

### **Was ändert sich 2009 in der Pflege?**

Pressekonferenz Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Niedersachsen,  
am 5. Februar 2009 in Hannover

Statement von Jörg Niemann, Leiter der vdek-Landesvertretung

– Es gilt das gesprochene Wort –

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie zur Pressekonferenz zum Thema Pflege beim Verband der Ersatzkassen, im Haus der vdek-Landesvertretung. Zunächst einige kurze Sätze zu uns. Der Verband der Ersatzkassen ist zum Jahresbeginn hervorgegangen aus dem Verband der Angestellten-Krankenkassen, dem VdAK, der gemeinsam mit dem inzwischen aufgelösten Arbeiter-Ersatzkassen-Verband die Interessen der Ersatzkassen vertrat. Seit dem 1. Januar 2009 haben sich alle acht Ersatzkassen – übrigens freiwillig – unter dem Dach des vdek versammelt, der die wesentlichen Verträge für seine Mitgliedschaften schließt und die politische Interessenvertretung wahrnimmt. Auch für Sie, die Journalisten, sind wir wie bisher Ansprechpartner in allen Fragen rund um die Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung in Niedersachsen. Wir freuen uns, wenn Sie so wie heute von diesem Angebot Gebrauch machen.

Die Ersatzkassen sind damit gut für die Zukunft aufgestellt. Mit rund 2,4 Millionen Versicherten, die unsere Mitgliedschaften in Niedersachsen betreuen, sind die Ersatzkassen auf Landesebene wie auch auf Bundesebene größte Kassenart.

Zur Pflege. Hier ist einiges in Bewegung. Heime sollen häufiger überprüft und die Ergebnisse erstmals veröffentlicht werden, die Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen soll verbessert werden, es gibt neue Betreuungsmöglichkeiten für Demenzkranke, und auch das Thema Vergütung von Pflegeanbietern wird kontrovers diskutiert.

Bei den Änderungen handelt es sich in der Regel um bundesweite Festlegungen des Gesetzgebers, die von den Pflegekassen und ihren Verbänden in den einzelnen Ländern umzusetzen und auszufüllen sind. Wir möchten Ihnen heute gerne einen Überblick darüber geben, was sich in dieser Hinsicht in Niedersachsen tut. Die größte Relevanz hat dabei aus unserer Sicht das Thema Qualität und Transparenz,

das wir deshalb ausführlicher darstellen. Zum Schluss gehen aber auch noch kurz auf die anderen Themen ein.

### **Qualität und Transparenz**

Seit Jahren wird über Qualitätsmängel in Pflegeheimen diskutiert. Damit verbunden ist die Frage, wie diesen Mängel zu begegnen ist. Die Antwort, die der Gesetzgeber im Zuge der Pflegereform 2008 gegeben hat, ist eine Ausweitung der Kontrollen und Transparenz über die Prüfergebnisse.

Laut Pflege-Weiterentwicklungsgesetz soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) – unsere Sachverständigen – sämtliche Pflegeeinrichtungen bis 2010 mindestens ein Mal und danach jährlich prüfen. Das bedeutet eine massive Ausweitung der Prüfungen. Es gibt in Niedersachsen rund 1.500 Pflegeheime (einschließlich teilstationär) und 1.200 ambulante Dienste. Das sind zusammen 2.700 Einrichtungen und damit 2.700 jährliche Regelprüfungen. Dazu kommen noch Wiederholungsprüfungen, bei denen festgestellt wird, ob identifizierte Mängel behoben wurden. Zum Vergleich: 2008 gab es in Niedersachsen insgesamt 422 Prüfungen, davon 125 Wiederholungsprüfungen. Der Schwerpunkt lag in der Vergangenheit auf Anlassprüfungen (2008: 200), bei denen der MDK Beschwerden nachgeht; ergänzend dazu hat der MDK auch stichprobenhaft geprüft. Aus Stichprobenprüfungen werden nun flächendeckende Regelprüfungen, wobei der MDK unabhängig von dem festgelegten Prüfplan selbstverständlich auch weiterhin konkreten Hinweisen auf Mängel nachgehen wird. Die Prüfungen erfolgen unangemeldet, das war in Niedersachsen in der Mehrzahl der Fälle auch bisher schon der Fall.

