen aufgeworfenen 22 Fragen.

Zu den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ist zu sagen, dass meines Erachtens die Gesellschaft entscheidet, was sie möchte, und die Politik setzt dann um. Da wurde in den letzten Jahren einiges bewältigt.

Wenn Sie wissen möchten, ob der Beitragssatz, den wir prognostizieren und kennen, reicht, dann würde ich klar sagen: Er reicht nicht aus, weil der Wunsch der Gesellschaft vorhanden ist, Leistungen zu bekommen, aber auch einen Beitrag zu bezahlen. Das ist

unsere Erkenntnis. Ich gehe davon aus, dass wir 2025, 2028 bei ca. 2,8 % liegen werden.

Wenn jemand an das Umlageverfahren heranwill, sage ich ganz deutlich: „Nein, Finger weg!“ Denn es hat sich bewährt. Wenn wir aber über die getrennte Finanzierung zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung nachdenken, muss ich sagen: Hier haben wir – das haben Sie mehrfach gehört – verschiedene Risiken. Die Risiken stehen konträr zueinander. Wir, die gesetzliche Pflegeversicherung, tragen einen erheblichen Teil dieser Risiken.

Wir hatten auch nicht die Ausgangsposition, dass wir am Tag X der Gesetzgebung einen Stock anspeichern konnten, sondern wir hatten gleich Hunderttausende, eher Millionen von Leistungen zu befriedigen. Das machen wir gerne. Aber man sieht: Die Ausgangsbasis ist unterschiedlich gewesen. Das muss man einfach erkennen. Deswegen sollten auch hier die Risiken finanziell ausgeglichen werden.

Was hat die Pflegeversicherung erreicht? Manchmal vergessen wir das ein bisschen. Wir haben die Pflegeberatung; die kommt den Menschen zugute. Wir haben Pflegenoten. Es gibt jemanden im Saal, der hört das nicht gerne. Zu den Pflegenoten möchte ich sagen, dass sie zur Sensibilisierung beigetragen haben. Zum ersten Mal sagt die Bevölkerung: „Ich möchte Qualität haben, und ich hinterfrage sie.“ Ob die Pflegenoten toll sind, ist eine ganz andere Sache. Aber wenn man einfach alles ausschüttet, machen wir etwas Falsches; denn wir brauchen schon Aussagen, z. B. zum Wundliegen. Wir brauchen auch Aussagen zum Flüssigkeitsbedarf und zu Ähnlichem. Das heißt, wir brauchen weiterhin Pflegenoten, die für den Versicherten etwas darstellen.

In Baden-Württemberg sind wir zusätzlich noch einen anderen Weg gegangen: Wir haben die Lesehilfe entwickelt, weil wir gesagt haben, dass momentan zu wenig im System ist. Von daher kreieren wir eine Lesehilfe.

Zu der Folie mit der Überschrift „Muss sich die PKV finanziell stärker einbringen?“: Ja. Dabei belassen wir es; denn dazu ist jetzt genug gesagt worden.

Bei der häuslichen Krankenpflege, die auch schon angesprochen worden ist, müssen wir immer wieder Vorgänge überprüfen und fragen: Können wir etwas vereinfachen? Wir haben dazu ein Modell laufen. Wir überprüfen das und werden nächste Woche in eine Pressekonferenz gehen. Wir haben gesagt: Wir müssen noch einmal schauen, wie der Arzt, der Pflegedienst, der Patient und die Krankenkasse in das Gefüge passen.

Die Ausgangsbasis war – das hören manche nicht gern –, dass dieses Modell immer mit der Haftungsfrage totgemacht wird. Nein, wir müssen diese Haftungsfrage auch einmal überwinden und dürfen uns nicht immer von Beteiligten sagen lassen: „Damit mache ich alles tot.“

Wie kann man etwas verändern? Ich bin der Meinung, nicht durch Geld. Es ist mir zu plump, einfach zu sagen: „Mehr Geld ins System.“ Das ist der schlechteste Ansatz. Vielmehr muss ich immer die Frage beantworten können: Wie komme ich mit den finanziellen Ressourcen zurecht? Das ist der erste Ansatzpunkt. Ein Ansatzpunkt ist auch, dass wir nicht immer sofort sagen, die Beiträge müssten sich verändern.

Ich habe Ihnen einmal einen Preisvergleich beigelegt, den man aus einer Umrechnung zwischen Preis und Zuschlägen erzielt. Man sieht drei Länder aus dem Westen: Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Was sehen Sie? Der Preis für die Medikamentengabe ist in Baden-Württemberg am höchsten.

Wir haben noch ein weiteres Problem, dem in anderen Bereichen immer nur mit Normkosten entgegnet wird, auch im Morbi-RSA, nämlich dass vieles nicht mehr berücksichtigt wird, was in der Regionalität vorhanden ist. Sogar ich als Vertreter von bundesweiten Kassen sage, dass es hier eine Schieflage gibt.

Sie sehen klipp und klar: Das Preisgefüge in Baden-Württemberg ist gut.

Kurz zum „Pfleger-Bahr“: Das ist ein Nischenprodukt. Warum? Ganz einfach: Es wurde gesagt, die Zahl der Abschlüsse sei sehr gering. Wer hat Interesse an den Abschlüssen? Das ist ähnlich wie bei Riester: Einkommensstarke. Das ist das Klientel, das sich eher angesprochen fühlt. Die Musterkalkulationen, die hinterlegt sind, zeigen auf, dass das Risiko, das weiter wächst, mit dem „Pfleger-Bahr“ nicht geschlossen werden kann.

Schauen wir uns einmal kurz an, was Pflegefachkräfte in der Altenpflege verdienen: Der westdeutsche Durchschnitt liegt bei 2 568 €, der ostdeutsche Durchschnitt bei 1 945 €. Wenn wir beim Westen bleiben, dann sehen wir: Baden-Württemberg ist die „number one“.

Das, was eine Altenpflegekraft kostet, erfahren wir aus der Kalkulation, z. B. wie hier aus der „FAZ“ oder aus anderen Blättern, die etwas veröffentlichen. Ich habe nämlich das Problem, dass meinen Verhandlern, die unterwegs sind, in Häusern gesagt wird: „55 000 € ist das Mittel, das wir zahlen. Darauf basiert meine Kalkulation.“ Sie können erkennen: Da ist ein kleines Delta. Ich habe dann wieder das Problem: Woher bekomme ich das, was ich mehr in das System gebe? Ich werde Ihnen nachher klar zeigen, dass wir in Baden-Württemberg mehr in das System geben.

Bezüglich der Bezahlung der Krankenpflegefachkräfte ist Baden-Württemberg nicht „number one“, sondern die Nummer 4 in Deutschland. Sie sehen: Baden-Württemberg zahlt in diesem Bereich durchschnittlich 3 183 €. Ich stelle einmal Hamburg daneben, weil es nicht auf der Folie ist. Dort sind es 3 003 €. Das heißt, in Baden-Württemberg sieht die Welt anders aus.

Jetzt ist die Frage: Wird die Welt mit dem Geld, das zur Verfügung gestellt wird, auch gelebt? Was wird denn zur Verfügung gestellt? Schauen wir uns einmal kurz die personelle Ausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen an. Hier sehen Sie die Personalschlüssel, die mit uns vereinbart werden können, in den Pflegestufen I, II und III. Daran wird deutlich, dass die Heime in Baden-Württemberg anzeigen können, ob sie im Personalsegment in der Pflegestufe II eine Kraft auf 2,3 Pflegebedürftige haben oder ob sie Richtung 2,8 gehen. Was passiert bei 2,8? Sie werden sehen, dass an den Wert von 2,8 im Vergleich niemand hinkommt bzw. dass man dort stehen bleibt.

Die Personalschlüssel, die mit uns vereinbart werden, sind gut. Mein Problem ist erneut: Werden sie gelebt? Das ist die Frage. Da habe ich das Problem, dass ich in einer Blackbox arbeite, auch wenn deutlich gesagt wurde, dies müsse offengelegt werden. Das fordern wir auch. Das steht auch in vielen Veröffentlichungen. Aber es wird nicht praktiziert. An solche Sachen heranzukommen ist fürchterlich.

Die Situation der personellen Ausstattung in Baden-Württemberg zusammengeführt: Aufgrund des Personalschlüssels kommen wir zu dem Ergebnis, dass in den Heimen eine gute Qualität abgeliefert wird. Das heißt, die Qualität passt erst einmal. Man kann natürlich immer noch etwas verbessern. Aber nur zu sagen: „Ich hebe den Personalschlüssel an“, obwohl Baden-Württemberg da schon führend ist, würde bedeuten: Ich kommuniziere ein Delta an nicht vorhandenen Beschäftigten. Ich tausche künstlich etwas auf. Ich glaube, das wäre nicht gut.

Zur Vergeudung von Personalressourcen: Wir haben wirklich ein Problem, dass in vielen Pflegeeinrichtungen mit Teilzeitbeschäftigten gearbeitet wird. Das ist sehr hoch angesiedelt. Wir haben viel im Bereich von 80 %. Aber trotzdem: Wenn wir einen Fachkräftemangel beklagen, stellt sich die Frage, was wir mit der Ressource von 20 % machen. Die vergeuden wir. Sagen Sie mir bitte nicht, dass jeder nur einen 80%-Job wollte. Das ist nämlich nicht so. Man sollte sich um die Situation kümmern: Wie komme ich auf eine Beschäftigungsquote von 100 % und weg von der Teilzeitbeschäftigung?

In Bezug auf den Nachweis hat mir Herr Staatssekretär Laumann aus der Seele gesprochen. Ich habe auf die Folie geschrieben, dass der Einsatz des vorhandenen Personals nachgewiesen werden muss. Zum Soll-/Istverdienst muss ich etwas wissen.

Zum Pflegebedürftigkeitsbegriff: Bitte zügig einführen! Warum? Über dieses Gesetz wird den Bedürfnissen von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mehr Rechnung getragen.

Die Finanzmittel sind die andere Seite. Darüber müssen wir nachdenken. Wir müssen auch darüber nachdenken, wie wir mit den Mehrkosten im Rahmen der finanziellen Ausstattung von 0,2 Prozentpunkten zurechtkommen.

Das Fazit für mich ist, dass wir alle uns Gedanken machen müssen: Was wünscht die Gesellschaft? Was wünscht der Bürger? Der Bürger definiert etwas. Das sollten wir im Sinne der Pflegebedürftigkeit in pflegerische Belange umsetzen. Wir haben gemeinsam noch viel zu entwickeln; denn in Zukunft wird die Zahl der Pflegebedürftigen zunehmen.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen herzlichen Dank, Herr Scheller. – Ich habe jetzt Wortmeldungen von Herrn Kunzmann, Herrn Haußmann und Herrn Reusch-Frey vorliegen. Wir nehmen als Letzte, sozusagen als Frageschlusswort, noch die liebe Kollegin Mielich dazu. – Herr Kunzmann.

**Abg. Thaddäus Kunzmann** CDU: Vielen Dank, Herr Scheller. – Sie haben uns jetzt die Zahlen vorgestellt, was die Vergütung und den Personalschlüssel betrifft. Vor wenigen Wochen ist der „Pflegerreport 2014“ der Barmer GEK vorgestellt worden. Wenn man ihn mit dem vergleicht, was Sie gesagt haben, dann stellt man fest, dass Baden-Württemberg bei den Heimentgelten nicht den Platz 1 einnimmt, wie man vermuten könnte, sondern in Wirklichkeit Platz 4. Nordrhein-Westfalen war auf Platz 1, das Saarland auf Platz 2 und Hamburg auf Platz 3 bei der Pflegestufe III. Bei der Pflegestufe II ist ein bisschen besser; da nehmen wir den Platz 3 ein. Wie bringen Sie diese zwei Aussagen zueinander, die auf den ersten Blick nicht unbedingt auf einer Linie liegen?

**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Vielen Dank, Herr Scheller. – Ich habe eine Nachfrage zu der Folie mit dem Preisvergleich in der häuslichen Krankenpflege. Sie haben ein Beispiel mit der Medikamentengabe genannt. Ist das ein allgemeingültiges Beispiel? Das heißt, könnte man das bei anderen Dingen ähnlich sehen? Das würde mich einfach interessieren. Wir haben hier ein Beispiel von Ihnen, das Sie einmal ausgerechnet haben: Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Wie ist das generell? Ist das ein Thema, das sich wie ein roter Faden durchzieht, oder muss man da tatsächlich noch einmal sehr genau hinschauen?

Der zweite Punkt geht ein bisschen in einen anderen Bereich hinein, hat aber durchaus mit der Entwicklung der heutigen Kosten von Pflegeheimen zu tun, die ja oft stärker steigen als die allgemeinen Kosten, als der Lebenshaltungskostenindex, einmal unabhängig davon, welche Partei in den letzten Jahren in Baden-Württemberg Dinge beschlossen hat. Auch die schwarz-gelbe Koalition hat gesagt: „Uns ist es gesellschaftlich wert, dass wir Einzelzimmer haben.“ Das geht natürlich mit entsprechenden Kosten einher.

Weiterhin nenne ich das WTPG. Man legt Standards fest, die dazu führen, dass die Gespräche zwischen dem Kommunalverband für Jugend und Soziales und den Trägern möglicherweise nicht leichter werden, was wiederum zu einem Druck auf das Personal führt.

Wir beschließen in der Politik Dinge, bekommen dann aber nicht unmittelbar mit, wie sich das auswirkt. Würden Sie sich dafür aussprechen, dass man die Zusammenhänge zwischen politischen Entscheidungen und Kostenauswirkungen transparenter machen sollte?

**Abg. Thomas Reusch-Frey** SPD: Sehr geehrter Herr Scheller, Sie haben von einer Art Blackbox in den Verhandlungen zwischen Ihnen und den Leistungserbringern gesprochen. Was wünschen Sie sich in der Hinsicht, dass mehr Transparenz geschieht? Funktioniert die Selbstverwaltung in diesem Bereich nicht? Haben Sie da Wünsche an die Politik? Das ist mir nicht klar geworden. Wenn Sie dazu noch ein bisschen mehr ausführen würden, was genau Sie meinen.

Das Zweite: Wir Politiker hören natürlich genau hin, wenn von der Vergeudung von Personalressourcen gesprochen wird. Wenn wir mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege sprechen, sagen sie oft: „Wir schaffen es gar nicht, mehr Vollzeitjobs hinzubekommen, weil die Arbeit so belastend ist.“ Die Bezahlung und die Belastung klaffen da auseinander.

Wenn Sie von einer Ressourcenverschwendung sprechen, stimmt einen das schon nachdenklich. Gibt es verschiedene Wahrnehmungsstörungen auf der jeweils anderen Seite?

Zum Dritten: Das Thema Beitragsstabilität ist für uns auf jeden Fall ein sympathisches Thema. Aber wir sehen – außer dem, dass vielleicht bei den Medikamenten noch etwas eingespart oder optimiert werden kann – schon den Bedarf, dass der Pflegeberuf insgesamt – – Dafür darf man nicht nur die Bundesländer vergleichen, sondern man muss auch das Gehaltsniveau, das Verdienstniveau insgesamt in Baden-Württemberg betrachten. Dann konkurrieren wir nicht mit Ostdeutschland, sondern mit der Metallindustrie. Deshalb die Frage: Schaffen wir die Beitragsstabilität und die Gewährleistung der Pflege durch genügend Pflegekräfte?

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Ein guter Schluss zielt alles: Frau Kollegin Mielich.

**Abg. Bärbl Mielich** GRÜNE: Herr Scheller, Sie haben das Thema „Pflegefachkräfte in den stationären Pflegeheimen“ angesprochen. Wir hatten schon heute Vormittag die Diskussion über einen flexiblen Einsatz von Fachkräften in der Pflege, die aber nicht nur Pflegefachkräfte umfassen, sondern deutlich mehr Berufsqualifikationen, die im Sozialministerium schon seit Ewigkeiten definiert sind. Wäre das ein Punkt, den Sie unterstützen könnten oder bei dem Sie sagen würden: „Ja, es geht in die richtige Richtung, wenn die entsprechenden Pflegeheime die Möglichkeit haben, ihren Personalmix so zu definieren und das Personal so einzusetzen, wie die Bewohnerzusammensetzung dies notwendig macht“? Das ist das eine.

Das Zweite, das ich fragen möchte, ist Folgendes: Wir haben heute von Frau Wieteck zum Thema „Eigener Personalschlüssel, Definition in der Akutversorgung“ gehört, dass es das Konzept und die Idee der NRGs gibt, sozusagen eine eigene Personalkostenbemessung innerhalb der Kostendefinition der Akutversorgung. Da würde mich interessieren, ob das für Sie ein Punkt ist, bei dem Sie als Kostenträger durchaus offen sind, in die Verhandlungen einzutreten.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank an Frau Mielich und an die Kollegen für die Fragen. – Herr Scheller.

**Sv. Herr Scheller:** Vielen Dank. – Herr Kunzmann, Sie hatten die Frage zum Pflegereport und zu den Aussagen zum Preis gestellt. Das ist kompatibel. Der Preis zeigt klipp und klar auf, dass wir in Baden-Württemberg das bewertet haben und dass das immer in die Preissituation eingeflossen ist, was den Heimen usw. vorgelegt worden ist.

Ich möchte das anhand der Situation, die angesprochen worden ist, noch einmal verdeutlichen, nämlich über den Punkt: Stufe II, Stufe III, Stufe I. Hierzu muss man sagen, dass wir genau geprüft haben: Wie liegen wir in den Personalmixen, und wie sieht die Situation aus?

Bei dem Personalmix liegen wir bei der Bezahlung in den Pflegestufen im Durchschnitt ganz oben. Das ist also kein willkürliches Herausgreifen der Pflegestufe II bei mir im Preisvergleich, sondern das könnte man auch in den anderen Bereichen weiterziehen, immer im Verhältnis zum Personalmix, was die Einrichtung bei uns hinterlegt hat. Das kann man nachvollziehen. Denn es wäre völlig falsch, wenn ich Sie darüber informiere: „Die Pflegestufe II, das ist es. Wir sind top“, und nächste Woche kommen Sie und sagen: Na ja, da hast du mich gelemmt. Nein, so machen wir es nicht.

Herr Haußmann, Sie hatten zu der Medikamentengabe gefragt, ob das – ich sage es jetzt übertrieben – isoliert herausgezogen worden ist. Man kann das, und wir haben das auch in anderen Bereichen gemacht. Man muss da einen sehr starken Umrechnungsprozess machen; denn man muss verschiedene Faktoren ansetzen, um die Vergleichbarkeit herzustellen. Erst wenn man die hat, kann man den Preis tatsächlich darstellen.

Wir sind nicht nur in der Medikamentengabe Spitze, sondern wir sind auch in den anderen Bereichen ganz vorn. Dazu kann man gern noch etwas nachliefern; keine Frage. Das war nur ein Punkt, der aufgrund der Zeit ganz schnell lieferbar war. Bei den anderen Berechnungen sind wir gerade im Abschluss der verschiedenen Module, die es dazu gibt.

Sie hatten die Situation im Hinblick auf Einzelzimmer angesprochen. Durch die Veränderung der Gesellschaft haben wir auch verschiedene Standards. Es hat einmal den Standard Zweibettzimmer und dann wieder den Standard Einbettzimmer gegeben. In der Regel war damit auch eine Investitionskostenförderung hinterlegt. Durch die Verän-



derung haben verschiedene Heime jetzt Probleme, dass sie einen Standard haben, der nicht mehr herkömmlich ist.

Es passierte eines – das hatten wir einmal –: Da man Heime gern im Kiez haben wollte, sage ich jetzt einfach, also vor Ort, wurden speziell Heime mit 28 Plätzen gefördert. Aber dann hat der Träger das Problem, dass er entsprechendes Personal vorhalten müsste, was aber nicht funktioniert. Wenn man 28 Plätze in der Nachtvorsorge hat und noch das Problem dazukommt, dass man zwei Stockwerke hat, dann funktioniert vieles nicht mehr. Sie haben dann Personal, das Sie vorhalten müssten, aber nicht auslasten.

