

# IFFLAND & WISCHNEWSKI

Rechtsanwälte | Fachkanzlei für Heime und Pflegedienste

RAe IFFLAND & WISCHNEWSKI | Pfungstädter Str. 100 A | 64297 Darmstadt

IQP - Institut für Qualitätssicherung in der Pflege

**Sascha Iffland**  
Rechtsanwalt

**Alexander Wischnewski**  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Arbeitsrecht

**Jörn Bachem**  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

**Markus Düncher**  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Mietrecht und  
Wohnungseigentumsrecht

**Henning Sauer**  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Arbeitsrecht  
Fachanwalt für Sozialrecht

**Angela Jansen**  
Rechtsanwältin

**Pia Diehl**  
Rechtsanwältin

**Jasmin Fischer**  
Rechtsanwältin

**Sarah Scherz**  
Rechtsanwältin

**Sybille Jahn**  
Rechtsanwältin

**Malte Schmietendorf**  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Arbeitsrecht

**Markus Eitzer**  
Rechtsanwalt

Bei Rückfragen und Zahlungen  
bitte angeben:

841/11JB01/ba  
08.11.2011

## Qualitätssicherung in der Pflege - Sollen - Können - Ermöglichen

Symposium des Instituts für Qualitätssicherung in der Pflege  
Fürstenfeldbruck, 8. November 2011

### Qualität in der Pflege - Wer trägt welche Verantwortung?

Jörn Bachem  
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

recht herzlich darf ich mich für die Einladung zu Ihrem Symposium bedanken.

Im Programm war das Vorstandsmitglied des IQP Herr Prof. Klie vorgesehen, der leider wegen einer dienstlichen Verpflichtung heute nicht zu Ihnen kommen kann. Ich habe mit ihm und mit Ihnen, Frau Dr. Randzio, besprochen, dass ich, auch wenn ich hier alleine stehe, einen Vortrag halte, der Prof. Klies und meine Überlegungen zusammenführt und teilweise auch kontrastiert. Ich spreche also heute nicht für ihn, aber auch nicht alleine.

Herr Klie, der es sehr bedauert, heute nicht hier sein zu können, hat mir einige seiner Gedanken zu der Verantwortungsteilung für die Qualität in der Pflege in Textform zukommen lassen, so dass ich seine zentralen Überlegungen in den vierten und letzten Teil meines Vortrages integrieren kann. Wo es mir angebracht erschien, habe ich seine Aussagen um eigene Überlegungen ergänzt, an anderen Stellen werde ich auch gelinden Widerspruch anmelden. Herrn Prof. Klies Thesen sind politischer Natur, sie fordern Veränderungen, sie machen auch rechtliche Änderungen erforderlich.

Bevor ich mich seinen Überlegungen zuwende und sie um meine Sicht ergänze, vorab eine grobe Einführung in die Systematik und die Nomenklatur der Qualität im SGB XI.

### Folie Gliederung

- I. Rechtliche Definition der Qualität**
  1. Gegenstand der Qualität (Pflege - Versorgung - Betreuung)
  2. „Allgemein anerkannter Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ versus Vereinbarungsprinzip
  
- II. Rechtliche Primärverantwortung für die Leistungsqualität bei den Einrichtungen**
  1. Abgrenzung zur Verantwortung Dritter, insbesondere der Beschäftigten (Haftungsrecht)
  2. Öffentlich-rechtliche Qualitätsverantwortung der Einrichtungen
  3. Abgrenzung zum Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen
  
- III. Rechtliche Verantwortung ...**
  1. für die interne Qualitätssicherung
  2. für die externe Qualitätssicherung

**... und ihre Ausgestaltung.**

  3. Beratungsfunktion des MDK
  
- IV. Thesen zum Status Quo und zu einer neuen Rollenverteilung**
  1. Subsidiaritätsprinzip im Bereich der Qualitätssicherung Geltung verschaffen
  2. Qualitätsverantwortung - Rollen funktionsbezogen differenzieren und verteilen

Qualität hat auch rechtlich viele Dimensionen. Sie bedarf zunächst der Definition im Sinne von Qualitätszielen und strukturellen und prozeduralen Anforderungen an die Leistungserbringer, welche gute Qualität schaffen sollen. Hierum geht es im ersten Teil meiner Ausführungen.

Anschließend will ich mich der Frage widmen, wie das SGB XI die Verantwortung für die Qualität im Grundsatz verteilt, und zwar verteilt im Sinne sowohl der Beschreibung des faktischen Status Quo bei Einführung der Pflegeversicherung ebenso wie einer Zielsetzung. Einer Zielsetzung, an der sich die Instrumente der Qualitätssicherung, die den dritten Teil meiner rechtlichen Einführung prägen, messen lassen müssen.

## Wer trägt also welche Verantwortung für die die Qualität in der Pflege?

### I. Rechtliche Definition der Qualität

Die Pflegeversicherung soll laut § 1 SGB XI das Risiko der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Sozialversicherung sozial absichern. Aber der Sozialstaat entlässt die Versicherten hier keineswegs aus ihrer Selbstverantwortung. Das betrifft nicht nur den Umstand, dass die Pflegeversicherung nur eine „Teilkaskoversicherung“ mit gedeckelten Leistungen ist, sondern nach § 6 sollen die Versicherten unter anderem durch gesundheitsbewusste Lebensführung und aktive Mitwirkung an kurativen und rehabilitativen Maßnahmen dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit sollen sie an einer sie aktivierenden Pflege mitwirken. All dies sind aber selbstverständlich nur Programmsätze, die nicht wie echte Rechtspflichten vollstreckbar sind oder deren Verletzung sanktioniert wäre. Dennoch sollte man die Pflegebedürftigen selbst nicht übersehen, wenn man von den Verantwortlichen für die Qualität der Pflege spricht. Viele, zumindest die weniger Pflegebedürftigen, können und sollten eine ganz erhebliche eigene Rolle im Pflegeprozess und seiner Evaluation spielen und mithelfen, dass die Pflege eben keine Objektpflege zu werden droht. Das Bewusstsein der Betroffenen und ihr Selbstbewusstsein hierfür sind von größter Bedeutung und zu stärken. Hierher gehört zum Beispiel auch der sensiblere und fachkundigere Umgang mit Altersdepressionen.