Der Fahrplan bis 2011 sieht wie folgt aus:

|            |  |
|------------|--|
| 1.Hj. 2009 | 490 Prüfungen insgesamt (inkl. voraussichtlicher Anlass- und Wiederholungsprüfungen) |
| 2.Hj. 2009 | 730 Prüfungen insgesamt  |
| 1.Hj. 2010 | 980 Prüfungen insgesamt  |
| 2.Hj. 2010 | 1.220 Prüfungen insgesamt  |
| ab 2011    | 2.700 Regelprüfungen jährlich  |

Die Prüfungen werden also mehr als versechsfacht. Das ist mit einem erheblichen personellen und finanziellen Mehraufwand verbunden. Das Prüfpersonal des MDK in Niedersachsen wird in diesem Jahr zunächst von bisher 14 auf 27, im zweiten Halbjahr dann in einem weiteren Schritt auf 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgestockt. Ab 2011, also in der Endstufe, soll es 60 bis 65 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfassen. Die Gesamtpersonalkosten werden dann bei bis zu 3,25 Millionen Euro liegen. Das sind dann 2,55 Millionen Euro mehr als bisher.

Die Kosten für die Regel- und Anlassprüfungen tragen die Pflegekassen, die der Wiederholungsprüfungen die betroffenen Heime. Das ist folgerichtig, da sie zum einen die Mängel selbst zu verantworten haben. Zum anderen aber können Heime künftig auch von sich aus Wiederholungsprüfungen beantragen, um schlechte Prüfergebnisse zu korrigieren. Eine Wiederholungsprüfung kostet ein Heim durchschnittlich rund 2.700 Euro. Dazu kommen noch die Kosten der Pflegekassen, die gegenwärtig in Niedersachsen ermittelt werden.

Kontrollen machen nur dann Sinn, wenn sie zu Konsequenzen führen. Wir hatten in der Vergangenheit zwei Sanktionsmöglichkeiten bei schlechter Qualität: Die Kündigung des Versorgungsvertrages und Vergütungsrückforderungen. Seit dem Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes auf Bundesebene im Jahr 2007, der für erhebliches Aufsehen gesorgt hat, haben die Pflegekassenverbände zwei Heime in Niedersachsen durch Vertragskündigungen geschlossen, bis zu diesem Zeitpunkt waren es bereits fünf. Bei zehn Heimen haben wir eine angedrohte Kündigung wieder zurückgenommen, weil sich die Qualität deutlich verbessert hat; das ist insoweit ein Erfolg, als es uns um gute Pflege geht, nicht um die Schließung einer Einrichtung. Erfreulich war, dass in den beiden Fällen, in denen keine Verbesserung eingetreten ist, uns auch die Sozialgerichte gefolgt sind und die Klagen der Betreiber gegen die Kündigung zurückgewiesen haben – zuletzt in Hildesheim.

Bei rund 40 Heimen in Niedersachsen haben wir seit 2005 Vergütungen in Höhe von jeweils durchschnittlich 30.000 Euro gekürzt, das entspricht einem Gesamtvolumen von 1,2 Millionen Euro. Das Geld haben die Bewohner zurückbekommen.

Gesetzlich vorgesehen sind nun zwei weitere Reaktionsmöglichkeiten der Pflegekassen: Wir können zur Vermeidung einer Kündigung einerseits Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und andererseits einen befristeten Aufnahmestopp bis zur Abstellung der Mängel mit dem betroffenen Heim vereinbaren. Wir sind also auf dessen Zustimmung angewiesen. Ob sich so eine Konstruktion in der Praxis bewährt, bleibt abzuwarten. Besser geeignet – weil wirksamer und auch niedrigschwellig einsetzbar – wäre ein abgestufter Bußgeldkatalog.

Den eigentlichen Schub für die Verbesserung der Qualität soll die künftige Transparenz bringen. Bisher durften nicht einmal die Betroffenen einer Einrichtung wissen, was Prüfungen ergeben haben. Das war ein Skandal, weil man die Unmündigkeit der Pflegebedürftigen in Kauf genommen hat, um wirtschaftliche Interessen von Betreibern nicht zu gefährden. Ein Skandal, wenn man bedenkt, dass jedes Testergebnis für Staubsauger und Radiowecker nachzulesen ist, aber in einem so einem sensiblen Bereich wie der Pflege Hilfsbedürftiger im Nebel blieb, welches Heim gut und welches schlecht ist. Damit ist nun Schluss. Jedes Prüfergebnis wird

künftig in verständlicher Form veröffentlicht. Kein Betreiber wird sich mehr hinter Datenschutzbestimmungen verstecken können, um zu verheimlichen, dass die Bewohner seines Hauses schlecht versorgt werden.