Das sind die bestehenden Probleme. Diese werden wir auch weiterhin haben, weil der Wandel in der Gesellschaft weitergeht. Nicht jede Norm, die wir heute festlegen, macht in zehn Jahren noch Sinn. Manchmal macht etwas auch schon in fünf Jahren keinen Sinn mehr. Manchmal kehren wir auch wieder in die Vergangenheit zurück. Wir haben aus den Verhandlungen gesehen, dass nicht jede Änderung günstig war, auch nicht für die Betreiber, für die Leistungsträger.

Herr Reusch-Frey, Sie hatten die Blackbox angesprochen, wie ich dies genannt hatte. Die Blackbox ist für mich, dass ich immer gesagt bekomme: „Wir zahlen Tarif.“ Wenn ich dann aber frage: „Unterschreibst du mir das?“, dann bekomme ich die Unterschrift nicht.

Jetzt habe ich das nächste Problem, und das möchte ich dann wirklich gelöst haben: Ich hätte gern den Sollansatz des Personals in dem Haus, den Istansatz des Personals in dem Haus und gleichzeitig auch etwas zum Verdienst. Ich habe Ihnen die Berechnung offengelegt, was man im Durchschnitt verdient und was die Forderung ist, die wir immer hören. Da haben wir oft eine Diskrepanz von mehr als 10 000 € pro Person auf das Jahr gerechnet. Da brauche ich eine Offenlegung. Ansonsten ist das diese Blackbox. Die Blackbox bezieht sich nur auf Soll-, Istpersonal und Verdienst.

Sie hatten gefragt, ob die Arbeit noch zu bewältigen ist. Das ist nämlich das, was man immer wieder hört. Wir wissen, dass die Arbeit am Menschen anspruchsvoll ist; das ist keine Frage. In einer Folie war der Gedanke enthalten, dass es zu platt wäre, einfach zu sagen: „Noch einmal hoch mit dem Personalschlüssel“, obwohl wir in Baden-Württemberg bereits hervorragende Personalschlüssel haben.

Ich könnte mir vorstellen, dass man bei der Pflegefachkraft vielleicht noch etwas „add on“ nimmt, aber nur wenn wir den Qualitätsgedanken weiterverfolgen. Ich wünsche mir auch – das nicht nur als Wunschliste, sondern das muss umgesetzt werden –, dass dadurch in der Einrichtung eine Qualitätssteigerung erfolgt, dass dadurch die Anleitung noch besser wird und dass dadurch vieles, was im Argen liegt, abgestellt werden kann. Dazu könnte ich Ihnen Dokumentationen aufzeigen, die im Argen liegen.

Ganz klar ist auch noch: Die Stabilität im Beitragssatz, die Sie angesprochen haben, sehe auch ich. Man muss den Gedanken der Bevölkerung, der Gesellschaft verfolgen. Wir erleben, dass im Segment der Pflegeversicherung der Beitragssatz heute – ich kann ihn nur für heute beschreiben – nicht das allein Maßgebende ist. Vielmehr wäre die Bevölkerung bereit, bei Leistung, bei Qualität und dann beim Hinterlegen etwas mehr zu zahlen. Das ist völlig konträr zu allen anderen Bereichen, die wir kennen. Das ist eine klare Aussage. Dies nehmen wir so wahr.

Ich habe bereits am Anfang gesagt, dass wir mit dem Beitragssatz auf lange Zeit finanziell komplett zurechtkommen.

Frau Mielich, Sie hatten vom flexiblen Einsatz gesprochen, von der Situation: Wie kann man das Ganze flexibel regeln? Wie kann man verschiedenes Personal hinterlegen? Da sprechen Sie mir aus der Seele. Wir sind schon immer für einen sektorenübergreifenden Einsatz. Wir alle, die wir hier sind, benutzen den Ausdruck „sektorengreifend“ fast täglich. Aber schaffen wir es in der Umsetzung? Schwachstelle. Das heißt, wir sind dabei, und wir begleiten es gerne, wenn dieser Ansatz gelebt wird. Denn es muss in dem Fall auch in der Pflegestation sektorenübergreifend gearbeitet werden. Es müssen – wie dargestellt – die Heilmittelerbringer eingebunden werden. Für eine solche Situation wäre der Punkt richtig, den ich genannt habe: Dann ist auch die Pflegefachkraft einzubinden, damit wir die Qualität für den Menschen verbessern. Dann sind wir dabei. Sektorenübergreifender Einsatz: ja.

Was war noch?

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Die NRGs, die Frau Dr. Wieteck angesprochen hat! Die Personalkosten, die in der Akutversorgung separat ausgewiesen werden!)

– Da muss ich zum jetzigen Zeitpunkt passen. Denn da würde ich jetzt eine Sprechblase entwickeln; das macht keinen Sinn.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Das war eine klare Aussage, Herr Scheller. – Gibt es noch weitere Fragen an Herrn Scheller oder an einen der anderen Referenten in der abschließenden Fragerunde? – Herr Kunzmann.

**Abg. Thaddäus Kunzmann** CDU: Nicht an Herrn Scheller. – Ich möchte einfach die Gelegenheit nutzen, wenn wir schon Entscheidungsträger vom Bund hier haben. Es sind zwei Themen angesprochen worden, zum einen der Ausgleich der Sozialversicherung und der privaten Krankenversicherung. Herr Staatssekretär Laumann, vielleicht könnten Sie noch ein paar Sätze darüber verlieren, wie sich das aus Ihrer Sicht verhält. Zum anderen ist durch zwei Fragesteller das Thema „Bürgerversicherung als Vollversicherung“ angesprochen worden. Vielleicht können Sie zu diesen zwei Punkten noch einige Ausführungen aus Ihrer Sicht machen.

Vielen Dank.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Gibt es ansonsten noch weitere Fragen an einen oder mehrere Referenten? – Das ist nicht der Fall. Dann kommen wir zur Beantwortung, Herr Staatssekretär.

**Sv. Herr Laumann:** Ich habe schon bei meinen ersten Ausführungen gesagt: Nach all dem, was ich weiß, gibt es keine rechtliche Grundlage, das Geld der privaten Pflegeversicherung in die gesetzliche Pflegeversicherung zu bringen. Es mag immer Gutachten geben, die anders lauten. Aber mein Wissensstand ist: Dies wird rechtlich nicht funktionieren.

Dann stellt sich immer die Frage: Hält man das politisch für sinnvoll? In Deutschland haben nur 10 % der Menschen eine Vollversicherung in der privaten Krankenkasse. Alles andere ist Beihilfe. Die Beihilfe ist steuerfinanziert. Was da die Sozialversicherung stabilisieren kann, erschließt sich mir auf den ersten Blick nicht; denn pflegebedingte Kosten in der Beihilfe werden steuerfinanziert, nicht sozialversicherungsfinanziert.

Ich möchte die Frage nach der Vollversicherung so beantworten: Ich bin 1972 in die Lehre – ich habe damals Schlosser gelernt – und 1990 in den Deutschen Bundestag gekommen. 1990 habe ich meine erste Rede im Deutschen Bundestag zu dem Thema gehalten, dass auch die Arbeitnehmer eine Wahlfreiheit bei den Krankenkassen haben. Ich habe es in meinem Berufsleben noch 15 Jahre erlebt, dass ich mir als Arbeiter, wie es damals hieß, meine Krankenkasse nicht herausuchen durfte, sondern ich musste in der Krankenkasse sein, in der meine Firma war. Wenn es ein Industriebetrieb war, waren Sie bei der AOK. Wenn es ein Handwerksbetrieb war, waren Sie bei der IKK oder bei ganz großen Betrieben bei der BKK.

Meine Damen und Herren, ich habe nicht vergessen, wie sich damals Krankenkassen uns gegenüber benommen haben, als wir noch keine Wahlfreiheit hatten. Deswegen finde ich es gut, dass ich nun unter den vielen gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland eine aussuchen kann.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Herr Staatssekretär. – Ich darf mich bei allen vier Referenten noch einmal sehr herzlich für Ihr Kommen, für Ihre Statements und auch dafür bedanken, dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben.

Ich darf mich bei allen bedanken, die an der Vorbereitung und Durchführung der Anhörung des heutigen Tages, heute Vormittag und heute Nachmittag, mitgewirkt haben, insbesondere auch bei den Mitarbeitern der Landtagsverwaltung.

Ich rufe für 16:21 Uhr die nicht öffentliche Sitzung der Enquetekommission im Königin-Olga-Bau, Raum 433, ein. Ich werde pünktlich beginnen, egal, wie viele Mitglieder da sind.

Ich darf die Sitzung schließen.

(Beifall – Schluss des öffentlichen Teils: 16:10 Uhr)

– folgt nicht öffentlicher Teil –

(gesondertes Protokoll)



**EinSTEP**

Einführung des Strukturmodells  
zur Entbürokratisierung der  
Pflegedokumentation

**Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung**

Elisabeth Beikirch Projektbüro Ein-STEP c/o IGES GmbH Berlin

Öffentliche Anhörung der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationsgerecht gestalten, 24. April 2015

Ein Projekt von



Der Beauftragte der Bundesregierung  
für die Belange der Patientinnen und Patienten  
sowie Bevollmächtigter für Pflege

## Gliederung



1. Dokumentation und Entbürokratisierung
2. Schlanke Pflegedokumentation in der Langzeitpflege
3. Zukunftsfähige und qualitätsgesicherte Gestaltung einer Pflegedokumentation und rechtliche Einordnung
4. Ziele der Implementierungsstrategie 2015, Chancen und Benefit für den pflegerischen Alltag

# 1. Dokumentation und Entbürokratisierung

## Die sechs Handlungsfelder zur Entbürokratisierung in der Pflege (Ombudsfrau 2012)

- 1. Pflegedokumentation im Zusammenhang mit externer Qualitätssicherung gemäß SGB XI und landesrechtlicher Regelungen (Heimaufsicht)**
- 2. Parallele Prüfverfahren vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen/ Prüfdienst der PKV und den Heimaufsichten**
3. Verordnungs-, Bewilligungs- und Abrechnungsverfahren in der Häuslichen Krankenpflege
4. Vertragsgestaltung und Verfahren im Kontext Hilfsmittel gemäß SGB V
- 5. Aufwand durch weitere ordnungsrechtliche Prüfinstanzen in den Ländern**
6. Schnittstellenproblematik zu Leistungen aus den Sozialgesetzbüchern SGB V, SGB XI und SGB XII

Ergebnisse aus dem Bericht	Eingaben aus der Praxis
<p><b>2,7 Mrd. Euro</b> jährliche <b>Kosten</b> für die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste</p> <p><b>ca. 13 % der Arbeitszeit der PFK</b> pro Schicht (ambulant/stationär)</p>	<p>Aufwand für (Pflege) Dokumentation liegt bei <b>20-30% der täglichen Arbeitszeit*</b></p> <p><small>*Bezugsgrößen sehr unterschiedlich, keine validen Daten</small></p>
<p>1,9 Mrd. für ‚<b>Ausfüllen von Leistungsnachweisen</b>‘ (70,4% stationär, 28,7% ambulant*, 0,9% Tagespflege)</p> <p><small>* Nur Häusliche Pflege mit Inanspruchnahme von Pflegediensten, auch Empfänger von Kombinationsleistungen</small></p>	<p><b>Stationär:</b> Einzelleistungsnachweise bei Pauschalvergütung sinnvoll?</p> <p><b>Ambulant:</b> Einzelleistungsnachweise obligat für Abrechnung</p>

## Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

„**Reset**“ Pflegedokumentation steht für einen Paradigmenwechsel in der Pflegedokumentationsstruktur, der **ohne Schulung und Übung nicht umsetzbar ist.**

- Aufhebung des Eindrucks, für Prüfinstanzen zu dokumentieren
- Beendigung der Situation einer „angstgetriebenen“ Pflegedokumentation
- Vermittlung von Rationalität im Umgang mit der Risikoeinschätzung
- Stärkung der fachlichen Kompetenz von Pflegefachkräften (Rückbesinnung)
- Rückgewinnung des Stellenwertes der Pflegedokumentation für den beruflichen Alltag („Reset“)

## 2. Schlanke Pflegedokumentation in der Langzeitpflege

### Entstehungsgeschichte

#### Historie

- Überbordendes Ausmaß der Pflegedokumentation
- Auftrag BMG Juli 2012- Juni 2013 Erarbeitung Lösungsvorschlag
- Julie 2013: Vorschlag der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung für ein Strukturmodell zur Pflegedokumentation in der Langzeitpflege
- Entwicklung in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus der Praxis, der Pflegewissenschaft; Hinzuziehung juristischer Expertise

#### Praxistest „Praktische Anwendung des Strukturmodells“

- September 2013 – Februar 2014
- Gemeinsame Erklärung der Vertragspartner nach § 113 SGB XI (04.07.2014) zur bundesweiten Implementierungsstrategie (IMPS)

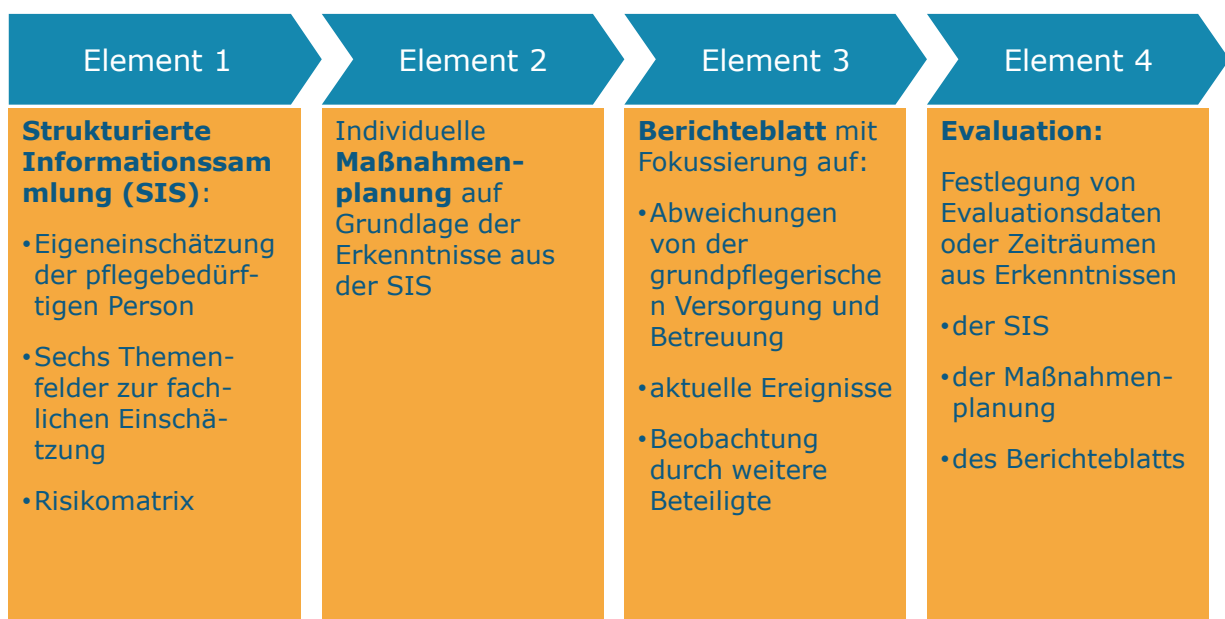
#### Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung

- Initiative des Pflegebevollmächtigten
- Einrichtung Projektbüro zur Koordination und Steuerung des IMPS



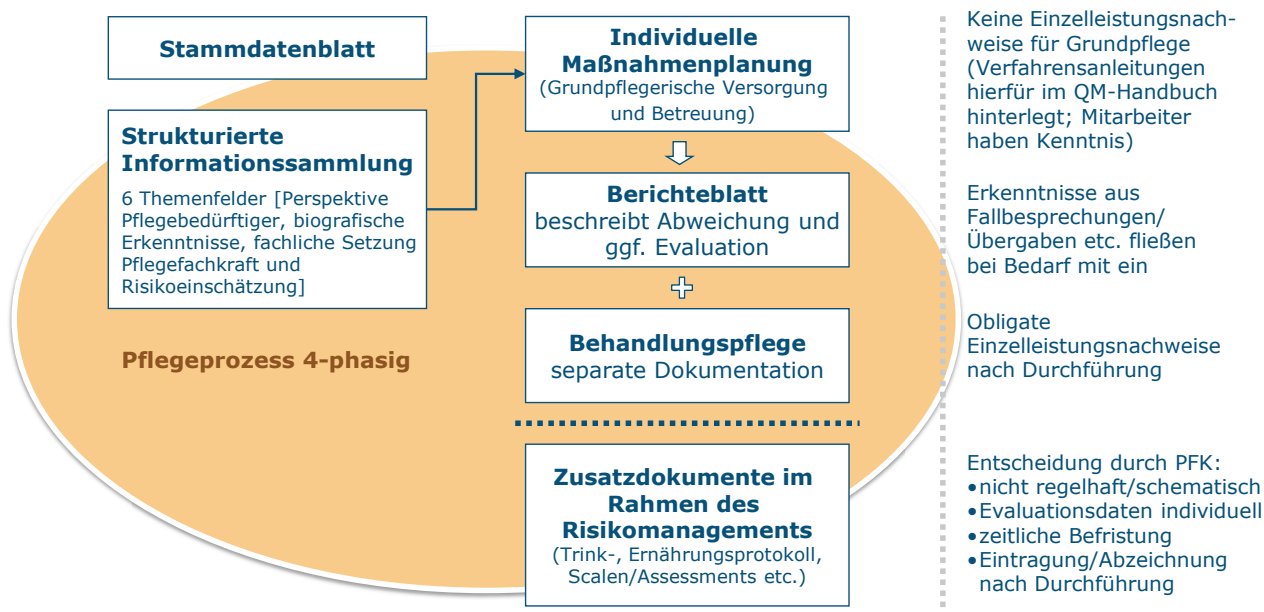
- Fachliche Verständigung zu einer **wissenschaftsbasierten Grundstruktur** unter Einordnung juristischer Aspekte (Strukturmodell)
- **Keine Musterdokumentation** aber Verständigung auf Grundprinzipien einer Pflegedokumentation (Vier Elemente)
- Rückgewinnung **zeitlicher Ressourcen** für die direkte Pflege
- Herstellung von **Anschlussfähigkeit** zu anderen Verfahren (Neues Begutachtungsassessment/Ergebnisqualität)

## Pflegedokumentation entlang des Strukturmodells basierend auf vier Elementen



- Die pflegebedürftige Person nimmt im Strukturmodell bewusst eine **aktive Rolle** wahr (Selbstbestimmung, Individualität, Lebensqualität SGB XI), soweit es ihr aufgrund kognitiver oder körperlicher Einschränkungen möglich ist.
- Bisherige Dokumentationspraxis:
  - (Eigen)Wahrnehmung der Klienten ist oft in der Vielfalt sonstiger interner und externer Anforderungen untergegangen
  - Überblick ging verloren, zu wenig Orientierung für individuelle Prozesssteuerung
- Dokumentation nach dem Strukturmodell:
  - Sichtweise der Pflegebedürftigen wird übersichtlich abgebildet
  - Verständigung über den Pflegeprozess wird stimuliert

## Grundstruktur zur Neuausrichtung der Pflegedokumentation



### 3. Zukunftsfähige und qualitätsgesicherte Gestaltung einer Pflegedokumentation und rechtliche Einordnung

#### „Step by Step“ - Konzertierte Aktion im Rahmen der Implementierungsstrategie

- Es geht nicht nur um ‚weniger‘ in der neuen Dokumentationspraxis, sondern um **effektiver und effizienter**.
- Es geht um eine **zukunftsfähige Gestaltung** der Pflegedokumentation und die Herstellung von **Anschlussfähigkeit** an das Konzept **des neuen Begutachtungsinstruments** (NBA).
- Es geht um eine **Weiterentwicklung** der Pflegedokumentation, die **fachlichen Kriterien** stand hält, gleichzeitig **zeitschonend** ist und mit der sich die **Pflegenden** wieder **identifizieren**.