In § 8 Abs. 1 stellt der Gesetzgeber unmissverständlich fest – wie er es zugleich in banger Hoffnung fordert, dass die pflegerische Versorgung der Bevölkerung **eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist**. Das spiegelt sich rechtlich in der Versicherungs- und der allgemeinen Beitragspflicht, auch für Privatversicherte, nur unvollkommen. Die pflegerische Versorgung ist heute, nach wie vor, vor allem eine Aufgabe der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Familien, die dabei unangemessen wenig Unterstützung erhalten.

Die ambulante und stationäre pflegerische Versorgung an sich sollen gemäß § 8 Abs. 2 SGB XI die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung der MDK gewährleisten. Sie alle sind die institutionellen Hauptakteure, die, auf unterschiedliche Weise, auf die Qualität der Pflege einwirken.

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der folgende Programmsatz aus dieser Norm:

**„Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn, Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der menschlichen Zuwendung hin“.**

Mit der forcierten Institutionalisierung der Pflege durch das Pflegeversicherungsgesetz und die zahlreichen Reformgesetze seither im Gleichschritt mit den rapiden Veränderungen unserer Arbeitsgesellschaft unter dem Druck der Globalisierung sind wir

aber, trotz aller Fortschritte in der Fachwissenschaft und der Zivilgesellschaft, wohl von dieser Kultur heute noch ähnlich weit entfernt wie 1995. Dennoch: das SGB XI kennt die Bedeutung der Angehörigen, des sozialen Umfeldes und der Zivilgesellschaft für die Pflege, erkennt sie an und will sie stärken. Das ist sicherlich ein wichtiger Ansatzpunkt, Qualität weiterzuentwickeln und zu verbessern.

### **Was ist nun Qualität im juristischen Sinne im SGB XI?**

Es gibt hier vor allem zwei definitorische Grundnormen, die in einem gewissen Spannungsverhältnis zueinander stehen, nämlich § 11 Abs. 1 und § 113 Abs. 1 SGB XI:

§ 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI spricht drei Leistungsebenen an: die Pflege, die Versorgung und die Betreuung. Die Pflegeeinrichtungen, so heißt es dort, pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend **dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse**. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten, besagt Satz 2 ergänzend. Während der allgemein anerkannte Stand *medizinischer* Erkenntnisse begrifflich weniger problematisch erscheint, hier besteht eine primäre ärztliche Verantwortung und man wird hier auf die Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften abstellen können, ist es wohl allgemein anerkannter Stand der *Pflegewissenschaft*, dass es einen solchen Wissensstand in ihr bislang noch nicht gibt. Das dürfte auch in der rechtswissenschaftlichen Literatur Konsens sein.

Der Gesetzgeber, der die Begriffe dem Krankenversicherungsrecht entlehnt hat, ist sich des Problems dann auch bei der Vorbereitung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 gewahr geworden und hat zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Erkenntnisstandes § 113a SGB XI in das seit dem Pflegequalitäts-Sicherungsgesetz bestehende Qualitätssicherungskapitel des SGB XI eingefügt. Durch § 113a wird die Pflege-Selbstverwaltung verpflichtet, die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter, rechtsverbindlich zu beachtender Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicherzustellen. Dabei sind neben dem MDS auch die Berufsverbände, die Selbsthilfeorganisationen und unabhängige Sachverständige zu beteiligen. Die Expertenstandards sind auf Beschluss der Vertragsparteien nach § 113 durch Dritte zu erstellen und ihre Einführung ebenso zu beschließen. Die hierfür erforderliche Verfahrensordnung haben sich die Vertragsparteien bereits vor zweieinhalb Jahren gegeben.

Wie jüngst zu lesen war, haben sich das DNQP und die Selbstverwaltung bis zuletzt nicht auf eine Übertragung der Nutzungsrechte für die bestehenden Standards des DNQP einigen können, sodass deren Aktualisierung als Standards nach § 113a nicht erfolgen wird. Die Selbstverwaltung verzichtet damit vorerst auf die Einführung rechtsverbindlicher Standards zu so wichtigen Themen wie Dekubitusprophylaxe, pflegerischem Schmerzmanagement und Wundversorgung und will sich stattdessen auf neue Themen konzentrieren. Gestern ist nun die Frist abgelaufen, bis zu der die

Vorschlagsberechtigten Themenvorschläge beim GKV-Spitzenverband einreichen konnten. Vorgesehen ist zunächst nur *ein* neuer Standard. Damit bleibt es zunächst bei dem Streit, ob die DNQP-Standards zumindest über § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI rechtlich verbindlich sind oder nicht.

§ 11 Abs. 1 Satz 1 und § 113a SGB XI gehen davon aus, dass der allgemein anerkannte Erkenntnisstand sich dynamisch entwickelt. Standards nach § 113a können aber stets nur eine Momentaufnahme verbindlich machen, während § 11 Abs. 1 Satz 1 den Erkenntnisstand, wie er zum Leistungszeitpunkt gerade besteht, für verbindlich erklärt. Dass die fachliche Norm allerdings bei § 11 Abs. 1 Satz nicht festgeschrieben ist und so auf Seiten der Einrichtungen und der Pflegekräfte nicht sicher nachzuvollziehen ist, was gelten soll, macht die Regelung problematisch. Abhilfe schafft in gewissem Maße § 113 Abs. 1 SGB XI, der die Selbstverwaltung verpflichtet, unter Beteiligung des MDS, der Berufsverbände und der Selbsthilfeorganisationen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu vereinbaren. Diese Vereinbarung setzt für die Pflegekassen ebenso wie für die Einrichtung verbindlich Recht. Sie ist, weit überwiegend im Konsens, zum Teil aber erst durch einen Schiedsspruch in diesem Jahr zustande gekommen und folgt nach Aufhebung des früheren § 80 SGB XI durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz den Gemeinsamen Qualitätsmaßstäben aus dem Jahr 1996 nach.

Die Festschreibung bestimmter Qualitätsziele und –merkmale durch Vereinbarung ist im Interesse der Rechtssicherheit und der Operationalisierung von Qualität sicherlich hilfreich. Diese Festschreibung erfolgt den Erfahrungen nach aber für Zeiträume von vielen Jahren (auf Bundesebene sind 15 vergangen, Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI werden meist auch nur aus Anlass bundesrechtlicher Änderungen aktualisiert) und ist damit gegenüber dem Anliegen des § 11 Abs. 1 Satz 1 statisch. Ohnehin gibt es viel grundsätzliche Kritik daran, Qualität zum Gegenstand von Verträgen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zu machen, die naturgemäß, jeweils aus ihrer Perspektive, stark auf die Wirtschaftlichkeit blicken müssen. Ebenso wird kritisiert, dass die Pflegeberufe als Träger der praktischen Qualitätsentwicklung und die Pflegewissenschaft viel zu wenig Einfluss auf die Definition der Qualität haben.