- **In den Maßstäben und Grundsätzen (MuG)** sind
  - „Anforderungen zu regeln an 1. eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinaus gehen dürfen.“ (§113 Abs. 1 SGB XI)
- **Durchführung der Qualitätsprüfungen:**
  - „Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten (...) sowie der Pflegebedürftigen (...) angemessen zu berücksichtigen.“ (§ 114a Abs.3 SGB XI)
- **Pressemitteilung der Vertragspartner nach § 113 SGB XI (04.07.2014 Beschlussfassung):**
  - Die Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells, ist mit den derzeit geltenden Maßstäben und Grundsätzen sowie der QPR vereinbar.

## Rechtliche Einordnung zum Strukturmodell und Pflegedokumentation

Die Quintessenz der juristischen Beratung wurde 2014 in der sogenannten „**Kasseler Erklärung**“ formuliert. Sie schafft Klarheit zu haftungs- und sozialrechtlichen Aspekten für die Pflegedokumentation bei der Umsetzung des Strukturmodells.

Mit den Empfehlungen bestätigen die juristischen Experten **erneut** den eigentlichen **Zweck der Pflegedokumentation:**

- Erfüllung von fachlichen Anforderungen,
- Instrument zur Kommunikation und Steuerung
- Dokument für interne und externe Anforderungen zur Qualitätsdarlegung

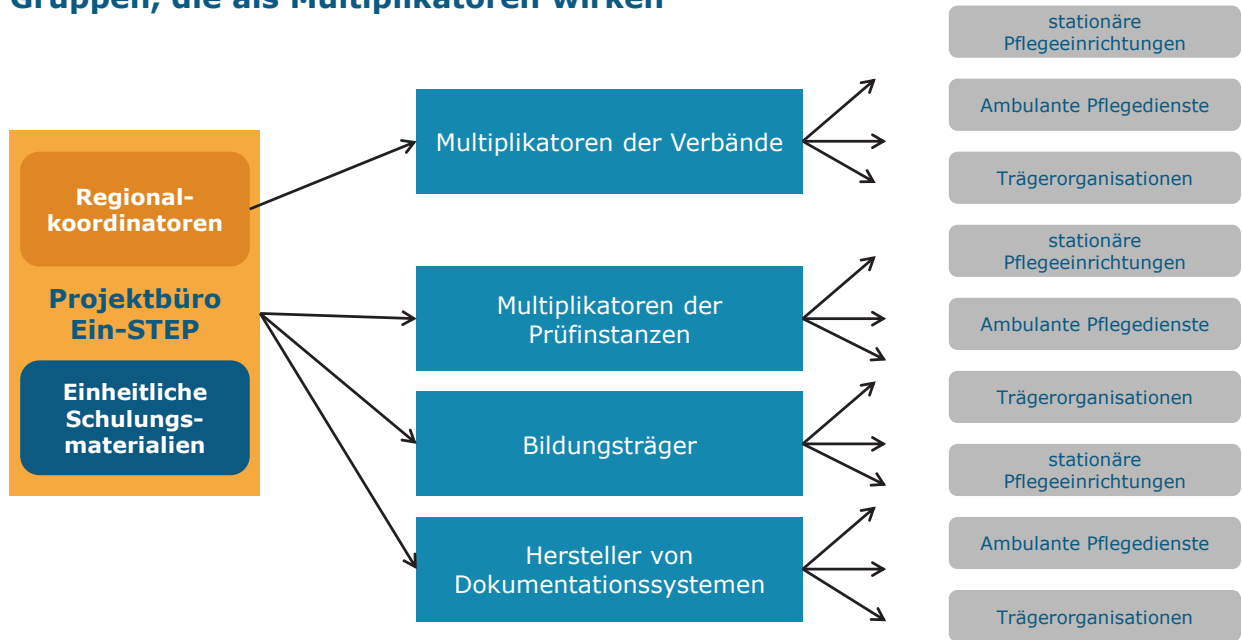
## 4. Ziele der Implementierungsstrategie 2015, Chancen und Benefit für den pflegerischen Alltag

### „Step by Step“ - Konzertierte Aktion im Rahmen der Implementierungsstrategie

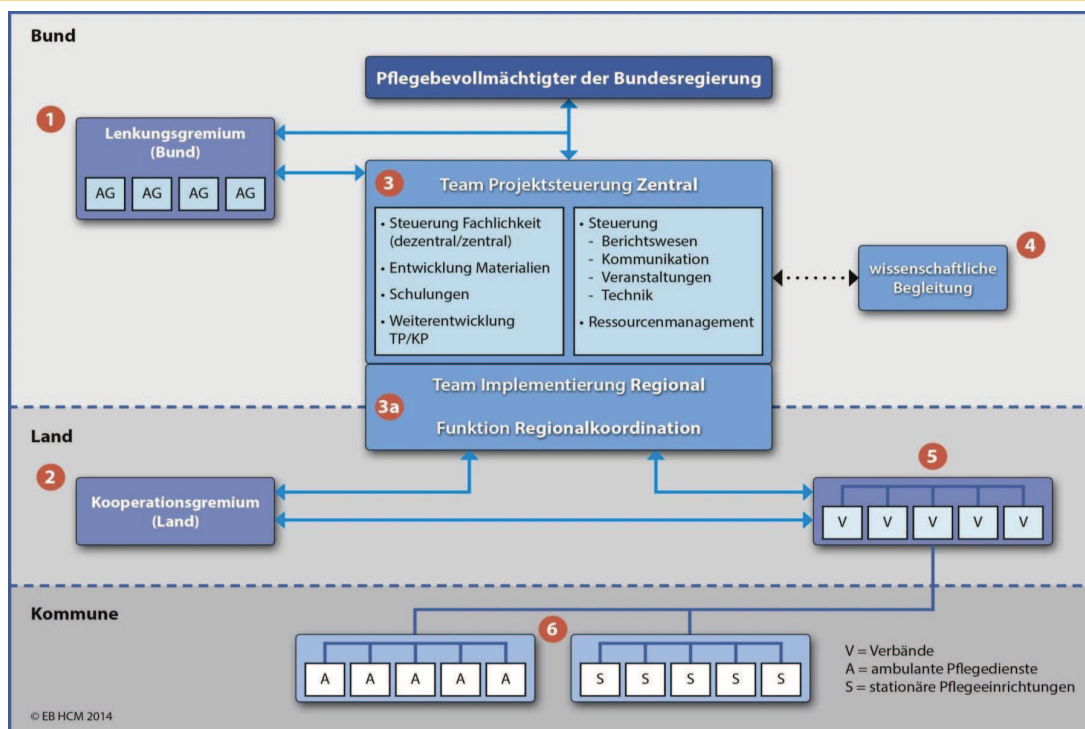
- Die Umsetzung einer (interdisziplinär) fachlich ausgestalteten Neuausrichtung der Pflegedokumentation erfordert ein **Umdenken bei allen zentralen Akteuren** (Paradigmenwechsel).
- Notwendige **strategische Partnerschaften**:
  - Zusammenarbeit mit den **Prüfinstanzen** (Medizinischen Dienste, Heimaufsichten, Pflegedienst der Privaten) und Kostenträgern (Aufbau Vertrauenskultur)
  - Dialog mit den Anbietern der **Dokumentationsbranche**

# Implementierungsstrategie 2015

## Aufbau von Expertise in der Fläche durch Schulung der relevanten Gruppen, die als Multiplikatoren wirken



# Implementierungsstrategie – Organisations- und Kommunikationsstruktur





## Benefit für Pflegeeinrichtungen

---

Die Erprobung des Strukturmodells hat gezeigt, dass die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu wichtigen **betrieblichen Zielen** einen Beitrag leisten kann:

- **Entlastung** und **Motivation** der Mitarbeiter durch die Umstellung auf eine schlanke Pflegedokumentation, die fachlichen Kriterien stand hält und gleichzeitig **übersichtlich, praxistauglich** und **zeitschonend** ist.
- **Mehr Zeit für die direkte Pflege** und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.
- Beitrag zur betrieblichen **Gesundheitsförderung**:
  - die Pflegedokumentation stellt **keinen zusätzlichen Belastungsfaktor** im beruflichen Alltag mehr dar und
  - die **fachliche Kompetenz** der Pflegefachkräfte wird **gestärkt**.





Anhörung der Enquetekommission „Pflege“  
24.4.2015, Landtag Stuttgart

## Thesen zu Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015

1

## Agenda

1. Qualität??? Inhaltliche Kernelemente
2. Bürokratisierung
3. Q- Kontrolle: Beispiel Pflegedokumentation (PTV)
4. Elemente einer Lösungsstrategie

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015

2

# 1. Qualität???: Kernelemente

multidimensional, unterschiedliche Stakeholder, Perspektivabgleich

Bedeutung für Individual- + Populationsebene, valide + reliabel messbar

- **Gesundheit + Lebensweltbezüge** (z.B. Ausgangspunkt: Gewohnheiten + Kompetenzen: Alltag, Krankheit, Biographie, Selbstmanagement, Koordination von Hilfen: NBA erfasst ähnliches)
- **Präventions-, Verlaufsperspektive**
- **Dienstleistung: Struktur-, Prozess-, Ergebnisebene**

## **Voraussetzung: Überwindung des aktuellen Theoriemangels**

Fachlich relevanter, konsentierter, theoriegeleiteter Bezugsrahmen

- **Systematischer Zusammenhang: Ziel - Maßnahme - Wirkung**

## **Konzentration auf Indikatoren zur Ergebnisqualität ?**

Attraktivität: Theoriedefizit → Legitimationsproblem von Inhalten (alte PTV)



Annahme: Ergebnisebene ist zentral aber unterrepräsentiert



- Ausweg = „Ergebnisindikatoren“ ??? messen, was messbar ist
- geben graduell (%) Erfüllungsgrad eines Kriteriums für **Aggregat** an
- Wertentscheidung nötig: ab wann Q?
- Dienstleistungsprozess und individuelle Situation außer Acht
  
- Indikatoren möglich für Struktur-/ Prozess-/ Ergebnisebene



**Einsatz von (Ergebnis-) Indikatoren = abhängig von Erkenntnisinteresse zur Versorgungsqualität!**

## 2. Bürokratisierung

- Nicht per se schlecht: Schutz vor Willkürherrschaft
- Problem: Verselbständigung von Zielen, fachliche Definitionsmacht fehlt
- Aktuell: oft verstanden als fachentfremdete Kontrolle
- „Kontroll-Idee“ ersetzt fehlende Debatte um inhaltliche Ziele, sinnhafte Zweck-Mittel-Relationen



### **Probleme**

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015

5

## 3. Q- Kontrolle: Beispiel Pflegedokumentation (PTV)

**PD muss widersprüchliche Ziele + Handlungslogiken koppeln:  
formale Nachweisziele dominieren pflegefachliche und -praktische Ziele**

- Einführung der PD meist unter Modernisierungszwang – ohne „matching“ und „restructuring“ (Rogers)
- „Kolonialisierung“ der Pflege, mißverständene „Professionalisierung“ (z.B. Mythos: „was nicht dokumentiert ist, wurde nicht erbracht“)
- ökonomisch vorstrukturierte Logiken zentral
- pflegefachlicher Druck auf Form, Inhalte der PD-Praxis gering: professionelle Unsicherheit!
- Ethos / Sinn und Erfolge der Arbeit finden keine Abbildung: analytische Zergliederung, kaum Synthese und Alltagsbezug, keine Verläufe
- Akzeptanzprobleme der Praxis mit dysfunktionalen Effekten verschobener Relevanzen (Ausfüllpraxis im Team / Doppler und Lücken bei Prüfungen, lästige Arbeit..., etc.)

Höhmann, Stuttgart 24.4.2015

6

- PD = formale Legitimation, schlechte Aufwand-Nutzen Relation
- PD und realer Arbeitsprozess klaffen systematisch auseinander
- fragmentierter und selektierender Charakter der PD-Vorgaben prägen rückwärtig Pflegepraxis und Pflegeinhalte



### **PD erzeugt Paradoxie:**

- „Bemühen“ der Pflege um Legitimitätssicherung in der „rationalen Erwartungssphäre“ misslingt mit aktueller PD
- Inhalte der PD unterminieren gleichzeitig die Legitimation der Pflegearbeit in der fachlichen „Wertsphäre“



Notwendig: konzeptionelles Entkoppeln der Anforderungen!  
Zweckbestimmung klären!

## **Ausgewählte Prinzipien zur Q- Kontrolle**

### **Voraussetzung: Inhaltlicher Konsens**

Validität, Reliabilität, Transparenz des Vorgehens (gesellschaftliche / politische Öffentlichkeit, Nutzer, geprüfte Einrichtungen, Prüfer, Kostenträger...)

Akzeptanz der Kontrolle bei allen Stakeholdern... **WER kontrolliert WAS???**

### **Umsetzung:**

- Q- Kontrolle „schlank“, kein Selbstzweck
- QM als systematisches Lernen aus Rückkopplungsschleifen (soziale Innovation)
- Fehlerreduktion bei Phänomenidentifikation, Erhebung, Auswertung  
**(Gegenstand: Struktur-, Dienstleistungsprozess-, Ergebnisqualität)**
- mixed methods mit explizitem Bezug zu Theorie / Erkenntnisinteresse

# Veröffentlichung von Prüfergebnissen

- Funktion oft idealisiert (Harrington 2003): „Transparenz ist gut“ ??
- (veröffentlichte) Daten: oft Gütemängel, Fehler, „quasi Objektivität“
- Frage klären: welche Information / für wen / wozu / von wem?
- Forschungslücke: zur Nutzen / Bedeutung der Information  
(Nachfrageverhalten der Verbraucher? Leistung der Träger: Optimierung vs. Mediokrisierung?)  
(Bedeutung externer Rahmenbedingungen / Anreizsysteme? Berichtsfehler? z.B. Noten / Ampeln: Bedeutung der Aggregationen und Korrelation der Bereiche?)
- Nutzer unter Druck: unsicher, kaum Maßstab
- Auswahl von Humandienstleistungen: selten rationale Kriterien
- rationale Entscheidungen schwer, wenn (zuviele) Kriterien unbekannter Bedeutung: Paradoxe Sicherheiten



- „Transparenz“ nichts „Allumfassendes“,
- Spezifizieren: inhaltliche Teilbereiche, Zielgruppen + Zwecke
- bei differenzierten Humandienstleistungen: Verzicht auf Summenaussagen
- Deskription zentraler Einzelleistungen, nutzungsrelevante Bewertung
- für Nutzer anregen: persönliches Urteil / Anschauung: Besuch von Einrichtungen, Gespräche, etc.

Höhmnn, Stuttgart 24.4. 2015

9

## 4. Elemente einer Lösungsstrategie

Entwicklung einer **langfristigen Gesamtstrategie!!!**

gegen **langfristige Versäumnisse**

### **1. Qualifikation: Akademisierung der Pflege**

Differenzierung von Qualifikationsniveaus bei Durchlässigkeit  
Aufgabenfestschreibung für Qualifikationsniveaus

### **2. Differenzierte Ressourcenaufstockung:**

nicht mehr vom selben! (Kompetenzentwicklung der Führung, Umstrukturierung von Organisationen, Anreizsystemen, Innovationsunterstützung)

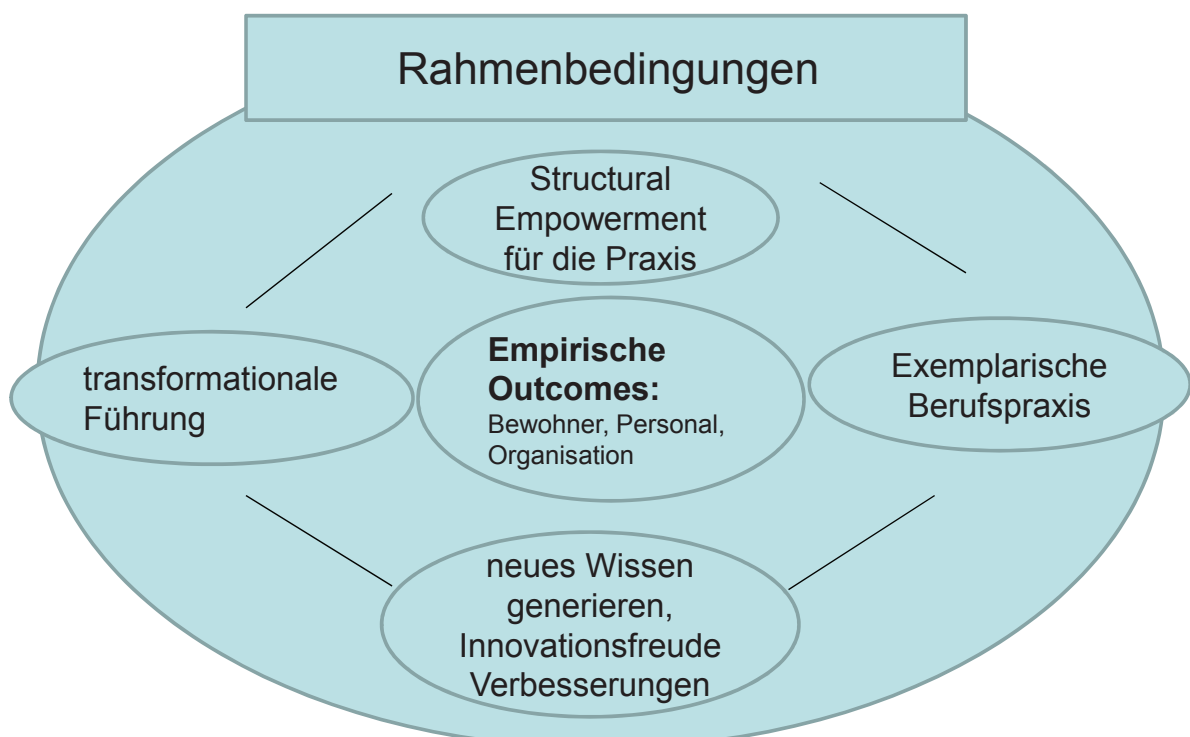
### **3. Rückgewinnen: gesellschaftliches Klima des Vertrauens**

### **4. Ideengeber: Prinzipien von „Spitzenunternehmen“**

## 8 zentrale Merkmale von Spitzenunternehmen

1. Aktive, innovationsfreudige Arbeitskultur
2. Nähe zum Kunden: Prozesse im Bewußtsein der ratio essendi
3. Selbstständigkeit und Verantwortung aller Mitarbeitenden
4. Leitidee: Produktivität wird durch Menschen erzeugt
5. Sichtbar gelebtes Wertsystem, konkret und exemplarsich
6. Konzentration auf das was man kann
7. Einfacher, flexibler Aufbau, Rssourcensicherung für Mitarbeitende
8. Straff-lockere Führung

## Systematisierung: Magnet Model (Magnet Hospitals, ANCC 2010)



## 14 Kräfte des Magnetismus

1. Qualität der pflegerischen Führung systematisch fördern
2. Flache, effiziente Organisationsstrukturen, Ressourcensicherung
3. Management Stil: fach- und wertorientiert, kreativitätsfördernd
4. Personalentwicklung: Strategien und Programme
5. Explizite Professionelle Pflegestrategien
6. Qualität der Pflegepraxis
7. Aktive inhaltliche Qualitätsentwicklung
8. Offenheit, Beratung, Neugierde, intensive Kommunikation, Lernen
9. Autonomie und Verantwortung in der Arbeit
10. Einrichtung als eingebettet in Kommune erleben
11. Pflegende: Rollenvielfalt, bes. Anleitende (Kollegen, Bewohner, Angehörige)
12. Positives Bild der Pflege in die Öffentlichkeit tragen
13. Interdisziplinäre Beziehungen aufbauen und pflegen
14. Berufliche Entwicklungen der Mitarbeitenden fördern





# Enquetekommission Pflege Landtag von Baden-Württemberg

## Anhörung 24. April 2015

„Bürokratisierung, Dokumentation, Qualitätssicherung“

10.00 bis 12.45 Uhr

Michael Wipp

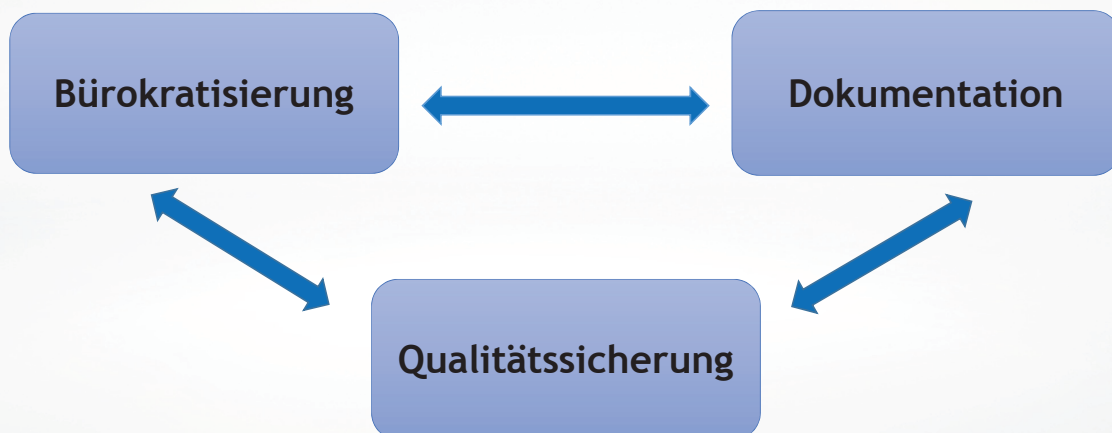
Mitglied im Landesvorstand des bpa;

Geschäftsführer Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft f. Senioren mbH

### Enquetekommission Pflege

Landtag von Baden-Württemberg, Anhörung 24. April 2015

Bürokratisierung, Dokumentation, Qualitätssicherung



## Eingangsinformationen

Im Vergleich  
Administration ↔ direkte Bewohnerpflegezeit  
besteht keine Verhältnismäßigkeit mehr!

Vor dem Hintergrund eines gleichbleibenden Zeitkontingents ist die  
Administration völlig aus dem Ruder gelaufen.

Anteil Administration 25 - 30 Prozent der Arbeitszeit +  
20 Prozent für Urlaub, Krankheit und Fortbildung

Verbleiben ca. 50 Prozent für den Pflegebedürftigen direkt

---

## Bürokratie - zwei Beispiele

### Erstes Beispiel

Heimbegehungen der Heimaufsichtsbehörden und  
Qualitätsprüfungen durch den MDK

---

## Heimbegehungen und Qualitätsprüfungen

68 bis 90 Prozent identische Prüfinhalte

(Klie u. Wipp; Parität/Erhebungen; Pflegewissenschaftliche Analyse von Begehungsberichten der unteren Heimaufsichtsbehörden in Baden-Württemberg; Hochschule Esslingen)

4.000 € bis 8.000 € Kosten pro Prüfung\*

65.000.000 € Jährliche Kosten bundesweit\*

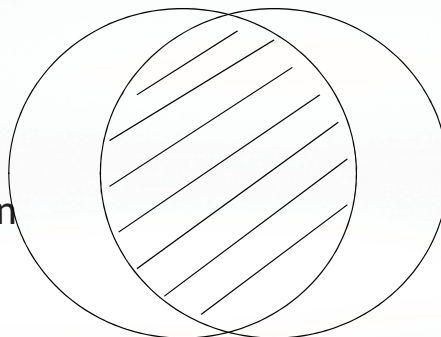
Beiden Institutionen - Heimaufsichtsbehörden und dem MDK - geht es um die „Teilhabe“ am Geschehen

\* Zahlen EHS

## Schnittmenge MDK-Qualitätsprüfungen und Prüfleitfaden der Heimaufsichtsbehörden Baden-Württemberg

68 - 90 Prozent der Inhalte sind deckungsgleich!!!

MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität; Heute: Qualitätsprüfungs-Richtlinien



Prüfleitfaden der Heimaufsichtsbehörden Baden-Württemberg 05/2010; ergänzt 08/2012

Überschneidungen gem. den Erhebungen des DPWV:

68 Prozent

Eigene Auswertung auf Grundlage einer detaillierten Gegenüberstellung:

70 Prozent

## Beispiel am Prüfleitfaden Baden-Württemberg vs. der MDK-Anleitung 2009/QPR 2014.

3.	Unterkunft/Wohnen		
388	Können die Bewohner ihre Zimmer persönlich gestalten?	2.2	Wir bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?
4.	Pflege		
528	Können die Bewohner ihre Zimmer persönlich einrichten?	2.2	Wir bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?
627	Welche Maßnahmen zur Kontrakturenprophylaxe werden durchgeführt?	13.12	Werden die erforderlichen Kontrakturenprophylaxen durchgeführt?
882	Werden die Instrumente sach- und fachgerecht aufbereitet?	8.2.a	Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut.
902	Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?	7.1	Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?
994	Ist durch den Einsatz von Bezugspflegekräften eine Kontinuität in der pflege gegeben (Konzeption)?	4.1	Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?
1278	Haben Sie den Wunsch und die Möglichkeit die Einrichtung zu verlassen?	2.4	Ist für die Bewohner das jederzeitige Verlassen und Betreten der Pflegeeinrichtung gewährleistet?

## Heimbegehungen und Qualitätsprüfungen

- Keiner will etablierte Positionen räumen  
(Existenzsicherung/Arbeitsplatzsicherung)
- Jeder belegt die Notwendigkeit seiner Arbeit
- Völlig unterschiedliche Vorgehensweisen und Berichte der Heimaufsichtsbehörden - Null Transparenz durch Veröffentlichung (Qualität der Berichte/Einbezug externer Fachleute)
- Gigantischer Nachbereitungsaufwand  
(Umfrage DW durchschnittlich 4 Tage für beide Prüfungen; 2 bis 4 Mitarbeiter/Prüfung)

## Keine Alternativen:

1. Gemeinsame Besuche (sog. Probeläufe) dienen der Vorsorge, dass die öffentliche Diskussion um Doppelprüfungen die Politik letztlich zum Handeln zwingt.
2. Politik gaukelt der Öffentlichkeit ein Tätigwerden in Bezug auf die Diskussion um die Doppelprüfungen vor.

## Alternativen:

- Klare Aufgabenabgrenzung oder
- Jährlich im Wechsel ein „Besuch“, außer bei Anlass
- Argumentation der Doppelprüfungen wäre vom Tisch  
Heimaufsichten gewinnen Zeit für neue Aufgaben  
(z.B. LHeimBauVo)
- Vorgehen andere Bundesländer z.B. Rheinland Pfalz

(Diese Thematik war bereits Empfehlungen des „Runder Tisch Pflege“, Entbürokratisierung 09/2005; Empfehlung 1.1)

## Bürokratie - zwei Beispiele

### Zweites Beispiel:

---

### Am Beispiel der Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote

## Aufhebung starrer Sektorengrenzen Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote

Wenn es um Angebote für pflegebedürftige Menschen geht, liebt es die Politik von Vernetzung zu sprechen.

In den Jahren vor 1995, wurden mit der Entwicklung der Pflegeversicherung Grenzpfiler zwischen ambulanter und stationärer Versorgung eingezogen, die eine wirkliche Vernetzung völlig konterkarieren und dieser auf vielfältigste Weise im Wege stehen.

## Aufhebung starrer Sektorengrenzen Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote

Das Problem ist längst erkannt; konkret getan hat sich nichts.

Jeder Dienstleister vor Ort, der ambulante mit stationären Angeboten vernetzen will - Stichwort: Wohnortnahes Servicezentrum - wird gleich die Realität in Form von Gesetzen und Verträgen, die dem im Wege stehen, spüren.

Beispiel: Stationäre Einrichtung darf nicht unter einem Dach eine oder mehrere ambulant betreute WGs betreiben (§ 4 Abs 2. Nr.1)

## Aufhebung starrer Sektorengrenzen Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote

- Die Länder sehen die Zuständigkeit beim Bund oder den Kostenträgern;
- der Bund bei den Regelungen auf Landesebene z.B. § 75 SGB XI;

und der Versicherte, der die Leistungen benötigt, welche für ihn passen, steht an dieser Grenze und wartet (vergeblich) auf Vernetzung.

- ➔ Flexibilisierung des Personaleinsatzes zwischen den Angebotsformen - sowohl im Ordnungs- als auch im Leistungsrecht  
(Diese Thematik war bereits eine Empfehlungen „Runder Tisch Pflege“, Entbürokratisierung 09/2005; Empfehlung 4.4)

## Aufhebung starrer Sektorengrenzen Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote

„Wenn wir uns nicht von der unsäglichen **Trennung**

⇒ stationär, teilstationär und ambulant,

⇒ sowohl im Personaleinsatz als auch in der Vergütung

**verabschieden,**

werden wir keine wirkliche Leistungsvernetzung hinbekommen,  
die diese Begrifflichkeit wirklich verdient.“

## 2. Dokumentation

**Am Beispiel der Pflegedokumentation**



## Pflegedokumentation

Jährlicher Kostenaufwand - 2,7 Milliarden Euro\* entspricht  
14 Prozent der Ausgaben für die Pflegeversicherung =  
67.500 Vollzeitstellen bundesweit oder umgerechnet  
5,6 Vollzeitstellen/ Einrichtung.

2004: 37 Mill. für Leistungsnachweise (Wipp/Bayerisches Sozialministerium)  
2012: 1,9 Mrd. für Leistungsnachweise

Aufwand für Einrichtung der Pflegedokumentation bei neuen  
Bewohnern/ Patienten:

- ⇒ Stationär: 386 Minuten
- ⇒ Ambulant: 196 Minuten

## Auslöser:

- Verdoppelung der Prüffrequenzen der Behörden und deren individuelle Anforderungen, Erwartungen und Auslegungen an die Dokumentation
- Unabgestimmte Auslegung zur Funktion von Expertenstandards (DNQP) seitens der Prüfbehörden
- Sozialrechtliche und vertragliche Vorgaben (Bundes- und Landesebene)
- Massive Veränderungen in der Bewohnerstruktur  
(Arbeitsverdichtung durch Veränderungen in der Verweildauer und deutliche Zunahme an Kurzzeitpflege)

## Pflegedokumentation

- Psychische Belastung der Mitarbeiter (Studie der bgw)
- Frustrierte und eingeschüchterte Mitarbeiter
- Wechselnde Anforderungen von Prüfer zu Prüfer, von Region zu Region
- Fragwürdiger Einsatz nicht weniger externer „Leiharbeiter/Fachleute“ bei Heimaufsichtsbehörden  
(Qualifikation/Auswahl/Theoretiker)
- Prüfereignisse stehen im Fokus, Bewohner rückt in den Hintergrund

## Fachliche Grundlagen nach dem SGB XI (Bundesebene) und Landesheimrechtlicher Vorgaben ausschließlich auf Qualitätsanforderungen bezogen

### SGB XI-Anforderungen

- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 113 SGB XI
- PTVS und diverse Anlagen
- Qualitäts-Prüfrichtlinie QPR und diverse Anlagen

### Heimrechtliche Anforderungen

- Prüfkatalog der Heimaufsichtsbehörden in Baden-Württemberg
- Orientierungshilfe der Heimaufsichtsbehörden in Baden-Württemberg

## Fachliche Grundlagen nach dem SGB XI (Bundesebene) und Landesheimrechtlicher Vorgaben ausschließlich auf Qualitätsanforderungen bezogen

### Expertenstandards

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Entlassungsmanagement in der Pflege
- Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen
- Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen
- Förderung und Erhalt der Mobilität in der Pflege
- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege

## Fachliche Grundlagen nach dem SGB XI (Bundesebene) und Landesheimrechtlicher Vorgaben ausschließlich auf Qualitätsanforderungen bezogen

### MDS - Grundsatzstellungen

- Dekubitusprophylaxe und -therapie
- Essen und Trinken im Alter (Stand Mai 2014)
- Pflegeprozess- und Pflegedokumentation
- Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen

## 3. Qualitätssicherung

Am Beispiel der Fachkraftquote

## Qualitätssicherung am Beispiel der Fachkraftquote

1993 Heimpersonalverordnung tritt in Kraft

- ➔ Entstehungshintergründe der 50 Prozent Regelung sind bekannt
- ➔ Vergleich damaliger Anforderungen mit der heutigen Angebotsvielfalt

Anstatt diese Verordnung den heutigen Anforderungen anzupassen, wird lediglich darauf verwiesen, dass an dieser Verordnung „nicht gerüttelt“ wird. = Politischer Weitblick!

(Diese Thematik war bereits Empfehlungen des „Runder Tisch Pflege“, Entbürokratisierung 09/2005; Empfehlung 4.6)

## Qualitätssicherung am Beispiel der Fachkraftquote

Das zeugt nicht vom politischen Weitblick, sondern eher von Hilflosigkeit in Bezug auf die erforderliche Adaption an zeitgemäßen Strukturen.

Diese Notwendigkeit wird stattdessen der Einfachheit halber auf die zwei Pole

- ⇒ Abschaffung oder
  - ⇒ unveränderten Beibehalt
- reduziert.

## Engpassanalyse der BA

- Laut BA-Engpassanalyse liegt bei Altenpflegefachkräfte in Baden-Württemberg ein Fachkraftmangel vor.
- Durchschnittliche Vakanzzeit beträgt 124 Tage, d.h. 53 % mehr als der Durchschnitt aller Berufe.
- Der Fachkraftmangel in diesem Beruf ist in Baden-Württemberg noch ausgeprägter als in Westdeutschland.

## Rückblick/ Historie

### Antrag des Landes Baden-Württemberg

(Bundesrat Drucksache 709/04; 16.09.2004)

### Senkung der Fachkraftquote auf 33 Prozent

## Alternativen

### Ausrichtung des Fachkrafteinsatzes

- an dem zu betreuenden Klientel,
- nicht an Gebäuden, Etagen oder Wohnbereichen !!!

## Praktische Folgen der gegenwärtigen Fachkraftquotenregelung

Weniger Mitarbeiter bei geringerem Korridorwert = nach gegenwärtigen Regelungen der Fachkraftquote von Vorteil in Bezug auf:

- Fachkraftgewinnung
- Wettbewerb (unter Kostenaspekt)
- Interessenten/Bewohner fragen nie nach Personalschlüssel

## Ergebnisqualität

Einstellung von „Fachkräften“ zur Quotenerfüllung für die Behörden

= Ergebnisqualität?

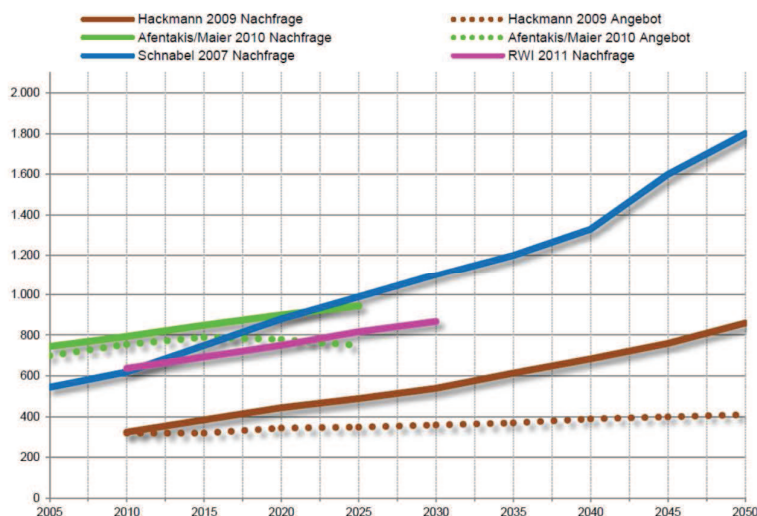
## Entwicklung Bedarf und Nachfrage nach Pflegefachkräften in Baden-Württemberg und dem Bund

Egal, welche Studie betrachtet wird, alle sind sich in der qualitativen Entwicklung einig, quantitativ bestehen unterschiedliche Szenarien

- ⇒ ein gravierendes Missverhältnis zwischen Fachkraftbedarf und Verfügbarkeit mit steigender Tendenz.
- ⇒ Alle Ausbildungsbemühungen werden nicht annähernd die zunehmende Fachkraftlücke kompensieren.

## Fachkräftemangel in der Pflege

Schaubild 5: Grafische Gegenüberstellung der verschiedenen Angebots- bzw. Nachfragefunktionen von ausgewählten Studien zum Fachkräftemangel in der Pflege (VZÄ in Tausend)



Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis der Ergebnisse von Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2011, Hackmann 2009, Schnabel 2007, Afentakis und Maier 2010; fehlende Datenpunkte der Zwischenräume wurden ggf. geschätzt, um die Funktionen grafisch darstellen zu können.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie; Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft; Juli 2012



# Fachkräftemangel in der Pflege

**Tabelle 2: Entwicklung des Bedarfs an Pflegekräften 2010 bis 2025, Ergebnisse verschiedener Prognosen**

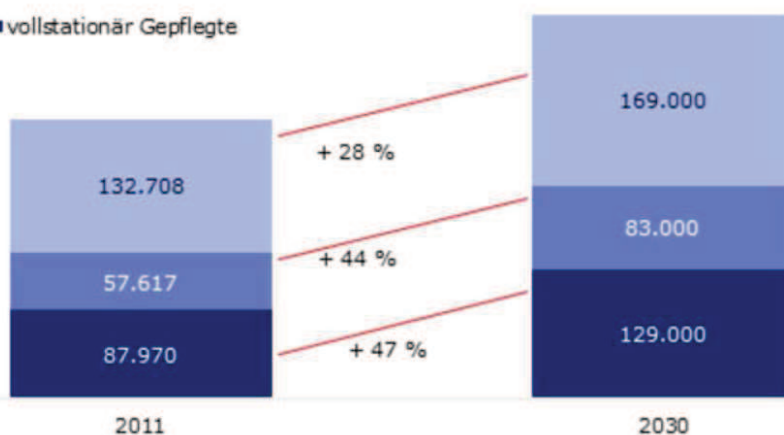
Studie	VZÄ 2010	VZÄ 2025	Zuwachs
Afentakis/Maier (2010)	795.000	945.000	+ 150.000 (+ 19 %)
Schnabel (2007)	620.000	990.000	+ 370.000 (+ 60 %)
RWI (2011)	638.000	818.000	+ 180.000 (+ 28 %)
Hackmann (2009)	325.000	490.000	+ 165.000 (+ 51 %)
Zahl der Erwerbstätigen (20 - 64 J., V1-W1)	49,7 Mio.	45,3 Mio.	- 4,3 Mio. (- 9 %)

Quelle: Eigene Darstellung

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie;  
Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft; Juli 2012

# Pflegebedürftige in Baden-Württemberg

- Pflegegeldempfänger
- ambulant Gepflegte
- vollstationär Gepflegte



Pflegebedürftige in Ba-Wü  
2011 und 2030  
nach Art der Pflege  
(Status-Quo-Rechnung)

© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2014

## Pflegebedürftige in Baden-Württemberg

### Zahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg 2011 und 2030 nach Art der Pflege

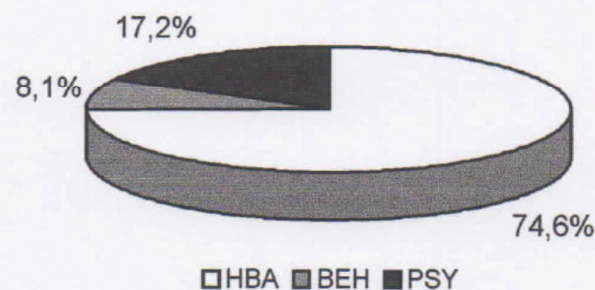
Pflegebedürftige	2011	2030	Veränderung 2013 zu 2011
	Anzahl		%
vollstationär Gepflegte	87.970	128.972	46,6
ambulant Gepflegte	57.617	82.685	43,5
Pflegegeldempfänger	132.708	169.375	27,6
<b>Zusammen</b>	<b>278.295</b>	<b>381.032</b>	<b>36,9</b>

Das bedeutet - gemessen am heutigen Stand der Personalvorgaben - weitere ca. 50 Prozent mehr an Fachkräften - woher?