Diese Diskussion wird seit langem geführt und ist weiter zu führen. Mit einer Umwälzung des bestehenden Systems durch die bevorstehende Pflegereform ist aber nicht zu rechnen. Bis auf Weiteres bleibt es also dabei, dass primär die gesetzlich klar bestimmten und die vertraglich vereinbarten Qualitätsanforderungen verbindliche Richtschnur sind. Geht es um das Versorgungsgeschehen im Detail, etwa um die Bewertung durchgeführter Prophylaxen, müssen die Pflegekassen und der MDK auf den Stand der Wissenschaft zurückgreifen, wie er sich in der Praxis durchgesetzt hat, und sich auf die Feststellung beschränken, ob die Maßnahme fachlich vertretbar war oder nicht. Auch hinsichtlich der Risikoeinschätzung können sie nicht mehr verlangen, als das eine solche bei Erforderlichkeit erfolgt ist. Erst jüngst hat eine Studie gezeigt, dass wissenschaftlich erarbeitete Assessment-Instrumente der freien Risikoeinschätzung

durch eine erfahrene Pflegefachkraft nicht überlegen sind (*frei zitiert nach Prof. Dr. Martina Hasseler in Speyer am 11.10.2011, ebenso heute Frau Prof. Dr. Gabriele Meyer in ihrem Vortrag*).

Die Vereinbarung nach § 113 Abs. 1 SGB XI schließt Regelungen zur Anerkennung gleichwertiger Prüfverfahren und –ergebnisse im Sinne des § 114 Abs. 4 SGB XI ein. Im Kern geht es dabei um Zertifizierungen von Qualitätsmanagementsystemen nach DIN EN ISO 9001:2000 und EFQM-Modell für Excellence, aus der Praxis bekannt ist etwa das Diakonie-Siegel Pflege. Anerkennungsfähig sind aber auch QPR-analoge Prüfverfahren. Die Anerkennung der Prüfergebnisse soll zu einer Reduzierung der Regelprüfung nach § 114 SGB XI auf die Ergebnisqualität führen und die Einrichtung so entlasten und zum Qualitätsmanagement ermutigen. Der Gesetzentwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hatte allerdings noch vorgesehen, dass der Prüfturnus bei Vorliegen gleichwertiger Prüfergebnisse verlängert wird, was eine echte Entlastung bewirkt hätte. Die Hürden, welche die Vereinbarung nach § 113 Abs. 1 hier für eine Anerkennung errichtet, sind, gerade im Verhältnis zum recht geringen Entlastungseffekt, sehr hoch, was auf Bestrebungen des MDS und des GKV-Spitzenverbandes zurückgeht. Sie fürchteten einen Machtverlust für Pflegekassen und MDK.

## **II. Rechtliche Primärverantwortung für die Leistungsqualität bei den Einrichtungen**

Die Qualitätsverantwortung für die Pflege ist, gerade, aber nicht nur wenn man – im stationären Bereich – die soziale Betreuung dazu zählt und wenn man das Verständnis der Pflege als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe zugrunde legt, nicht nur auf Leistungserbringer und Kostenträger verteilt. Es gibt aber auch Beteiligte am Qualitätsgeschehen, denen normativ qualitätsbezogene Aufgaben zugewiesen sind. Bevollmächtigte und gerichtlich bestellte Betreuer etwa haben eigene, rechtsgeschäftlich beziehungsweise gesetzlich bestimmte Leistungs- und Überwachungspflichten außerhalb des SGB XI. Außerhalb des SGB XI liegen auch die Pflichten der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung. Sie treffen primär arbeitsvertragliche Pflichten gegenüber dem Arbeitgeber, sie haften den Pflegebedürftigen für Schäden im Sinne des Zivilrechts unmittelbar selbst aufgrund des § 823 Abs. 1 BGB und ihrem Arbeitgeber gegebenenfalls mit gewissen Beschränkungen im Regresswege. Und natürlich verpflichtet auch das Strafgesetzbuch sie, etwa zur Unterlassung von Misshandlungen oder zur Wahrung der Verschwiegenheitspflicht. Verpflichtungen der Mitarbeitenden aus dem Versorgungsvertrag selbst, sei es gegenüber den Pflegebedürftigen, sei es gegenüber den Pflegekassen, kennt das SGB XI nicht; das schließt, vielleicht für manche überraschend, die verantwortliche Pflegefachkraft ein.

Alle rechtlich begründeten Leistungs- und Schutzpflichten, auch die konkret auf die Pflegebedürftigen bezogenen, sind vielmehr im SGB XI unmittelbar und ausschließlich an den Einrichtungsträger adressiert. Das Bindeglied zwischen ihm und den Pflegekassen ist der öffentlich-rechtliche Zulassungsstatus, der aus dem Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI resultiert. Natürlich haben die Einrichtungsträger die leistungserbringerrechtlich begründeten Pflichten auch aufgrund des abgeschlossenen Heim-, Pflege- oder Betreuungsvertrages gegenüber den Pflegebedürftigen zu erfüllen. Dabei handelt es sich aber, soweit das Rechtsverhältnis

zum Pflegebedürftigen berührt ist, um eine zivilrechtliche Problematik, die natürlich im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis eng mit dem SGB XI verschränkt ist. Die qualitativ unzureichende Leistung kann der Versicherte aber nicht seiner Pflegekasse als Leistungsträger vorhalten und etwa seine Beitragszahlungen mindern, sondern er muss zivilrechtlich gegen den Leistungserbringer vorgehen.

Im Mittelpunkt des Leistungsgeschehens, der Leistungsverantwortung und damit eben auch der Qualitätsverantwortung stehen also systematisch die Pflegeeinrichtungen. Dem trägt das 2002 unter der Bezeichnung „Qualitätssicherung“ eingeführte 11. Kapitel SGB XI Rechnung.

In § 112 Abs. 1 Satz 1 heißt es:

**„Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5).**

Auch hier kommt wieder deutlich das Vereinbarungsprinzip hinsichtlich der normativen Qualitätsvorgaben zum Ausdruck. Die Einrichtungen haben einzuhalten und umzusetzen, was auf Bundesebene von der Pflege-Selbstverwaltung vereinbart wurde und wozu sie sich selbst in der Pflegesatzvereinbarung über die allgemeinen Vorgaben hinaus verpflichtet haben. Andere Maßstäbe, als sie in § 112 SGB XI bestimmt sind, kann es für die Beurteilung der Qualität einer Einrichtung nicht geben. Eine Ausnahme, ihrerseits mit zahlreichen besonderen Rechtsproblemen, stellt § 115 Abs. 1a SGB XI, die Grundnorm zur Veröffentlichung der Qualitätsprüfungsergebnisse, dar. Hierauf näher einzugehen, würde das Thema des heutigen Symposiums allerdings sprengen (vgl. dazu etwa *Bachem, Sozialrecht aktuell 2010, 123 ff.*).

§ 112 Abs. 2 SGB XI konkretisiert die qualitätsbezogenen Leistungs- und Mitwirkungspflichten weiter und ergänzt sie im Hinblick auf die Durchführung der Qualitätsprüfungen nach § 114 und § 114a SGB XI. Ich zitiere:

**„Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie die Zusatzleistungen (§ 88).**

Die Rolle der Pflegekassen beschränkt sich demgegenüber alleine auf die Überprüfung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Leistungs- und Qualitätsvorgaben, zu der sie sich des MDK und neuerdings der Firma medicproof zu bedienen haben. Hierauf will ich im Anschluss näher eingehen.

§ 112 Abs. 1 erwähnt, in kryptischem Juristendeutsch, den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen in § 69 SGB XI. Die Verantwortung der Einrichtungsträger besteht „unbeschadet“ des Sicherstellungsauftrags der Kassen. Er wird, so will es der Gesetzgeber sagen, nicht durch die umfassende Qualitätsverantwortung der Einrichtungen beschränkt. Der Sicherstellungsauftrag verpflichtet die Pflegekassen zur Gewährleistung der erforderlichen Versorgungsstrukturen. Das einzige Mittel, das ihnen dazu gegeben ist, ist der Abschluss von Versorgungsverträgen, sieht man von der praktisch irrelevanten Möglichkeit der Zulassung von Einzelpflegekräften ab. Der Sicherstellungsauftrag betrifft aber nicht einfach irgendeine, zahlenmäßig ausreichende pflegerische Infrastruktur, sondern ausdrücklich eine, die dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entspricht. Sie erinnern sich an meine Ausführungen zu diesen Begriffen vorhin. Auch hierfür bleiben die Pflegekassen also trotz der primären Qualitätsverantwortung der Einrichtungen verantwortlich.

### **III. Rechtliche Verantwortung für die Qualitätssicherung und ihre Ausgestaltung**

In die Praxis umzusetzen ist die im Sicherstellungsauftrag formulierte Verpflichtung, eine qualitativ angemessene Pflege zu gewährleisten, mittels der Pflicht, Qualitätsprüfungen zu veranlassen und schlechte Qualität gegebenenfalls zu sanktionieren. Dazu stehen den Landesverbänden der Pflegekassen aufgrund des § 115 SGB XI unter anderem die Instrumente des Mängelbescheides, der Vergütungskürzung, des ambulanten Versorgungsverbots und, gemäß § 74, der Kündigung des Versorgungsvertrags zur Verfügung. Die Qualitätsverantwortung der Pflegekassen beinhaltet außerdem bereits im Zusammenhang mit dem *Abschluss* von Versorgungsverträgen die Prüfung bestimmter struktureller Qualitätsanforderungen, wenn auch in sehr formalisierter Weise. Die wichtigste Anforderung, die hier zu nennen ist, ist der Nachweis, dass die Pflegeeinrichtung unter ständiger Verantwortung einer fachlich und persönlich geeigneten verantwortlichen Pflegefachkraft steht.

Zusammengefasst beschränkt sich die Qualitätsverantwortung der Pflegekassen außerhalb der normativen Qualitätsdefinition nach den §§ 84 Abs. 5, 75 Abs. 1 und 113 also auf eine präventiv überwachende und sanktionierende Rolle. Aktive, das Leistungsgeschehen direkt beeinflussende Verantwortung kommt ihnen nicht zu und das könnte auch praktisch kaum so sein.

Die überwachende Rolle der Pflegekassen durch den MDK wird in §§ 114 und 114a ausgeformt, was die Prüfungen selbst betrifft. Auf eine umfassende Darstellung des Prüfsystems kann ich vor diesem Auditorium verzichten. Nur kurz: Die Pflegekassen prüfen nicht selbst, auch wenn in der Praxis darüber gestritten wird, ob sie eigene Mitarbeiter für ambulante Abrechnungsprüfungen einsetzen dürfen oder nicht, sondern durch den MDK und den Prüfdienst der PKV als mit fachkundigen Mitarbeitern ausgestatteten Prüfstellen. Durch § 114a SGB XI werden dem MDK (und den anderen



Prüfern) zur Durchführung seiner Aufgaben bei der Qualitätsprüfung hoheitliche, also staatliche, Befugnisse verliehen, etwa im Hinblick auf das Betreten von Einrichtungen oder Aufklärungsmaßnahmen. Hier liegt übrigens die einzige Parallele zum TÜV, die es rechtfertigen könnte, von einem Pflege-TÜV zu sprechen, auch wenn dieser technikbezogene Begriff ohnehin angesichts des Gegenstandes der Prüfungen unangemessen ist. Auch der TÜV bekommt staatliche Befugnisse zu einem bestimmten Zweck und in einem bestimmten Umfang übertragen. Anstelle des Staates prüft er die Sicherheit von Kraftfahrzeugen, während der MDK im Auftrag der staatlichen Sozialversicherung die Einrichtungsqualität prüft, allerdings, richtig betrachtet, nicht rein sicherheitsbezogen, sondern in einem viel umfassenderem Qualitätsverständnis.