Die geplante Landesheimpersonalverordnung lässt schlimmsten Unsinn ahnen!

## Bewohnerbezogene Leistungen

### Profil der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen (durchschnittlicher Anteil je Bewohner und Tag, N = 719)



HBA = Hilfen bei Alltagsverrichtungen; BEH = Behandlungspflege;  
PSY = Psychosoziale Maßnahmen

Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen;  
Wingenfeld/Schnabel 2002

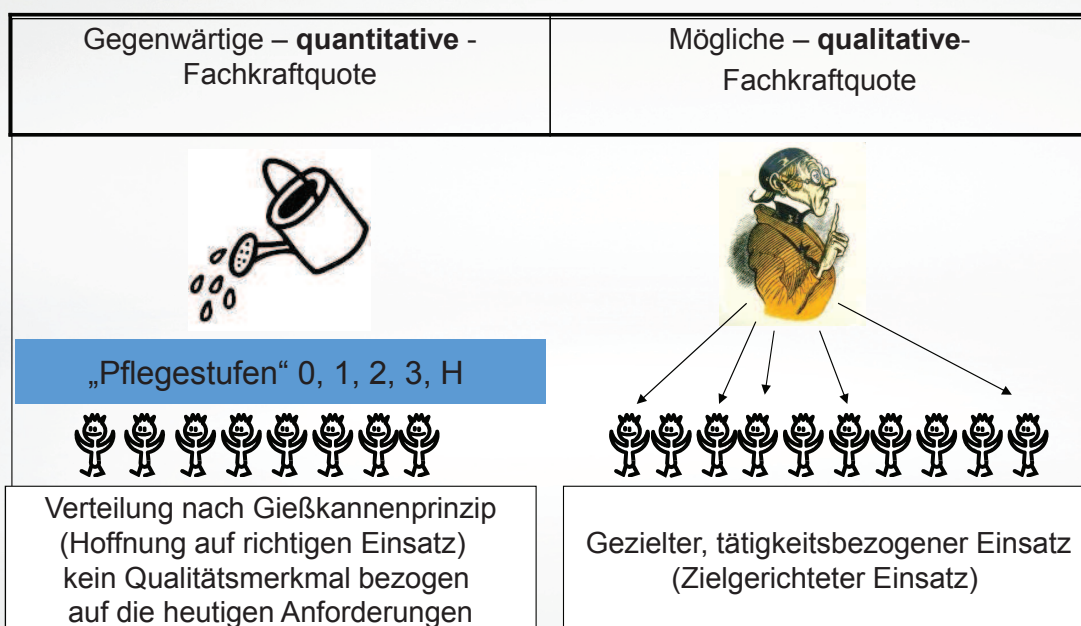
# Bewohnerbezogene Leistungen

Profil des Maßnahmebereichs "Hilfen bei Alltagsverrichtungen"		
Hilfe bei Verrichtungen im Bereich ...	Minuten	Prozent
Körperhygiene, Körperpflege	13,4	21,7
Ausscheidungen/Toilettengang	12,1	19,6
Nahrungsaufnahme	11,5	18,7
Aufstehen/Zubettgehen, Lagern/Betten	10,4	16,8
Kleiden	7,5	12,2
Fortbewegung, Stehen	6,7	10,9
Insgesamt	61,7	100,0

Profil des Maßnahmebereichs "Behandlungspflege"		
	Minuten	Prozent
Medikamente verabreichen (ohne Injektionen und äußerliche Anwendungen)	3,7	55,5
Spezielle Körperpflege unter Einsatz von Arzneimitteln, Bronchialtoilette etc.	1,2	18,4
Wundversorgung (incl. Dekubitusversorgung), Verbände, Wickel	0,9	13,5
Krankenbeobachtung (incl. Blut- und Urinzuckerkontrollen)	0,4	6,4
Injektionen	0,3	5,1
Sonstige	0,1	1,1
Insgesamt	6,7	100,0

Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen  
im Schnitt 83 Minuten/Tag

# Gegenwärtige Fachkraftquote und Alternativen



Und vor diesem  
Hintergrund  
erlauben wir  
uns ein  
Gießkannenprinzip -  
Grotesk!

## Alternativen: Qualitative Fachkraftquote = Basisfachkraftquote + Qualitätsanforderungen

Basisfachkraftquote (Beispielsweise analog zu 132 a SGB V)  
aus Pflegefachkräften mit Alten- oder Krankenpflegeausbildung

### Qualitätsanforderungen

Fachkraftvorbehaltene Tätigkeiten  
+ Zusatzqualifikationen  
+ verpflichtende Fortbildungen

## Alternativen: Qualitative Fachkraftquote = Basisfachkraftquote + Qualitätsanforderungen

### Bereits bestehende Qualifikationsanforderungen:

Anforderungen an Pflegedienstleitungen = Regelungen aus dem  
SGB XI

### Mögliche Zusatzqualifikationen/ Fortbildungsnachweise:

z.B. Ernährungsmanagement/Wundmanagement/FEM etc.

Fortbildungsverpflichtungen  
(analog amb. Verträge bzw. Anforderungen/HeimPersVO)

## Bedenkenwertes zur Fachkraftquote

Die Definition dessen, was unter „Fachkräften“ zu verstehen ist, wird von Bundesland zu Bundesland anders beurteilt.

Die quantitative Auslegung ist völlig unterschiedlich, weil extrem voneinander abweichende Personalschlüssel zwischen den Bundesländern bestehen.

Die Methodik, nach denen Fachkraftquoten berechnet werden, wird nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der einzelnen Bundesländer unterschiedlich gehandhabt.

## Bedenkenwertes zur Fachkraftquote

- Hoher Pflegeschlüsselkorridorwert = Nachteil für Träger, denn höherer Schlüssel bedeutet höherer Fachkraftanteil;

Folge:

Gefahr höher der Nichteinhaltung = Repressalien Heimaufsicht

- Schlüssel abgesenkt = weniger Fachkraftbedarf, schneller Quote erfüllt

## Bedenkenswertes zur Fachkraftquote

Enquete Pflege; Anhörung 20.03.2015

„... Reduzierung der Fachkraftlücke um die Hälfte, wenn es gelingt die stationär versorgten Pflegebedürftigen der Stufe 1 sowie 10% der Pflegebedürftigen anderer Stufen in nicht stationären Versorgungsformen zu versorgen“.

## Bedenkenswertes zur Fachkraftquote

„Pflegestärkung“sgesetz 1; § 45 b Abs. 3 SGB XI

„... Umwidmung von 40 Prozent der Sachleistungen in niedrigschwellige Betreuungsangebote, welche letztlich die identischen Leistungen umfassen.“

## Bedenkenswertes zur Fachkraftquote

In beiden Fällen stellt sich die gleiche Frage:

Durch Wechsel des Angebots bzw. der Leistungsanspruchnahme ist umgehend keine Fachkraft mehr erforderlich?

Gegenfrage: warum dann zuvor bei identischem Hilfebedarf?

## Zitate

Prof. Dr. Thomas Klie:

*„Auch eine starre Verteidigung der 20 Jahre alten „Ersatzlösung“ - .... - ist nicht gerade Ausweis einer wissenschaftsbasierten und zukunftsfesten Pflegepolitik“.*

(Altenheim 04/2013)

Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung; Februar 2015

*„Die Fachkraftquote ist nicht in Stein gemeißelt“;*

## Zitate

### Aussagen Ministerin Altpeter, Sozialministerin Baden-Württemberg:

*„... Die Gewinnung von geeignetem und gut qualifizierten Pflegefachkräften werde aber aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmend schwieriger.“*

### Und was unternimmt die Landesregierung?

legt eine Studie für 8 beteiligte Einrichtungen auf 3 Jahre an

## Zusammenfassung

Bürokratie reduzieren	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mehr Zeit für die Pflege und Betreuung der Menschen</li></ul>
Doppelprüfungen reduzieren	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mehr Zeit für die Pflege und Betreuung der Menschen</li><li>• Keine Qualitätsverluste</li><li>• Erhebliche Einsparung finanzieller Ressourcen</li></ul>
Fachkraftquote neu definieren	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kein Qualitätsverlust</li></ul>
Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote Überwindung von Sektorengrenzen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mehr Leistungsvielfalt und weniger bürokratische Hemmnisse zur Leistungserbringung und zur Leistungsanspruchnahme</li></ul>

Übrigens ... (fast) alles nachzulesen aus den Aufzeichnungen des Runden Tisch Pflege  
(Entbürokratisierung 09/2005)



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**



# Ihre Fragen

## Pflegebedarfs-/Personalbemessung

18. Welche Instrumente sind geeignet, um den Pflegebedarf in der Akutversorgung besser ermitteln zu können? Wie können der ermittelte Pflegebedarf und die daraus resultierenden Kosten dann finanziell abgebildet werden?
19. Wie kann die Pflegepersonalstellenentwicklung im Krankenhaus verbessert werden? Kurzfristig und längerfristig?
20. Wie bewerten Sie die Einführung eines NRG/PRG-Systems?
21. Welche Rolle könnte eine gesetzlich vorgegebene Mindestpersonalverordnung spielen?

Dr. Pia Wieteck

## Curriculum Vitae – beruflicher Werdegang im Überblick

- |      |   |
|------|---|
| 1985 | Staatsexamen zur Krankenschwester   |
| 1989 | Beginn als Lehrer für Pflegeberufe  |
| 1989 | Beginn der Entwicklung von ENP  |
| 1995 | Leitung einer Krankenpflegeschule   |
| 1998 | Selbstständigkeit im Bereich <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorlesungen an Hochschulen, Seminare</li> <li>- Beratungstätigkeit im Qualitätsmanagement,</li> <li>- Entwicklung von Pflegeklassifikationen, Outcome-Indikatoren, Anforderungen an eine elektronische Patienten-/Bewohnerakte</li> <li>- Entwicklung des OPS 9-20 u. PKMS im Auftrag des DPR,</li> <li>- Begleitung/Durchführung von Forschungsarbeiten           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungsmessung in der Pflege, DRG und Pflege</li> <li>- Outcome-Messung</li> </ul> </li> <li>- Autorentätigkeit im Bereich Pflegediagnostik, - klassifikation, Qualitätsmanagement, Personalentwicklung, DRG und Pflege</li> <li>- Mitglied der AG zur Weiterentwicklung des OPS 9-20 und 9-21</li> </ul> |
| 2000 | Beginn mit dem Studium an der evangelischen Fachhochschule Darmstadt, Pflegewissenschaft  |
| 2007 | Dissertation an der Universität Witten/Herdecke   |
| 2013 | Angestellte der Firma RECOM GmbH als Leitung der Abteilung Forschung & Entwicklung  |

Dr. Pia Wieteck

**1** Krankenhausfinanzierung heute und die Auswirkungen dieser auf die Pflegeberufe

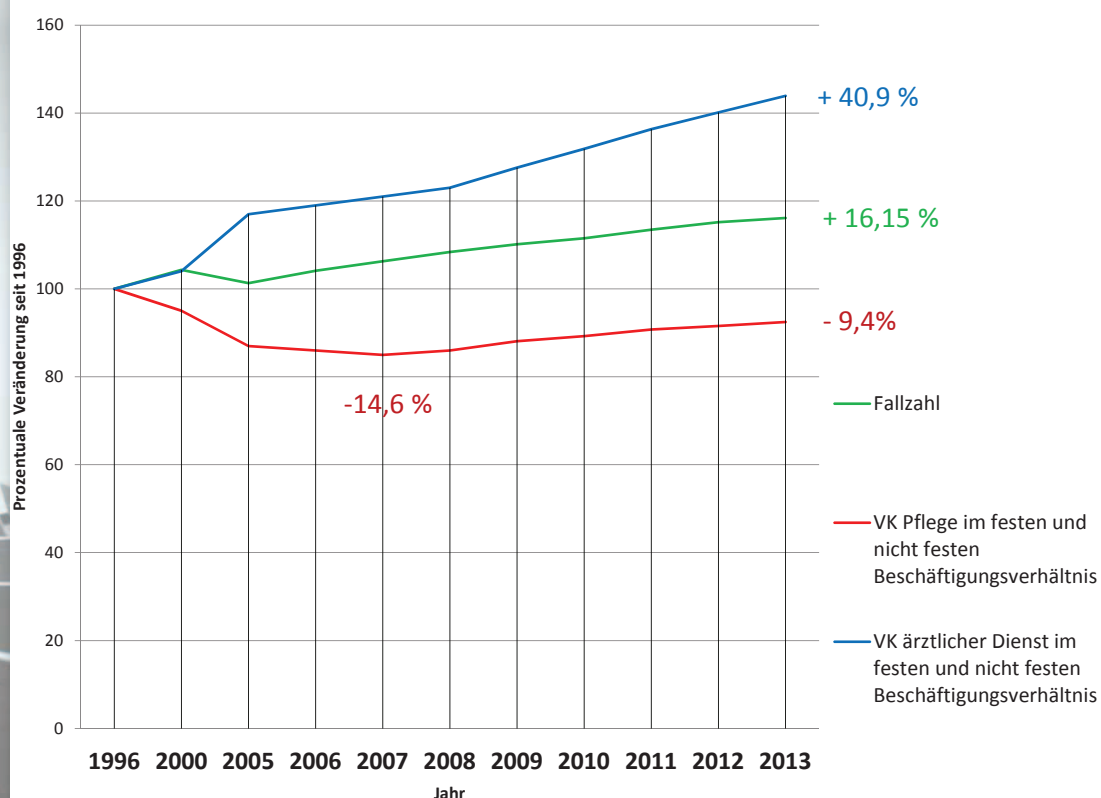
**2** Abbildbarkeit des pflegerischen Leistungsgeschehens - Instrumentenüberblick

**3** Nursing related groups (NRG) – ein interessanter Ansatz zur Problemlösung?

**4** NRG - ein mögliches Umsetzungsszenario

Dr. Pia Wieteck

### Implizite Rationierung pflegerischer Leistungen im deutschen Gesundheitswesen



1



Eine qualitativ gute Pflege liegt im gesellschaftlichen Interesse!  
Eine angemessene Personalausstattung ist Voraussetzung für qualitativ gute Pflege und zumutbare Arbeitsbedingungen.

**Therapeutische Pflege findet kaum statt!**

Viel mehr als „satt und sauber“ ist nicht möglich!  
Patientenedukation und Prävention sind Fremdwörter!

**Implizite Rationierung!**

Täglich entscheide ich darüber, welche Pflegemaßnahme ich bei welchem Patienten unterlasse!



1

## Implizite Rationierung pflegerischer Leistungen im deutschen Gesundheitswesen

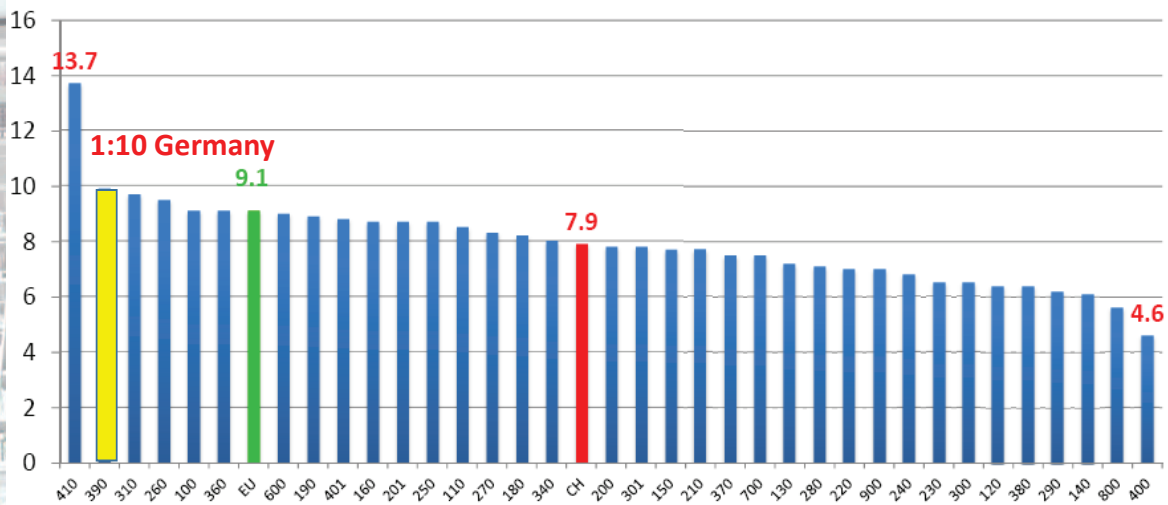


**Befragungsergebnisse einer internationalen Studie (RN4Cast):** Im Durchschnitt wurden 4,7 Tätigkeiten von den 13 zur Auswahl gestandenen Pflegeaufgaben rationiert. Damit gehört Deutschland neben Belgien, England und Griechenland zu den Ländern, in denen überdurchschnittlich viele Pflegeleistungen „ungetan“ bleiben (Zander et al., 2014).

1

## RN4Cast

## Patienten-Pflegepersonalrelation



„Die von den Pflegekräften deutlich wahrgenommene Personalknappheit korreliert mit der objektiv gemessenen Patientenrelation von zehn zu eins“.

Quelle: Zander, B. et al. 2012 Pflegepersonaleinsatz: Studie zeigt alarmierende Entwicklung S. 549

1

## RN4Cast

## Patienten-Pflegepersonalrelation

Land	Patienten zu Pflegefachkräfte	Patienten zu Pflegegesamtpersonal*	Anzahl Krankenhäuser
Belgien	10,7 (2,2)	7,9 (1,7)	67
England	8,6 (1,5)	4,8 (0,6)	46
Finnland	8,3 (2,2)	5,3 (0,8)	32
Deutschland	13,0 (2,3)	10,5 (1,6)	49
Griechenland	10,2 (2,8)	6,2 (2,1)	24
Irland	6,9 (1,0)	5,0 (0,8)	30
Niederlande	7,0 (0,8)	5,0 (0,7)	28
Norwegen	5,4 (1,0)	3,3 (0,5)	35
Polen	10,5 (1,9)	6,8 (1,0)	33
Spanien	12,6 (1,9)	6,8 (1,0)	33
Schweden	7,7 (1,1)	4,2 (0,6)	79
Schweiz	7,9 (1,5)	5,0 (1,0)	35
USA	5,3 (1,4)	3,6 (2,0)	617

Tabelle 3: Pflegepersonal in 12 europäischen Ländern und den USA. Bei den Daten handelt es sich um Mittelwerte (Standardabweichung), falls nicht explizit anders angegeben. Quelle: Aiken et al. (2012), S. 9.

1

**Ergebnis:** Aus 13 Tätigkeitsbereichen wählten die examinierten Pflegepersonen (n=1511 aus 49 Kliniken) die Maßnahmen aus, welche in ihrer Schicht nicht erledigt werden konnten, obwohl diese erforderlich gewesen wären.