Die Qualitätsprüfungen nach dem 11. Kapitel SGB XI sind natürlich nicht die einzigen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die das SGB XI kennt. Schreibt es in § 72 Abs. 3 Nr. 3 die Selbstverpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems vor, beinhaltet das meines Erachtens schon begrifflich, dass eine, wie auch immer geartete, Form externer Evaluation erforderlich ist. Konkretisiert wird auch diese Anforderung durch die Vereinbarungen nach § 113 SGB XI, dort sowohl für die ambulante als auch die stationäre Pflege zunächst in der jeweiligen Ziffer 1.3. An dieser Stelle ist allerdings nur unbestimmt von der Überprüfung der Leistungen im Rahmen des Qualitätsmanagements die Rede. Ob das durch eigene Mitarbeiter, durch eine Peer Review im Austausch mit verbundenen Einrichtungen oder durch externe Sachverständige, etwa eine Zertifizierung im Sinne des § 114 Abs. 4 SGB XI, geschieht, ist nicht vorgegeben. Ziffer 5 (stationär; ambulante: Ziff. 4) besagt dann lediglich, der Träger solle sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen, und stellt beispielhaft etwa die Einrichtung von Qualitätszirkeln, die Mitwirkung an Assessmentrunden oder externe Audits zur Wahl. Zertifizierungen sind also nach wie vor im SGB XI freiwillige Qualitätssicherungsmaßnahmen, was umso erstaunlicher ist, als sie in den anderen Büchern des Sozialgesetzbuchs für Einrichtungen obligatorisch sind, etwa in der Arbeitsförderung oder für die Leistungserbringer der Rehabilitation.

Die interne Qualitätssicherung erfolgt vor allem durch die Pflege des Qualitätsmanagementsystems selbst, das Elemente wie regelmäßige und bedarfsgerechte Evaluationen der Pflege- und Betreuungsplanungen, Pflegevisiten, geplante Fortbildungen, ein Beschwerdemanagement et cetera beinhaltet.

Zur Qualitätssicherung gehört natürlich nach §§ 113 und 113a SGB XI ganz zentral die Beschreibung von Qualitätszielen und Maßnahmen anhand der rechtlich verbindlichen und anhand fachlich anerkannter Standards, und zwar bezogen auf die gesamte Einrichtung genauso wie auf den individuellen Pflegeprozess.

Wie all das geschieht, liegt im Rahmen der skizzierten normativen Vorgaben in den Händen der Verantwortlichen der Pflegeeinrichtungen, beraten und geprüft vom MDK, und forciert gegebenenfalls durch inhaltlich und begrifflich klar bestimmte rechtsverbindliche Vorgaben in von den Landesverbänden der Pflegekassen erlassenen

Mängelbescheiden nach § 115 Abs. 2 SGB XI. Die Verantwortung bleibt allerdings auch nach diesen hoheitlichen Maßnahmen bei der Einrichtung.

Ein nicht zu unterschlagendes und durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz gestärktes Instrument der Qualitätssicherung in Fällen gravierender Mängel ist die Vereinbarung nach § 74 Abs. Satz 3 SGB XI. Sie ist rechtlich möglich und geboten zur Abwendung der Kündigung des Versorgungsvertrages. Inhalte können etwa ein Belegungsstopp, personalbezogene Qualifizierungsmaßnahmen oder auch eine zeitlich beschränkte Verpflichtung zu bestimmten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen sein. Dass diese Maßnahmen zu vereinbaren sind, die Einrichtungsträger also mitzuwirken haben und mitzuwirken berechtigt sind, zeigt einmal mehr ihre besondere und vorrangige Stellung im rechtlichen Gefüge der Qualitätssicherung. Alles Bemühen hat sich auf diejenigen zu richten, die die Steuerhebel in der Hand halten, wenn man ein so mechanistisches Bild hier verwenden will.

Die Pflegeeinrichtungen können bei der Qualitätssicherung, zumindest normativ, inzwischen auf eine durch den Gesetzgeber immer mehr ausgebaute und gestärkte Unterstützung durch den MDK bauen. Bestand zwischen 2002 und 2008 nur ein objektiv-rechtlicher Beratungsauftrag des MDK, so besteht zugunsten der Einrichtungen seit dem 1.7.2008 nun ein subjektiv-rechtlicher, juristisch anders formuliert: sogar ein „klagbarer Anspruch“ auf Beratung durch den MDK. Dieser wird durch § 114a Abs. 1 Sätze 3 und 4 im Zusammenhang mit der Durchführung der Qualitätsprüfungen und, davon losgelöst und unabhängig, durch § 112 Abs. 3 SGB XI gewährleistet. Letzterer betont vollkommen zu Recht, dass das Ziel der Beratung vor allem die **Stärkung der eigenen Qualitätsverantwortung der Pflegeeinrichtungen** ist. Gemeint ist damit natürlich auch die Stärkung der eigenen Qualitätskompetenz. Keine Beratung durch Externe kann eigene Qualitätsanstrengungen ersetzen. Die Beratung kann aber ergänzen und fördern. Ein beratungsorientierter Prüfansatz - ich weiß, dass dieser Ansatz einen großen Stellenwert in der MDK-Gemeinschaft hat - und das aktive Anbieten von Beratung können eine kooperative Atmosphäre an Stelle einer konfrontativen Atmosphäre herstellen, die große Schritte erlaubt.

Mir ist bewusst, dass kein MDK zu viel Personal hat, dennoch erlauben Sie mir, den vielen anwesenden Vertreterinnen und Vertretern der MDK zuzurufen, dass ich mir viel mehr aktive Beratung durch den MDK wünsche, dass gerade auch das Angebot von Fortbildungsveranstaltungen durch den MDK das manchmal gespannte Verhältnis zwischen Einrichtungen und Prüfern verbessern und im Qualitätsentwicklungsprozess großen Nutzen stiften kann. Die Textbausteine in Prüfberichten zur beratungsorientierten Durchführung der Prüfungen sprechen im Erleben der Mitarbeiter der Einrichtung leider immer wieder der Realität Hohn. Die Wahrnehmung des MDK sollte sich nicht auf eine Rolle als alles besser wissender Prüfer beschränken. Soweit sie besteht, diese Wahrnehmung zu ändern, liegt in Ihren Händen.

**Wer trägt aber nun in der Praxis welche Verantwortung für die Qualität in der Pflege?**

Nach der systematischen und begrifflichen Einführung, die mein Kernauftrag heute war, komme ich nun zum Status Quo der rechtlichen und praktischen Qualitätssicherung bewertenden und sozialrechtspolitischen, sehr durch Herrn Prof. Klie geprägten Teil meines Vortrags.

Schaut man heute auf die Heime und Pflegedienste, auf die Szene der Langzeitpflege, so hat es den Anschein, dass die Verantwortung für die Qualität in der Pflege vollständig beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung respektive bei den Landesverbänden der Pflegekassen liegt, eingebunden in einen edlen Wettstreit mit den zuständigen Heimaufsichtsbehörden - oder wie sie auch immer in den einzelnen Bundesländern heute heißen.

Jedes Jahr zwei vollständige Qualitätsprüfungen durch MDK und Heimaufsicht nehmen für sich in Anspruch, praktisch alle Fragen der Pflegequalität und Qualität in der Pflege zu eruieren – inklusive der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner.

Mit der gesetzlich angeordneten Veröffentlichung von Transparenzberichten und ihrer zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringerverbänden vereinbarten Zuspitzung auf Noten wird die öffentliche Aufmerksamkeit hinsichtlich der Fragen der Qualität in Pflegeeinrichtungen auf die Prüfungen und Prüfergebnisse gelenkt. Das, was noch in § 8 Abs. 2 SGB XI, an vorderster Stelle im SGB XI, als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bezeichnet wird, wird längst in eine allumfassende Letztverantwortung der Sachwalter der Pflegeversicherung und ihres sachverständigen MDK gestellt.

Das Ganze steht leider auf fachlich tönernen Füßen. Es fehlt weithin die fachwissenschaftliche Referenz für die Prüfungen, es fehlt an methodischer Seriosität und auch die rechtlichen Grundlagen für das gesetzlich angeordnete Prüfgeschehen stehen im Streit und halten unseres Erachtens, da bin ich mir mit Herrn Prof. Klie vollkommen einig, einem rechtlichen „Stresstest“, wie es neulich auf einer entsprechenden Tagung in Speyer hieß, nicht stand.

Zwei Thesen von Herrn Prof. Klie und ihre Begründung vorab, die den später zu entfaltenden rechtlichen in Erwägung vorangestellt werden sollen:

### **1. Das Subsidiaritätsprinzip verlangt seine Geltung auch im Bereich der Qualitätssicherung**

Subsidiarität ist eine politische und gesellschaftliche Maxime, die Eigenverantwortung vor staatliches Handeln stellt.

Versteht man Pflege mit dem Gesetzgeber des SGB XI als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, da sind in besonderer Weise Familien, Nachbarschaften, Formen gesellschaftlicher Selbstorganisation aber auch die in dem Feld tätigen Professionellen und beruflich Tätigen, ebenso wie die Marktakteure gefragt, ihre Aufgaben eigenverantwortlich wahrzunehmen und wahrnehmen zu können, bevor der Staat mit hoheitlichen Instrumenten eingreift.

Das Subsidiaritätsprinzip hat eine lange Geschichte. Ausgehend von Aristoteles und weiterentwickelt von Thomas von Aquin floss es 1891 durch die Enzyklika „rerum novarum“ in die katholische Soziallehre ein und markierte dort eine entscheidende Wende in der katholischen Staatstheorie. Diese gab damit die päpstlich zentralistische Sicht des Staatswesens definitiv auf, das von einem Monarchen mit göttlichen Rechten gelenkt wurde. Es wendet sich gegen zentralistische und totalitäre staatliche Tendenzen, welche die Verantwortlichkeit der kleineren gesellschaftlichen Einheiten und ihre Selbstregulationsfähigkeit in Frage stellen.

Um es etwas zugespitzt zu formulieren: In dem groß angelegten Feldversuch der Qualitätsprüfungen in der Pflege wird in Teilen ein durchaus zentralistischer Ansatz mit – so drückt es Prof. Klie aus – „totalitären Elementen“ verfolgt, nicht päpstlich dekretiert aber doch korporatistisch ausgehandelt. Dieser zentralistische Ansatz stellt die Eigenverantwortlichkeit der Profession der Pflege, der Einrichtungen und Dienste, aber auch die soziale Kontrollfunktion zivilgesellschaftlicher Akteure und der Bürgerschaft als solche im Bereich der Pflege grundlegend in Frage. Und das mit einem durchaus zweifelhaft zu nennenden Ertrag für die sogenannten Kunden und kaum zu rechtfertigendem personellen und finanziellen Aufwand für das Prüfgeschehen.

Es grenzt schon fast an Zynismus - und so wird es von vielen Verantwortlichen in den Einrichtungen auch empfunden - wenn aufgrund der politischen Entscheidungen zur Intensivierung der Qualitätsprüfungen im Jahre 2008 in den vergangenen Jahren hoch qualifizierte Pflegedienstleitungen durch Medizinische Dienste abgeworben wurden, um den Einrichtungen dann mit dem ihnen entrissenen Fachpersonal Qualitätsdefizite vorhalten zu können. Statt für die Verbesserung der Pflegequalität im Pflegeprozess werden Pflegefachkräfte für die Ausweitung der Prüfungen eingesetzt. Ob das sinnvoller Ressourceneinsatz ist?

Trotz gut gemeinter Absichten - oder gerade ihretwegen? - haben wir es mit einem insgesamt problematischen Verständnis von Qualitätssicherung in der Langzeitpflege zu tun. Auch die in Auftrag gegebenen Nachbesserungen für die Grundlagen der Qualitätsprüfungen und die Transparenzberichte ändern nichts an der grundlegenden Unvereinbarkeit des umfassenden Qualitätssicherungsauftrages für die Pflegekassen (bei Teilkaskozuständigkeit in punkto Finanzierung) mit dem gerade in der Langzeitpflege so bedeutsamen Subsidiaritätsprinzip.

Die Aufgaben der Langzeitpflege werden im demografischen und sozialen Wandel nur dann in einer vergleichweisen menschenfreundlichen und erfolgreichen Weise aufgefangen werden können, wenn das Subsidiaritätsprinzip zur obersten Maxime staatlichen Handelns wird. Es gilt zunächst einmal, die Bereitschaft und Fähigkeit von Familien und sozialen Netzen, Sorgeaufgaben zu übernehmen, mit beruflichen und anderen biografischen Aufgaben zu vereinbaren. Hierfür bedarf es staatlicher Unterstützung: **Subsidiarität ist nicht gleichzusetzen mit staatlicher Untätigkeit.** Der Staat muss Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass die kleineren gesellschaftlichen Einheiten in die Lage versetzt werden, ihre Aufgaben eigenständig und eigenverantwortlich und orientiert an den Werten unserer Gesellschaft und den Wissensbeständen unserer Zeit wahrzunehmen. Hier sind viele Investitionen gefragt,

auch und gerade in der ambulanten Pflege. Hier ist auch der MDK gefragt, der durch seinen fast exklusiven Zugang zu den Pflegehaushalten in der Republik eine wichtige unterstützende, qualifizierende und begleitende Funktion übernehmen könnte - wie er dies in interessanter Weise in Bayern auch, nämlich in der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI für einige Kassen, tut.