### Häufigkeit der impliziten Rationierung

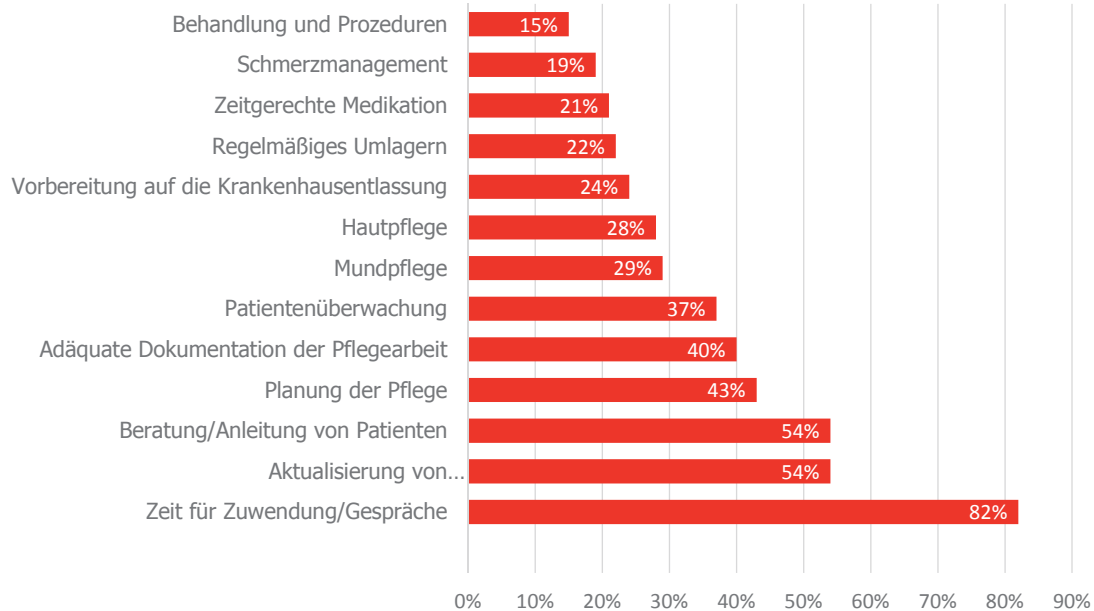


Abbildung 1: Quelle: Zander B et al. Gesundheitswesen 2014, Seite 731

1

## Folgen der verdeckten Rationierung für die Patienten/Bewohner sind unbekannt?

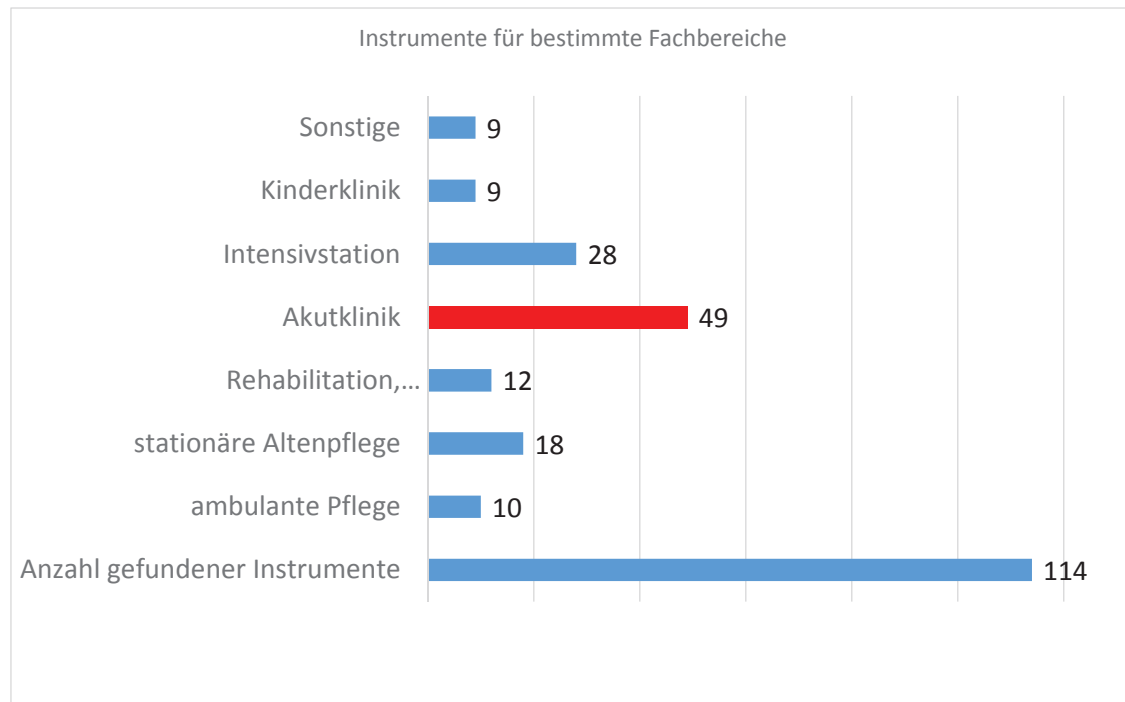
Stürze, nosokomiale Infektionen, klinische Zwischenfälle, Dekubitus, Pneumonie, Fixierung, Tod...



Studien belegen, dass bei einem Ungleichgewicht zwischen Patientenbedürfnis und erfülltem Pflegebedarf negative Auswirkungen auf das Outcome zu erwarten sind

(Schubert et al., 2012, Aiken et al., 2011, Aiken et al., 2014, McGahan et al., 2012, Ball et al., 2014, Staggs and Dunton, 2014, Patry et al., 2014, Assadian et al., 2007, Rogowski et al., 2013, Isfort, 2008b, Lang et al., 2004).

## Instrumente zur Pflegepersonalbemessung



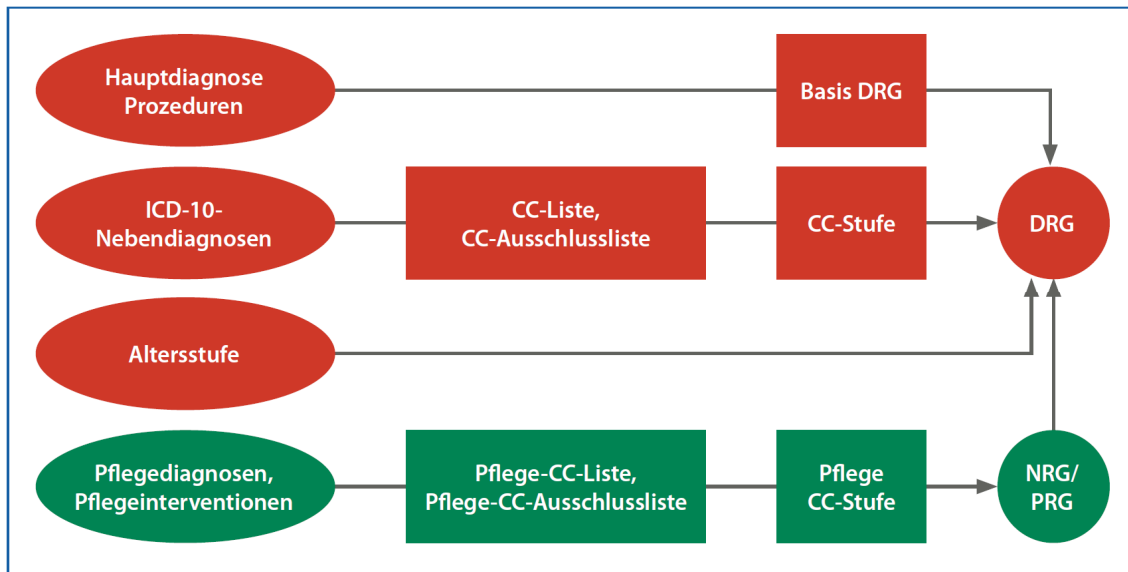
Quelle: Wieteck und Kraus (2015) "Adäquate Personalbemessung in der Pflege. Ein explorativer Ansatz zu einer bedarfsgerechten Finanzierung von Pflegeleistungen und der Versorgung von Patienten" (RECOM Verlag, in Vorbereitung)

## Modell der Einflussfaktoren auf den Pflegepersonalbedarf





## Nursing Related Groups (NRG)



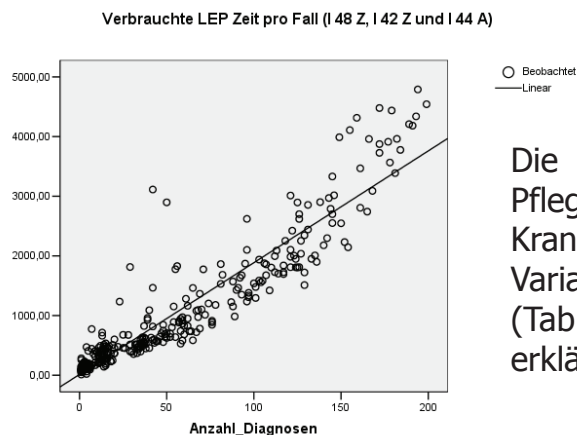
(Fischer 2002)

## Studienlage

Erste Studienergebnisse zeigen, dass Pflegediagnosen zur Varianzaufklärung von Pflegeaufwand geeignet sind

(Halloran 1985; O'Brien-Pallas et al. 1997, Baumberger D. 2001, Wieteck 2007 in Wieteck und Kraus 2015)

Fallkomplexitäts-Index: Anzahl der Pflegediagnosen pro Fall



Die Anzahl der kodierten Pflegediagnosen während des Krankenaufenthaltes kann eine Varianz von 87 % ( $r^2 = 0,87$ ) (Tab. 3) in dieser Stichprobe erklären.

3

## Voraussetzung für NRG



- Einsatz einer **elektronischen Patienten-/Bewohnerakte**



- **Pflegeprozessdokumentation mit standardisierten Pflegediagnosen und -interventionen**  
Vergleichbar mit ICD-10 und OPS

3

## Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

➔ DRG-konformer Lösungsansatz +

### Positiver Einfluss:

Stärkung der Position der Pflegeberufe bei Personalstellenverhandlungen

### Durch:

Deutliche Erlösrelevanz der Pflegemaßnahmen, stärken die Bedeutung der Pflege

3

## Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

➔ DRG-konformer Lösungsansatz +

Positiver Einfluss:	Durch:
Stärkung der Position der Pflegeberufe bei Personalstellenverhandlungen	Deutliche Erlösrelevanz der Pflegemaßnahmen, stärken die Bedeutung der Pflege
Förderung der Umsetzung einer elektronischen Patientenakte	Grundvoraussetzung für die Entwicklung von NRG

3

## Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

➔ DRG-konformer Lösungsansatz +

Positiver Einfluss:	Durch:
Stärkung der Position der Pflegeberufe bei Personalstellenverhandlungen	Deutliche Erlösrelevanz der Pflegemaßnahmen, stärken die Bedeutung der Pflege
Förderung der Umsetzung einer elektronischen Patientenakte	Grundvoraussetzung für die Entwicklung von NRG
Schaffung der Datengrundlage für nationale, einheitliche Qualitätsindikatoren in der Pflege	Aus der täglichen Pflegeprozessdokumentation können die Qualitätsindikatoren automatisiert ausgeleitet werden

3

## Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

➔ DRG-konformer Lösungsansatz +

Positiver Einfluss:	Durch:
Stärkung der Position der Pflegeberufe bei Personalstellenverhandlungen	Deutliche Erlösrelevanz der Pflegemaßnahmen, stärken die Bedeutung der Pflege
Förderung der Umsetzung einer elektronischen Patientenakte	Grundvoraussetzung für die Entwicklung von NRG
Schaffung der Datengrundlage für nationale, einheitliche Qualitätsindikatoren in der Pflege	Aus der täglichen Pflegeprozessdokumentation können die Qualitätsindikatoren automatisiert ausgeleitet werden
Förderung des Entscheidungsfindungsprozesses der Pflege, entsprechend „best practice“ und/oder – „evidence based nursing“	Die Pflegeklassifikationssysteme bieten das aktuelle Pflegefachwissen zur Entscheidungsfindung an und sind in den Pflegealltag integriert

3

## Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

„Eigenständige Pflegefallgruppen, die nicht nur die „hochaufwändige“ Pflege, sondern auch die Pflegeleistung in der Breite adäquat entlohnen, könnten zu einem Konkurrenz- bzw. Kombinations-Vergütungssystem zur medizinischen Versorgung werden, das weitere Effizienzreserven in der Krankenhausversorgung generieren kann. Insbesondere die daraus resultierende notwendige Abstimmung zwischen medizinischem und pflegerischem Leistungsgeschehen (inkl. der Leistungsdokumentation, Controlling etc.) könnte ein nennenswertes Potenzial zur Verbesserung der Patientenversorgung darstellen.“

(Zitat von: Thomas et al., 2014, S. 24)



## NRG – ein neues Zeitalter einläuten!

Skizze eines möglichen Weges für Deutschland

**Pelchen, L. et al.** (2014). Adäquate Personalbesetzung - Positionspapier.

**Müller, M.-L.** (2015). Nursing Related Groups "Ein neues Zeitalter einläuten".

## Stufenmodell zur Umsetzung von Nursing Related Groups

### 1. Kurzfristige Verbesserung der Pflegepersonalstellensituation

Zweckbindung des vom InEK in den DRG-Fallgruppen ausgewiesenen Budgets für die Pflegepersonalstellen ([STEP 1-NRG auf Basis der InEK-Kalkulationsdaten](#))

Zweckbindung OPS 9-20 und Aufnahme des OPS 9-21

Anhebung der Patienten-Pflegepersonalrelation auf einen „europäischen Durchschnittswert“ – Nachweispflicht der Kliniken durchschnittliche Patienten-/Pflegepersonalrelation

### 2. Vorbereitung zur Verfeinerung von NRG bis 2017

Verpflichtende Nutzung einer Pflegeklassifikation mit Pflegediagnosen/Patientenzuständen und Interventionen, welche mit normativen Zeitwerten hinterlegt sind und über ein Mapping zur PPR verfügen.

Automatisierte Pflegepersonalstellenberechnung über das Mapping der eingesetzten Interventionsklassifikation mit der PPR, welche über die Regeldokumentation automatisiert ausgelöst wird.

Automatisierte PKMS-Ausleitung aus der Regeldokumentation

17

MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen

Anz. DRGs: 51

N: 36.894

Fallzahl Normallieger

164

v. MDC: 0,44%

v. gesamt: 0,01%

Bewertungsrelation

10,413

Verweildauer

Kurzlieger	0,00%
Normallieger	78,85%
Langlieger	21,15%
1. Tag mit Abschlagn	16
1. Tag zus. Entgelt	68
Mittl. arithm. VWD	49,9
Standardabw. VWD	11,4

PCCL

0	0,00%
1	0,00%
2	0,00%
3	1,22%
4	98,78%

Profil drucken...

Geschlecht

Männlich	50,00%
Weiblich	50,00%
Unbestimmt	0,00%

Falkkosten

Arith. MW	27.606,68
Std. Abw.	8.801,64

Alter

< 28 Tage	0,00%	30 - 39 Jahre	7,32%
28 T. - < 1 Jahr	0,00%	40 - 49 Jahre	17,68%
1 - 2 Jahre	1,83%	50 - 54 Jahre	9,76%
3 - 5 Jahre	3,05%	55 - 59 Jahre	10,98%
6 - 9 Jahre	0,00%	60 - 64 Jahre	14,02%
10 - 15 Jahre	2,44%	65 - 74 Jahre	18,29%
16 - 17 Jahre	0,61%	75 - 79 Jahre	3,05%
18 - 29 Jahre	9,15%	80 Jahre u. älter	1,83%

Hauptdiagnosen Nebendiagnosen Prozeduren Kosten Recherche

Kostenbereich	Personalkosten:			Sachkosten:					Pers. - u. Sachkosten:		Summe
	Ärztlicher Dienst 1	Pflegedienst 2	med./techn. Dienst 3	Arzneimittel		Implantate / Transplant. 5	Übriger med. Bedarf		med. Infrastruktur 7	nicht med. Infrastruktur 8	
				4a	4b		6a	6b			
01. Normalstation	2.509,9	4.689,2	407,0	1.485,2	1.378,7	0,0	654,9	393,8	1.330,4	3.812,4	16.661,6
02. Intensivstation	392,4	928,6	46,2	300,9	225,0	0,1	126,2	53,1	190,0	561,6	2.824,0
04. OP-Bereich	35,9	0,0	35,0	1,8	0,0	10,9	26,1	6,5	15,3	31,0	162,5
05. Anästhesie	30,0	0,0	22,8	2,8	0,2	0,0	7,5	0,0	-4,8	9,3	77,3
07. Kardiologische Diagnostik / Ther	6,9	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,5	3,2	12,2
08. Endoskopische Diagnostik / Ther	9,9	0,0	12,0	0,6	0,1	0,2	5,8	0,2	5,8	8,9	43,4
09. Radiologie	123,5	0,0	149,4	3,0	0,6	0,0	28,7	12,1	70,6	107,9	495,8
10. Laboratorien	507,9	0,0	1.663,9	35,4	1.127,5	0,0	1.775,2	428,6	283,7	860,0	6.682,0
11. Übrige diagnostische und therape	146,4	2,1	292,0	5,1	0,0	0,4	31,6	13,5	39,6	117,1	647,9
<b>Summe:</b>	<b>3.762,7</b>	<b>5.619,9</b>	<b>2.629,3</b>	<b>1.834,9</b>	<b>2.732,1</b>	<b>11,7</b>	<b>2.656,2</b>	<b>907,7</b>	<b>1.940,7</b>	<b>5.511,5</b>	<b>27.606,7</b>

4

## Stufenmodell zur Entwicklung von Nursing Related Groups

### 3. Verfeinerung von STEP II-NRG und Überführung in T-PRGs bis 2020

- Nutzung der Daten aus der Regeldokumentation mit dem Pflegeklassifikationssystem zur Verfeinerung der NRGs durch das InEK
- Integration der anderen therapeutischen Leistungen und Überführung dieser in T-PRGs (Therapeutic Patient related groups)
- Abbau der Regulierung der Personalstellen von außen

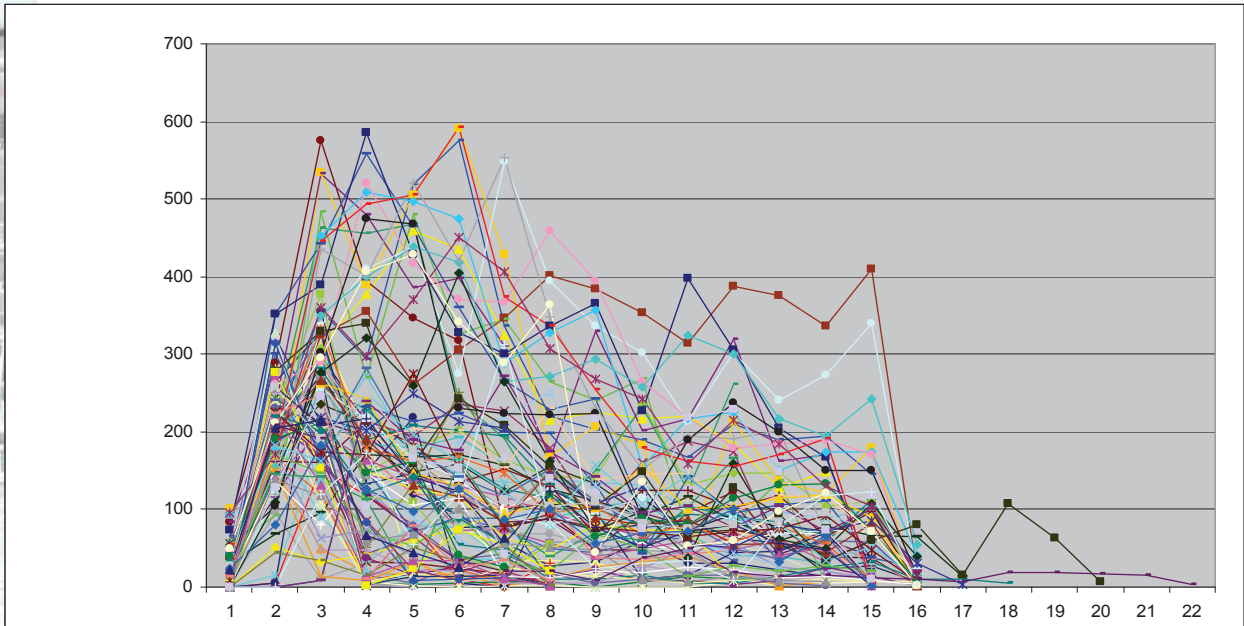
### 4. Entwicklung von Outcome-Indikatoren bis 2020

- Aus der Regeldokumentation kann für die Krankenhausberichterstattung ein Indikatorenset zur Beurteilung der Pflegequalität entwickelt werden.
- Verpflichtung der Kliniken, die entwickelten Qualitätsindikatoren in der Krankenhausberichterstattung zu veröffentlichen.
- Einrichtungen mit schlechten Qualitätsergebnissen könnten einen Abschlag in der Finanzierung bekommen.