Je mehr aber vor allem die Bürgergesellschaft sich um Pflege kümmert, je mehr sie ehrenamtlich in der Pflege und Betreuung mitwirkt, je mehr Nachbarn, Freunde und Verwandte sich um Pflegebedürftige und für sie sorgen, umso offener und transparenter wird die Pflege, umso weniger bedarf sie wohl auch staatlicher Aufsicht.

## **2. Qualitätsverantwortung - Rollen funktionsbezogen differenzieren und verteilen**

Die Sicherung der Qualität in der Langzeitpflege ist eine wichtige Aufgabe. An ihr sind verschiedene Akteure beteiligt. Sie kennt verschiedene Ebenen, die nachfolgend nochmals kritisch dargestellt werden sollen:

Zunächst geht es um die Frage der Entwicklung von Qualitätsmaßstäben, dem State of the Art, wie es im Selbstverständnis der Professionen heißt. Wer erarbeitet die Wissensbestände in der Pflege, die als Bezugspunkt für die Beurteilung der Qualität dienen sollen? Dies sind **die Professionen selbst**, die Wissenschaft, aber auch die Praxis, die ihre Antworten auf die Herausforderungen der Pflegeaufgaben sucht und findet.

Durch die **Etablierung von Pflegestudiengängen**, aber auch eine vergleichsweise breit angelegte Pflegeforschung wurden gute Grundlagen dafür geschaffen, dass sich die Wissensbestände in der Pflege weiterentwickeln und in die Praxis umsetzen lassen können. Und durch die Etablierung von Versorgungsforschung werden mit der Zeit auch gesicherte Erkenntnisse über die Wirkung bestimmter Interventionen und Rahmenbedingungen vorliegen. Hier ist noch viel zu tun: die Pflegewissenschaft und die Versorgungsforschung stehen gerade in der Langzeitpflege vergleichsweise am Anfang einer sich in Deutschland erst entfaltenden Forschungstätigkeit. Die Forschungsmittel werden immer noch ganz wesentlich auf dem Medizinsektor in engerem Sinne konzentriert.

Wer stellt die Verbindlichkeit der Qualitätsmaßstäbe in der Pflege her? Üblicherweise geschieht dies auf dem Wege des Berufsrechts über Standards, etwa bei den Ärzten über die ärztlichen Leitlinien. In der Pflege wurden zunächst zivilgesellschaftlich und aus Eigeninitiative Expertenstandards aber auch Multidisziplinäre Qualitätsniveaus erarbeitet. Sie haben bislang nicht zu einer „Erdung“ in einer eigenständigen, pflegewissenschaftlich geprägten berufsständischen Struktur gefunden. Vielmehr hat der Gesetzgeber Expertenstandards in eine hoheitliche Prozedur der Verbindlichkeitserklärung von Standards inkorporiert. Damit haben sie in großem Maße ihre Unabhängigkeit verloren, wurden aber auch gleichzeitig aufgewertet. Noch gibt es aber keinen einzigen Expertenstandard, der für verbindlich erklärt wurde.

**Jeder andere Berufsstand hätte sich die staatliche Bevormundung der Standardentwicklung verbeten.** In der Pflege ist das möglich. Es zeigen aber auf der anderen Seite auch die Konflikte über die Überarbeitung der Expertenstandards, dass der Weg kein einfacher ist. Die Schiedsstellenregelungen im SGB XI sind übrigens auch Unikate in der Landschaft professioneller Standardentwicklung. Qualität, die sich auf die Versorgung von Menschen bezieht, stellt sich als Kompromiss zweier Lager dar, an dessen Findung die Betroffenen effektiv nicht beteiligt sind und auch nicht durch eine neutrale Instanz hinreichend repräsentiert werden. Dass etwa der Vorsitzende der Schiedsstelle, dessen Stimme in der Regel den Ausschlag gibt, sachkundig sein müsste, sieht das Gesetz nicht vor.

Für die Umsetzung der erarbeiteten Qualitätsstandards in der Pflege sind sowohl die Professionen als auch die Träger und das Management von Einrichtungen und Diensten verantwortlich:

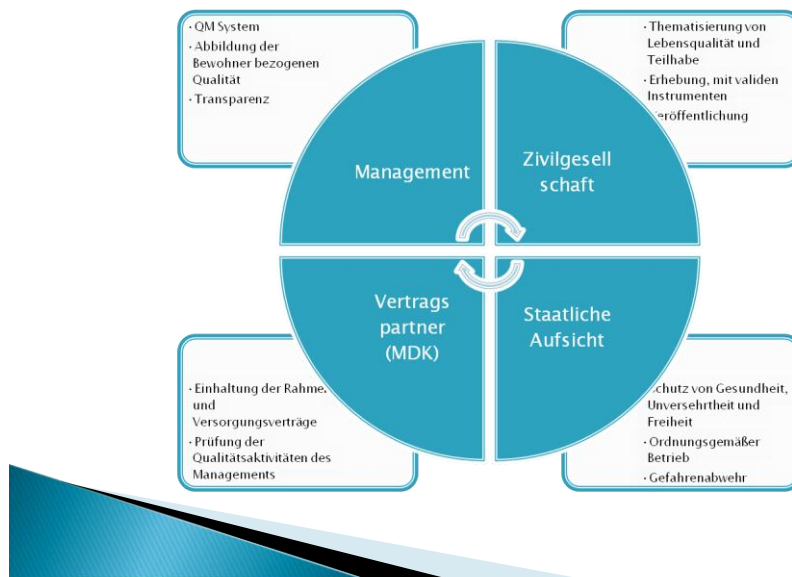
- Sie haften ihren „Klienten“ und „Kunden“ gegenüber.
- Sie sind auf Märkten tätig und stehen für ihre Qualität ein.
- Sie sollen sich durch ihre Qualität auch in einen Wettbewerb begeben, der sie unterscheidbar macht, der ihnen Profil gibt und die Qualitätsverantwortung auf den Märkten stärkt.

Für die Überprüfung der Qualität sind sowohl die Kunden und ist der Verbraucherschutz als kompetenter zivilgesellschaftlicher Akteur zuständig, aber auch die staatliche Aufsicht dort, wo Gefährdung für auf Pflege angewiesene Menschen drohen.

Angesichts des unterstellten Versagens der staatlichen Aufsichtsbehörden, vor allem in Gestalt der Heimaufsichten bei Einführung der Pflegeversicherung, wurde eine zusätzliche, mit hoheitlichen Rechten ausgestattete Qualitätssicherungsinstanz des MDK geschaffen, der in eine systematisch fragwürdige Stellung als Qualitätssicherer gebracht wurde.