4

# Notwendigkeit zur Weiterentwicklung von Nursing Related Groups

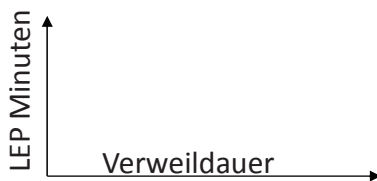
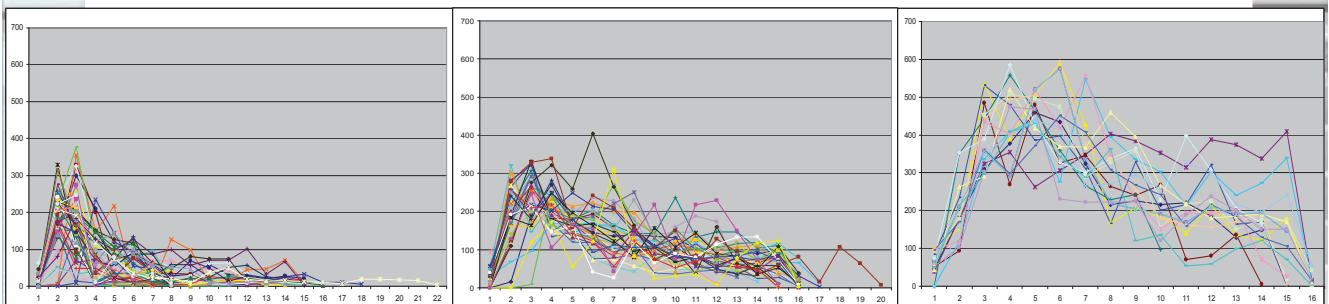
Verbrauchte Pflegezeit in der Fallgruppe Hüfttep ohne Komplikation (n = 112)



Quelle: Wieteck, P: Pfliegerrelevante Fallgruppen. In: Wieteck, P (Hg.): Validierung von Pflegediagnosen der Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways). Crossmappings von ENP mit ICNP und NANDA. Edition Pflegewissenschaft. Band 1. Bad-Emstal, Deutschland: RECOM-Verlag, 2008, S. 39 -45.

4

## Kodierte Pflegediagnosen (49) der Fallgruppe

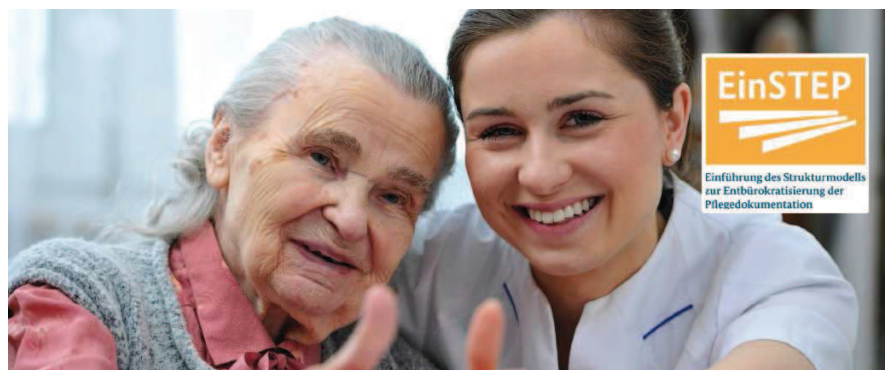


Anzahl der Fälle in jedem Cluster

Cluster	1	19,000
	2	40,000
	3	53,000
Gültig		112,000
Fehlend		,000

*Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!*

„Eine neue Art von Denken ist notwendig,  
wenn wir eine würdevolle Pflege im Alter  
gewährleisten wollen!“



Entbürokratisierung in der Pflege "Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege"

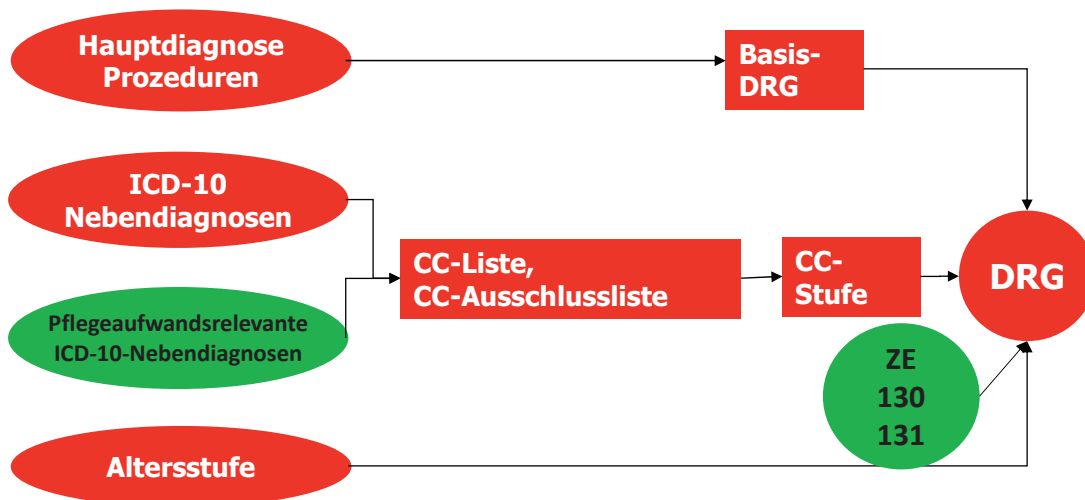
Ein Projekt von

Das Büro für die Bundesregierung  
für die Bereiche der Ministerien und Parteien  
sowie Bundesländer für Pflege

Gerne können Sie mir auch Fragen zu den Risiken dieses Projektes stellen!



# OPS 9-20 und das ZE 130 und 131 (243 Milliarden €)



Modellzusammenfassung und Parameterschätzer

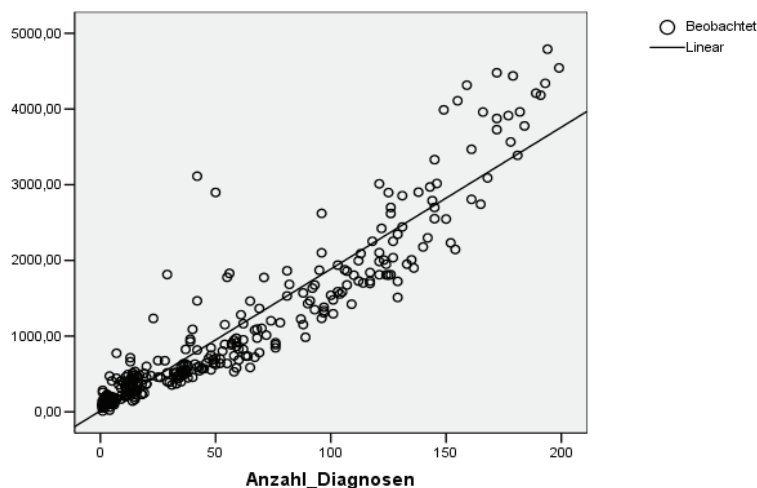
Abhängige Variable: LepGesWert

Gleichung	Modellzusammenfassung					Parameterschätzer	
	R-Quadrat	F	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Sig.	Konstante	b1
Linear	,877	2432,010	1	342	,000	13,263	18,734

Die unabhängige Variable ist Anzahl Diagnosen.

**Zusammenhang zwischen Pflege-diagnosen (ENP) und verbrauchter LEP®-Zeit (n = 344 Fälle)**

Verbrauchte LEP Zeit pro Fall (I 48 Z, I 42 Z und I 44 A)



Korrelationen

		LepGesWert	Anzahl_Diagnosen
LepGesWert	Korrelation nach Pearson	1	,936**
	Signifikanz (2-seitig)		,000
	N	344	344
Anzahl_Diagnosen	Korrelation nach Pearson	,936**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
	N	344	344

\*\* : Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Modellzusammenfassung und Parameterschätzer

Abhängige Variable: LepGesWert

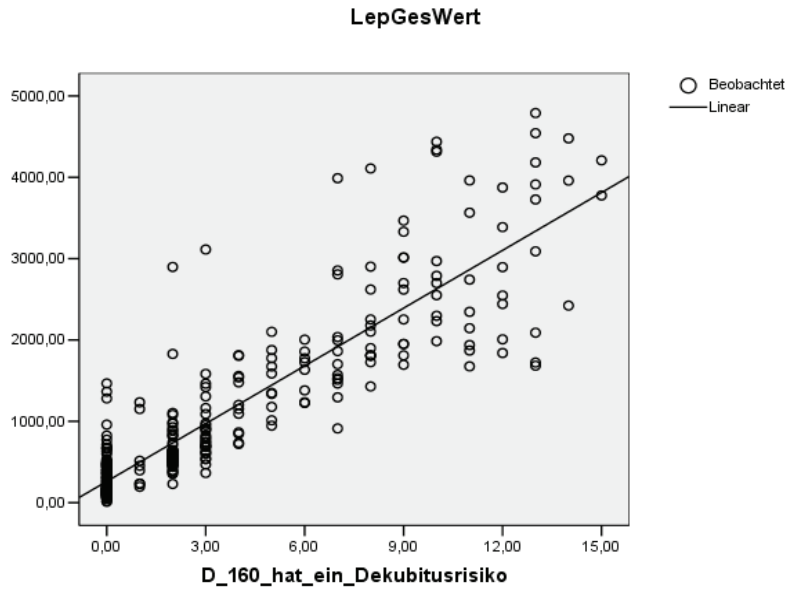
Gleichung	Modellzusammenfassung					Parameterschätzer	
	R-Quadrat	F	Freiheitsg rade 1	Freiheitsg rade 2	Sig.	Konstante	b1
Linear	,794	1317,075	1	342	,000	261,729	236,699

Die unabhängige Variable ist D\_160\_hat\_ein\_Dekubitusrisiko.

**Zusammenhang  
D\_160 Der Pat. hat ein  
Dekubitusrisiko und  
verbraucher  
LEP®-Pflegezeit**

		LepGesWert	D_160_hat_ein_Dekubitu srisiko
LepGesWert	Korrelation nach Pearson	1	,891**
	Signifikanz (2-seitig)		,000
	N	344	344
D_160_hat_ein_Dekubitusrisiko	Korrelation nach Pearson	,891**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
	N	344	344

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.



Quelle: Fr. Dr. Pia Wieteck, Präsentation auf dem Münchner Pflegekongress 2006

Modellzusammenfassung und Parameterschätzer

Abhängige Variable: LepGesWert

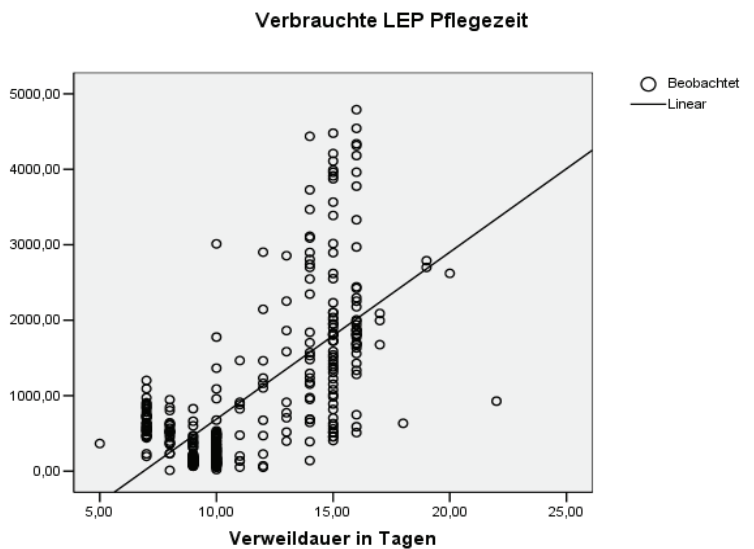
Gleichung	Modellzusammenfassung					Parameterschätzer	
	R-Quadrat	F	Freiheitsg rade 1	Freiheitsg rade 2	Sig.	Konstante	b1
Linear	,434	262,483	1	342	,000	-1522,022	221,210

Die unabhängige Variable ist Verweildauer\_Tage\_.

**Zusammenhang  
Verweildauer und  
verbraucher  
LEP®-Pflegezeit**

		LepGesWert	Verweildauer Tage
LepGesWert	Korrelation nach Pearson	1	,659**
	Signifikanz (2-seitig)		,000
	N	344	344
Verweildauer_Tage_	Korrelation nach Pearson	,659**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
	N	344	344

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.



Quelle: Fr. Dr. Pia Wieteck, Präsentation auf dem Münchner Pflegekongress 2006

# Status der ePA-Einführung in Europa

...basierend auf dem ePA-Einführungsmodell der HIMSS

Stage	Germany	Italy	Austria	Netherlands	Spain	Turkey	Europe*
Stage 7	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.1%
Stage 6	0.0%	0.7%	0.0%	14.1%	4.7%	2.8%	2.6%
Stage 5	0.0%	8.9%	33.3%	42.3%	31.8%	9.8%	18.0%
		1.6%	2.6%	2.8%	6.2%	23.8%	5.5%
Stage 3	7.7%	3.4%	0.0%	0.0%	1.9%	4.2%	3.6%
Stage 2	33.1%	33.6%	38.5%	39.4%	25.6%	50.3%	32.9%
Stage 1	0.3%	33.1%	2.6%	1.4%	9.5%	0.7%	13.6%
Stage 0	45.3%	18.8%	23.1%	0.0%	19.9%	8.4%	23.5%
N	311	447	39	71	211	143	1,343

Quelle: Entnommen aus dem Vortrag von Uwe Buddrus, Senior Consultant at HIMSS Europe GmbH 10.2014; HIMSS Analytics Europe Datenbank (07/2014, basierend auf Daten der letzten 24 Monate ungewichtet)

## HIMSS-Modell zur Bewertung des Fortschritts in der Einführung von ePAs

European EMR Adoption Model <sup>SM</sup>	
Stufe	Cumulative Capabilities
Stufe 7	Vollständiges EMR; CCD-Transaktionen zur gemeinsamen Datennutzung; Data Warehousing; Berichte über das Resultat der Datenpflege, Qualitätssicherung
Stufe 6	Interaktion der ärztlichen Dokumentation mit vollständigem CDSS (strukturierte Vorlagen bzgl. klinischer Protokolle lösen Varianz- und Konformitätswarnungen aus) und geschlossene Medikationsverwaltung.
Stufe 5	Komplette PACS –Lösung ersetzt alle filmbasierten Bilder.
Stufe 4	CPOE zumindest in einem klinischen Service-Bereich bzw. für die Medikation (d. h. e Prescribing); möglicherweise gibt es auf Grundlage klinischer Protokolle Unterstützung bei klinischen Entscheidungen.
Stufe 3	Pflege-/klinische Dokumentation (Fließschema); möglicherweise gibt es Unterstützung bei klinischen Entscheidungen zur Prüfung auf Fehler während der Verordnungseingabe bzw. PACS ist auch außerhalb der Radiologie verfügbar.
Stufe 2	Speicher für klinische Daten (Clinical Data Repository, CDR) / elektronische Patientenakte; möglicherweise gibt es ein kontrolliertes medizinisches Vokabular; Unterstützung bei klinischen Entscheidungen (CDS) zur elementaren Konfliktüberprüfung, Dokumentenspiegelung und Funktionen zum Austausch von Krankheitsdaten (HIE).
Stufe 1	Unterabteilungen wie Labor, Radiologie und Apotheke sind alle installiert ODER die LIS-, RIS-, PHIS-Datenausgabe erfolgt online über externe Service Provider.
Stufe 0	Keine der drei Unterabteilungen (LIS, RIS, PHIS) ist installiert ODER es erfolgt keine Labor-, Radiologie-, Apotheken-Datenausgabe online über externe Service Provider.