Die Aufteilung der Verantwortung für die Einhaltung der Qualitätsstandards in der Pflege, wie sie stattdessen sein sollte, ließe sich, in einer von Herrn Prof. Klie erstellten Grafik gezeigt, wie folgt vorsehen:

## Qualitätsverantwortung fair teilen



© Prof. Dr. Thomas Klie, Ev. Fachhochschule Freiburg

Es ist, gerade im Lichte der jüngeren Gesetzesentwicklung und der öffentlichen Wahrnehmung der Pflegequalität, bemerkenswert, dass Prof. Klie hier den gesellschaftlichen und institutionellen **Akteuren gleich große Anteile an der Qualitätsverantwortung** zugemessen hat. Und es ist ebenso bemerkenswert, dass Prof. Klie die Erhebung von Qualitätsdaten und ihre Veröffentlichung der Zivilgesellschaft zugeordnet hat. Man darf sich dies nicht vorstellen wie die Transparenzprüfungen durch den MDK heute, eher wohl wie die Aktivitäten der BIVA.

Aus meiner Sicht ist übrigens das BIVA-Heimverzeichnis besser als jeder Transparenzbericht und wesentlich Nutzen stiftender. Auch der freundlich bevormundende Informationsstaat ist zu weit weg von den Betroffenen. Ebenso sind es die institutionellen Akteure auf dem staatsregulierten Pflegemarkt.

**Wenn die Betroffenen sich nicht die Informationen holen, die für sie wichtig sind, werden sie nie die Informationen bekommen, die sie brauchen. Eine Gesellschaft, die sich erst dann mit der Pflege beschäftigt, wenn dem nicht mehr auszuweichen ist, eine Politik, die meint, mit ein paar kruden Noten im Internet könnten mit wenig Zeitaufwand Entscheidungen über den künftigen Lebensmittelpunkt und Lebensqualität angemessen vorbereitet werden, ist auf Abwegen. Die schlechte Akzeptanz der Pflegenoten zeigt das. Unser aller Blick auf die Pflege und die Pflegeeinrichtungen muss weiter werden – und auch intensiver und regelmäßiger.**

Zu einer sinnvollen Verantwortung der Qualitätsverantwortung sind die Ansätze wieder aufzugreifen, die das Pflegequalitäts-Sicherungsgesetz gebracht hat und die letztlich

politischer Blockade zum Opfer gefallen sind: Die Qualitätssicherung muss in erster Linie durch ein qualifiziertes einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem erfolgen. Die Einrichtungen müssen sich selbst steuern. Durch hinreichend präzise Anforderungen an die Qualitätsmanagement-Systeme - die internationalen Normen geben dafür nach meinem Eindruck ein taugliches Gerüst - muss gewährleistet werden, dass Mindeststrukturen und -prozesse vorhanden sind, beschrieben sind und „gelebt“ werden. Bestimmte zentrale Qualitätsindikatoren müssen die Einrichtungen selbst erheben und bewerten. Wenn man die jüngeren Ergebnisse von Prof. Wingenfeld und anderen Pflegewissenschaftlern zusammenführt, wird sich ein angemessener und weiterzuentwickelnder Kanon solcher Indikatoren benennen lassen.

Die Einrichtungen lernen in diesem System mit Hilfe der Indikatoren sich selbst, ihre Stärken und Schwächen, autonom besser zu erkennen und an sich zu arbeiten, ohne dominierenden externen Druck, sondern durch primär intrinsische Motivation. Gleichwohl sollen die so gewonnenen Qualitätskennzahlen und -daten Grundlage eines Teils künftiger Transparenzberichte sein, um einen Qualitätsvergleich zu ermöglichen. Wenn die Bewertungssystematik ohne Schwarz-Weiß-Schemata und unsachgemäße Simplifizierungen auskommen soll, liegt es nahe, einen Durchschnitt zu bilden und die Einordnung der Leistung jeder Einrichtung durch Beschreibung ihrer Abweichung nach oben oder unten vorzunehmen. Das ist für jedermann verständlich, objektiv und führt nicht zu entwürdigenden und demotivierenden Etikettierungen wie roten Ampeln und ähnlichen Alarmismen.

Dem MDK kommt in einem solchen System weiterhin und erst recht die Aufgabe zu, die Einrichtungen zu beraten und zu unterstützen. Dass, am Rande bemerkt, aus der rein objektiv-rechtlichen Beratungspflicht, die der MDK im Pflegequalitäts-Sicherungsgesetz erhalten hat, mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ein subjektiv-rechtlicher Beratungs*anspruch* der Einrichtungen geworden ist, ein für sie kostenloser übrigens, ist eine der wesentlichen und zugleich am wenigsten beachteten Neuerungen der letzten SGB XI-Reform. Die vorhandenen Qualitätsmanagement-Qualifikationen der MDK-Mitarbeiter könnten nun bei einem „Systemwechsel“ endlich sinnvoll eingesetzt werden. Und der MDK würde die Einhaltung der qualitätsmanagementbezogenen rechtlichen Vorgaben ebenso prüfen wie stichprobenhaft die Richtigkeit der Kennzahlenerhebung durch die Einrichtung selbst sowie der sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Anforderungen.

Den Heimaufsichtsbehörden verbliebe, möglichst eng abgestimmt in den Arbeitsgemeinschaften nach § 117 SGB XI und § 20 Heimgesetz (bzw. den entsprechenden landesrechtlichen Bestimmungen), die Überprüfung der heimrechtlichen Qualitätsanforderungen und die Aufgabe des Schutzes der Pflegebedürftigen durch hoheitliche Eingriffsmaßnahmen.

Neben den Einrichtungen selbst und ihren Mitarbeitenden wichtigster Akteur für die Qualitätsentwicklung und -überwachung ist aber die Zivilgesellschaft, sind die Bewohnerinnen und Bewohner selbst, ihre Angehörigen, Freunde und Nachbarn und die Selbsthilfe- und Verbraucherschutzorganisationen, die durch Präsenz und Mitwirkung im



Kleinen oder durch Bewertungen wie das Heimverzeichnis der BIVA für Transparenz sorgen, den Einrichtungen die Bedürfnisse und Bedarfe der Pflegebedürftigen spiegeln und diese engagiert bei der Vertretung ihrer Interessen unterstützen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!