Optimale Umgebung für komplette elektronische Patientenakte und integrierte Versorgung

Pflegedokumentation

Quelle: Entnommen aus dem Vortrag von Uwe Buddrus, Senior Consultant at HIMSS Europe GmbH 10.2014



Dr. Christopher Hermann

Vorstandsvorsitzender AOK Baden-Württemberg

## Enquetekommission „Pflege“ des Landtags von Baden-Württemberg

Anhörung zum Thema „Finanzierung“ am 24. April 2015

Anhörung „Finanzierung“ am 24.04.2015  
Enquetekommission „Pflege“ des Landtags von Baden-Württemberg  
Dr. Christopher Hermann, AOK Baden-Württemberg

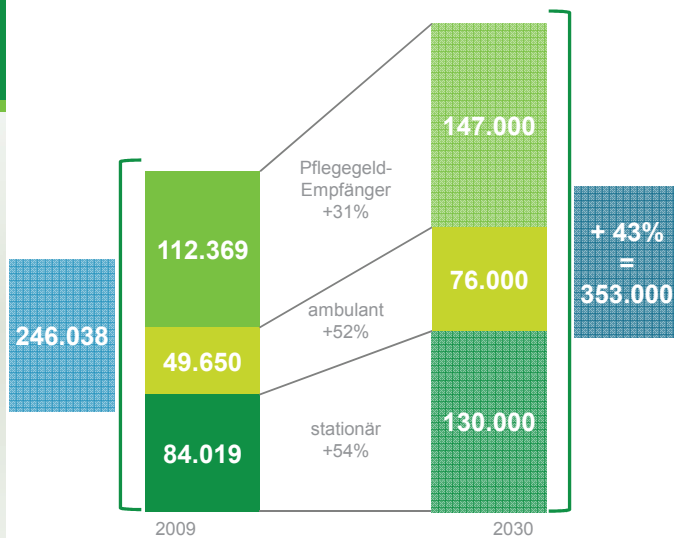


### AGENDA – Finanzierung Pflegeversicherung

- 1 Demographische Entwicklung
- 2 „Pflege-Bahr“
- 3 Pflegevorsorgefonds
- 4 SPV und PPV
- 5 Kapitaldeckung und Vollversicherung
- 6 Fazit

# Finanzierung – stetige Herausforderung

## Pflegebedürftige in Baden-Württemberg 2009 und 2030

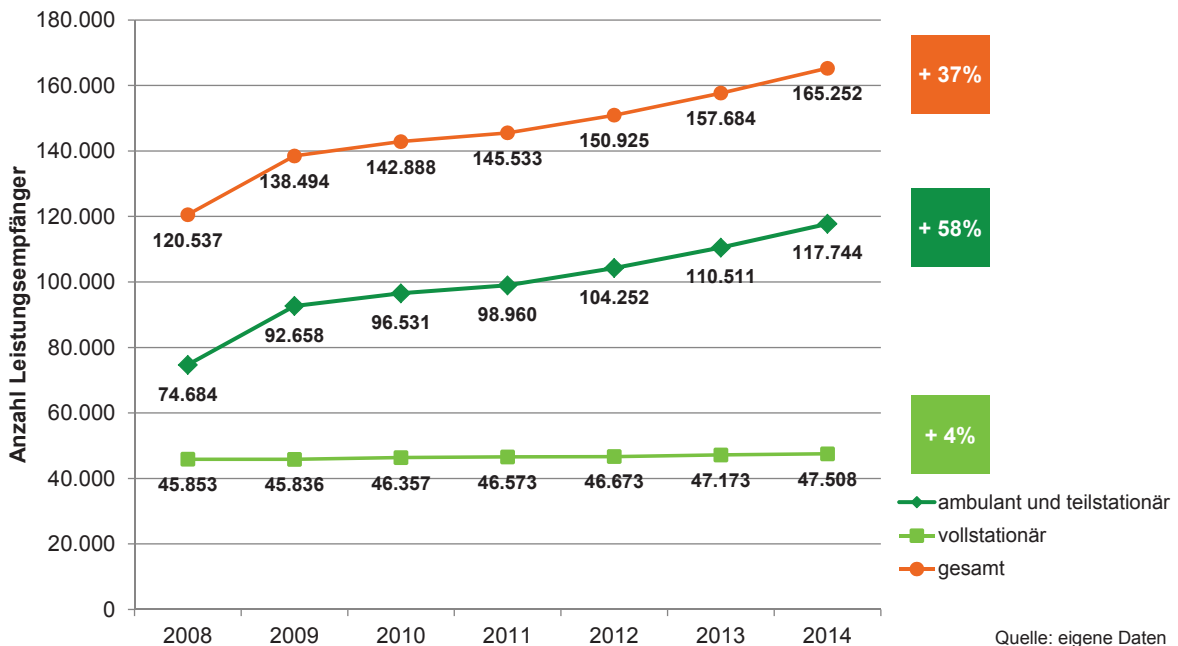


Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

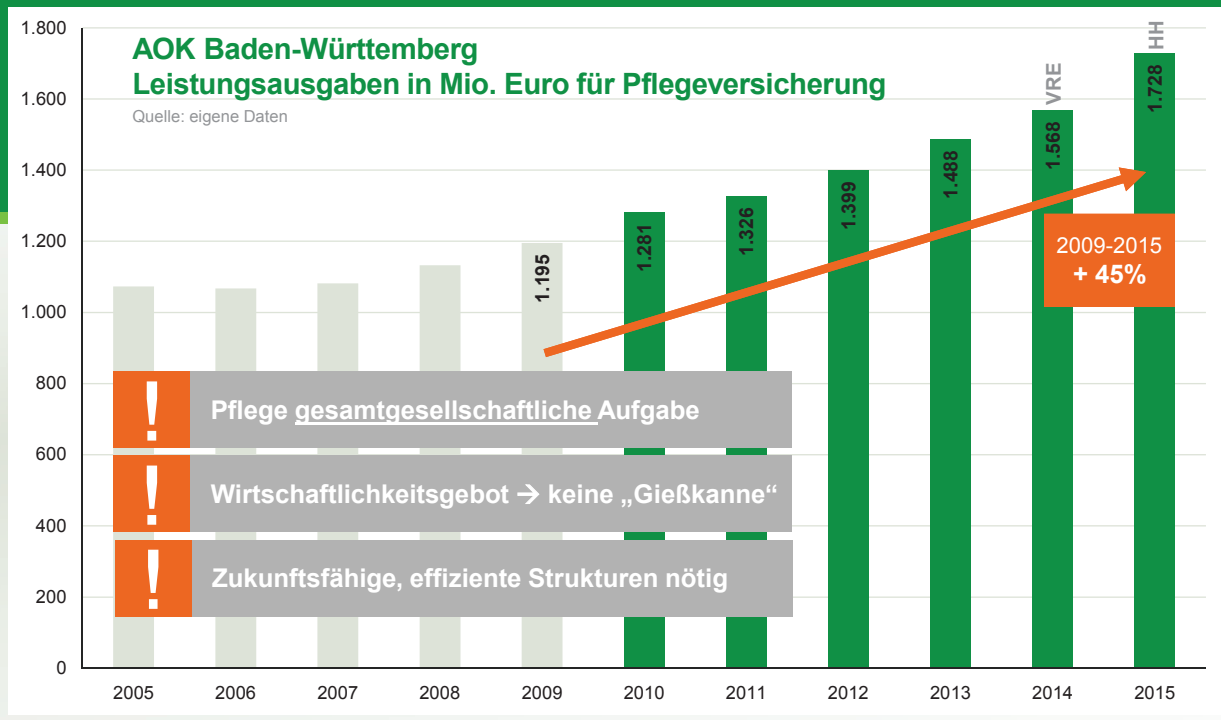
- Steigende Anzahl Pflegebedürftiger
- Familiäres Pflegepotential nimmt ab
- Multimorbidität → Alter benötigt professionelle Pflege
- Bedarf an Pflegepersonal steigt
  - Bundesweit + 500.000 professionelle Pflegekräfte
  - Mehrbedarf regional unterschiedlich
  - BW + 54.000 Pflegekräfte

# AOK Baden-Württemberg Steigende Anzahl der Leistungsempfänger

## Leistungsempfänger Pflegeversicherung (jeweils Pflegestufe I-III gesamt)



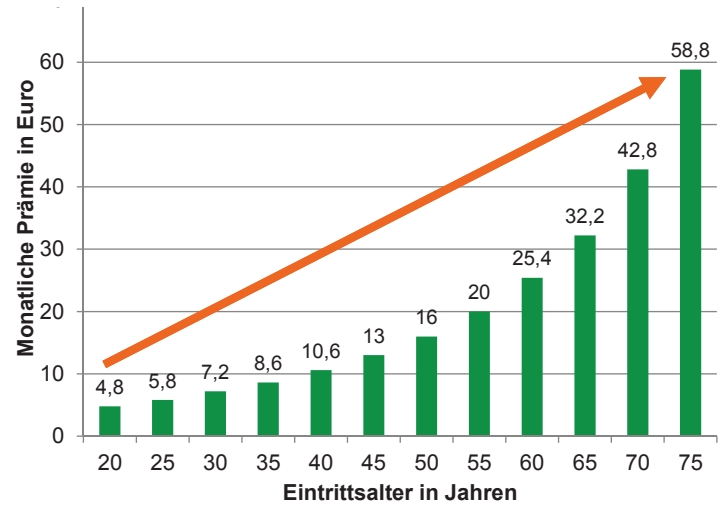
# Finanzierung – stetige Herausforderung



# Pflege-Bahr

- Hinter Erwartungen zurück (2013: 1,5 Mio. Abschlüsse progn., tatsächlich 350.000)
- Deutsche Bundesbank: Für „untere u. mittlere Einkommensgruppen wenig attraktiv“
- Adverse Selektion
- Finanzierungslücke bleibt

**Monatliche Prämien staatlich geförderte ergänzende PV  
PKV-Musterkalkulation**



Quelle: PKV-Verband, Rechenschaftsbericht 2012; eigene Darstellung

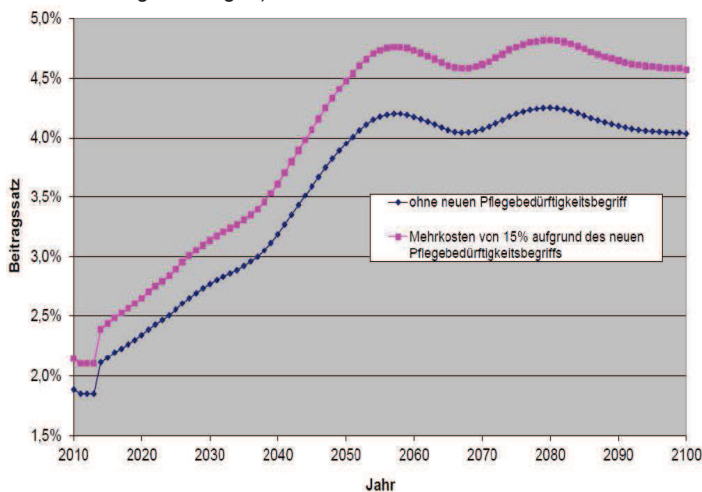
➔ Pflege-Bahr ungeeignet!

## Pflegevorsorgefonds

- Gefahr Zweckentfremdung
- Nicht nachhaltig
- 0,1 Beitragssatzpunkt Entlastung 2035 ff. unwesentlich
- Beitragssatz-Untertunnelung Illusion
- ➔ Finanzmittel heute für Leistungen nutzen

### Demographische Beitragssatzprojektion

(Annahme: real konstante Arbeitsentgelte und Versicherungsleistungen)

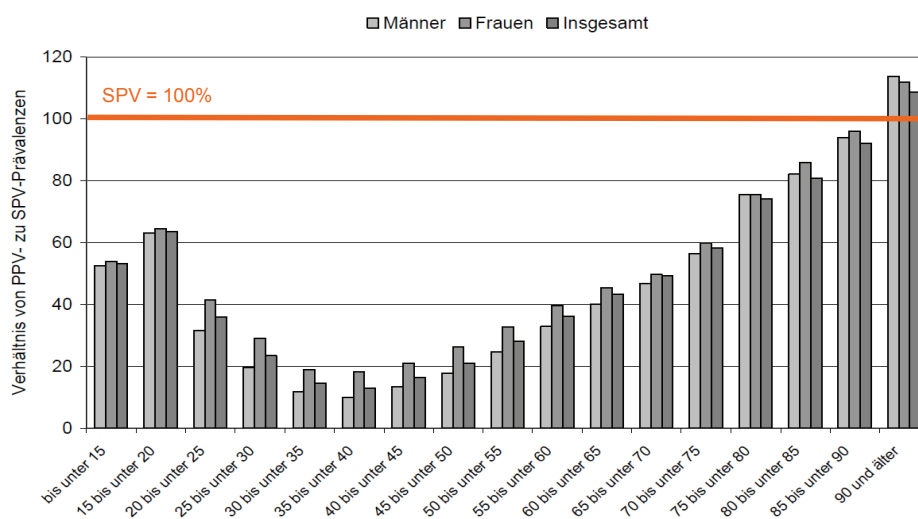


Quelle: Jacobs/Rothgang 2014

➔ Pflegevorsorgefonds ungeeignet

## SPV und PPV

### Pflegeprävalenz PPV zu SPV (alle Pflegestufen) 2008



PPV-Versicherte „bessere Risiken“  
➔ Finanzausgleich ➔ Risiken fair u. nachhaltig verteilen

Quelle: Rothgang et al. 2013



## Kapitaldeckung und Vollversicherung

### Kapitaldeckungsverfahren

- Wertverlust
- Erhebliche Beitrags- und Prämiensteigerungen möglich (PKV!)
- Einführung Kapitaldeckungsverfahren
  - Finanzierungslücke
  - hohe Zusatzbelastung pflegenähere Jahrgänge



Kapitaldeckungsverfahren nicht sinnvoll

### Vollversicherung

- Vollversicherung massive Beitragssatz-/Ausgabensteigerungen
- Bsp. Niederlande: extreme Kostendynamik
- Angebotsinduzierte Leistungsanspruchnahme
- Andere Steuerungsarrangements zwingend



Vollversicherung nicht sinnvoll

## Fazit – Strukturwandel aktiv gemeinsam gestalten

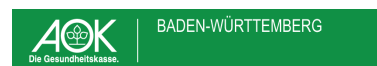
- Nachhaltige Lösungen
  - Vernetzung Leistungserbringer
  - Stärkung regionaler Strukturen
  - Bedarfsorientierte Versorgungsstrukturen
  - Einheitliche Pflegeversicherung
- ... gibt es nicht zum „Nulltarif“!**
- AOK investiert in Leistungen, Versorgung, Service und Beratung



Beteiligung aller Akteure notwendig



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



## Enquetekommission „Pflege“ des Landtags von Baden–Württemberg

Walter Scheller  
Leiter der vdek–Landesvertretung  
Baden–Württemberg

Anhörung zum Thema „Finanzierung Pflegeversicherung“  
24. April 2015 im Landtag

### Ablauf

1. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen
2. Was hat die Pflegeversicherung bereits erreicht?
3. Muss sich die PKV finanziell stärker einbringen?
4. Vorschläge zur Finanzierung der häuslichen Krankenpflege
5. Löst der „Pflege–Bahr“ die Herausforderung der Zukunft?
6. Was Pflegefachkräfte in der Altenpflege verdienen
7. Was Pflegefachkräfte in der Krankenpflege verdienen
8. Personelle Ausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
9. Situation der personellen Ausstattung in Baden–Württemberg
10. Vergeudung von Personalressourcen
11. Pflegebedürftigkeitsbegriff
12. Fazit

## 1. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen müssen berücksichtigt werden. Die Gesellschaft entscheidet, wie die Zukunft der Pflege auszusehen hat. Die Politik hat entsprechend zu handeln. Der **Beitragssatz** in der Pflegeversicherung wird nach meiner Einschätzung **mittelfristig bei 2,8 Prozent** liegen.

**Grundsätzlich** hat sich das Umlageverfahren der sozialen Pflegeversicherung bewährt, Kapitaldeckungsverfahren werden von uns abgelehnt. Wir sprechen uns dafür aus, die getrennte Finanzierung von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung zu überwinden und fordern, die unterschiedlich verteilten Risiken regelmäßig festzustellen und finanziell auszugleichen.

## 2. Was mit der Einführung der Pflegeversicherung bereits erreicht wurde

In den vergangenen Jahren ist bereits einiges geschehen, nur einige Beispiele:

- Einführung der Pflegeberatung und der Pflegenoten
- Förderung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen
- Zuschüsse für Wohngruppen aufgrund der Entwicklung neuer Lebensformen
- Pflegestützpunkte

### 3. Muss sich die PKV finanziell stärker einbringen?

Eindeutiges „Ja“!

Die PKV muss zumindest in den Finanzausgleich mit der sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden. Denn in der Pflege gelten Einheitsbeitragsätze, egal ob privat oder gesetzlich versichert.

### 4. Vorschläge zur Finanzierung der häuslichen Krankenpflege

Wir sehen den Fokus im Bereich der häuslichen Krankenpflege bei der ständigen Überprüfung der Vereinfachung und Verkürzung von Arbeitsprozessen, um Personal anders einzusetzen.

Es kann keine Lösung sein, immer mehr Geld ins System zu geben, sondern es sollte vorrangig daran gearbeitet werden, mit den vorhandenen finanziellen Ressourcen zurecht zu kommen.

HKP Preisvergleich:

Preis	Baden-Württemberg	Rheinland-Pfalz	Schleswig-Holstein
Medikamentengabe vdek	EURO 9,90 EURO	9,80 EURO	9,38 EURO

## 5. Löst der „Pflege-Bahr“ die Herausforderung der Zukunft?

Der „Pflege-Bahr“ bleibt weiterhin ein Nischenprodukt und ist letztlich kein geeignetes Instrument zur Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.

Hierzu gibt es folgende Gründe:

1. Die Zahl der abgeschlossenen Verträge ist gering.
2. Wie die Erfahrungen mit Riester-Rente und bestehenden Zusatzversicherungen zeigen, werden Zusatzversicherungen vor allem von einkommensstärkeren Schichten in Anspruch genommen.
3. Die in der Musterkalkulation enthaltenen Leistungshöhen sind unzureichend, um einen nennenswerten Beitrag zur Schließung der Lücke zwischen den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und den Finanzierungsbedarfen bei Pflegeversicherung zu schließen.
4. Die Existenz des „Pflege-Bahrs“ kann dazu führen, die Leistungen des obligatorischen Systems unzureichend zu dynamisieren und damit das obligatorische System schwächen.

## 6. Was Pflegefachkräfte in der Altenpflege verdienen

Bundesland	Altenpflege
<b>Baden-Württemberg</b>	<b>2.725</b>
Bayern	2.709
Nordrhein-Westfalen	2.692
Sachsen	1.784
Sachsen-Anhalt	1.743
<b>Westdeutschland</b>	<b>2.568</b>
Ostdeutschland	1.945
<b>Deutschland</b>	<b>2.441</b>

Monatliche Median-Bruttoentgelte in Euro  
Quelle: FAZ Januar 2015

## 7. Was Pflegefachkräfte in der Krankenpflege verdienen

Bundesland	Krankenpflege
Saarland	3.293
Bremen	3.240
Nordrhein-Westfalen	3.202
<b>Baden-Württemberg</b>	<b>3.183</b>
Brandenburg	2.647
Mecklenburg-Vorpommern	2.636
<b>Westdeutschland</b>	<b>3.193</b>
Ostdeutschland	2.738
<b>Deutschland</b>	<b>3.042</b>

Monatliche Median-Bruttoentgelte in Euro  
Quelle: FAZ Januar 2015

9 Walter Scheller – Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)



## 8. Personelle Ausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Bundesland	Fachkraftquote	Personalschlüssel Pflegestufe I	Personalschlüssel Pflegestufe II	Personalschlüssel Pflegestufe III	Preise im Durchschnitt Pflegestufe II
Baden-Württemberg	Mind. 50 %	3,96 – 3,13	2,83 – 2,23	2,08 – 1,65	67,32 EURO
Rheinland-Pfalz	Mind. 50 %	4,2	2,8	1,8	60,92 EURO
Schleswig-Holstein	Mind. 50 %	6 – 4,05	4 – 3,05	2,8 – 2,28	55,86 EURO

10 Walter Scheller – Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Quelle: vdek Ba-Wü



## 9. Situation der personellen Ausstattung in Baden–Württemberg

- Leistungserbringerverbände in Baden–Württemberg fordern, die Personalschlüssel in den stationären Pflegeeinrichtungen deutlich zu verbessern.
- Der MDK bestätigt den Einrichtungen eine gute Qualität. Deshalb sollte über andere Lösungen nachgedacht werden, als die Personalschlüssel pauschal anzuheben, zum Beispiel die verantwortliche Pflegefachkraft zusätzlich zu den Personalschlüsseln vorzuhalten.
- Baden–Württemberg hat aktuell im Bundesvergleich die besten Personalschlüssel.

## 10. Vergeudung von Personalressourcen

- Der Personalnotstand ist zum Teil auch ein hausgemachtes Problem (Teilzeitbeschäftigung).
- Die Leistungserbringer stellen Personal meist nicht mehr in Vollbeschäftigung ein, sondern häufig in einem Beschäftigungsumfang von 80 Prozent.
- Das hat zur Folge, dass 20 Prozent der Arbeitszeit von Fachkräften nicht genutzt wird (Ressourcenverschwendung).
- Der Einsatz des vorhandenen Personals in den Pflegeeinrichtungen muss nachgewiesen werden.





## 11. Pflegebedürftigkeitsbegriff

Wir fordern die zügige Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der stärker auf die Bedürfnisse von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgerichtet ist.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind die erforderlichen Finanzmittel sicherzustellen.

Bei dessen Einführung ist ein Bestandsschutz der Leistungen zu garantieren.

Die daraus resultierenden Mehrkosten müssen aus der geplanten Erhöhung des Beitragssatzes von 0,2 Prozentpunkten gedeckt werden.



## 12. FAZIT

Wir fordern von allen Beteiligten:

Heute und morgen die pflegerischen Belange im Sinne der Pflegebedürftigen weiterzuentwickeln.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Walter Scheller  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Landesvertretung Baden-Württemberg  
Tel.: 0711/23954-11 Fax: 0711/23954-16  
E-mail: [walter.scheller@vdek.com](mailto:walter.scheller@vdek.com)