Schlechte Prüfergebnisse werden – so die Vorstellung – durch zurückgehende Nachfrage sanktioniert, gute Ergebnisse können neue Kunden bringen. Ich spreche hier bewusst von Kunden, denn ich kann Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nur ermutigen, als souveräne Kunden aufzutreten und von ihrem Wahrecht Gebrauch zu machen. Niemand muss in eine Einrichtung gehen, wenn er Zweifel hat, dort gut versorgt zu werden. Dass es echte Wahlmöglichkeiten gibt, ist auch eine Folge der politischen Entscheidung, in der Pflege einen Markt zuzulassen. Es gibt in Niedersachsen in den allermeisten Regionen bei der Suche nach einem Heimplatz ausreichend Alternativen.

Die Kriterien der Bewertung sind bundeseinheitlich festgelegt, es gibt Schulnoten für fünf Bereiche, nämlich „Pflege und medizinische Versorgung“, „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“, „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“, „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“, „Befragung der Bewohner“, also Bewohnerzufriedenheit. Die Systematik wird anhand des beiliegenden Blattes deutlich.

Die Pflegekassenverbände im Land haben sicherzustellen, dass die Prüfdaten in normierter Form im Internet und in anderer geeigneter Weise veröffentlicht werden. Außerdem müssen geprüfte Einrichtungen eine Zusammenfassung der Ergebnisse gut sichtbar aushängen. Die Kassen werden ihre Versicherten natürlich auch auf Grundlage der Ergebnisse beraten. Es gibt nach dem Veröffentlichungsentwurf eine Frist von 28 Tagen, innerhalb derer der Anbieter Stellung nehmen kann. Damit sollte etwa acht Wochen nach einer Prüfung das Ergebnis für Interessenten zugänglich sein. Davon unabhängig bleibt es bei der Regelung, dass eine geprüfte Einrichtung einen Bescheid erhält und darin ggf. aufgefordert wird, identifizierte Mängel abzustellen.

Ein Landesvergleichswert bezogen auf die Gesamtnote kann nach bundesweiter Vorgabe erst eingestellt werden, wenn 20 Prozent der Einrichtungen geprüft sind. Diese Regelung hat zu Gerüchten geführt, nach denen auch einzelne Ergebnisse erst veröffentlicht werden dürfen, wenn diese Quote erfüllt ist. Das würde das Verfahren erheblich verzögern. Für uns ist ganz klar, dass wir einzelne Prüfergebnisse so schnell wie möglich bekannt machen werden.

Dazu sind folgende Voraussetzungen notwendig: Die neuen Prüfziffern müssen in die Prüfrichtlinien auf Bundesebene eingearbeitet werden. Nach Beschluss der Richtlinien wird der MDK das Prüfverfahren anpassen und seine Mitarbeiter

entsprechend schulen. Wichtig ist, dass das Verfahren gründlich und rechtssicher auf den Weg gebracht wird. Parallel dazu werden die Verbände der Pflegekassen die technischen Voraussetzungen schaffen, um die Prüfergebnisse im Internet zu veröffentlichen. Der Verband der Ersatzkassen beispielsweise wird dazu einen Pflegelotsen installieren.

Wir gehen realistischerweise davon aus, dass der MDK im Sommer mit dem neuen Prüfverfahren beginnt. Bei dem zweimonatigen Zeitfenster zwischen einer Prüfung und der Veröffentlichung wären dann frühestens nach der Sommerpause erste Prüfergebnisse öffentlich einsehbar.

Wir setzen darauf, dass die neue Transparenz eine Dynamik entfaltet, die zu einer deutlichen Verbesserung der Qualität in der Pflege führt.

### **Beratung**

Weiterhin ist vorgesehen, dass die Beratung der Versicherten rund um die Pflege verbessert wird. Dazu kann jedes Land bestimmen, dass die Pflegekassen so genannte Pflegestützpunkte einrichten, in denen Versicherten individuell bedarfsgerechte Versorgungslösungen vermittelt werden. Niedersachsen geht hierbei den richtigen Weg, auf Doppelstrukturen zu verzichten und vorhandene Angebote von Pflegekassen und Kommunen vernetzen zu wollen. Das Sozialministerium hat die Initiative ergriffen und entwickelt derzeit Eckpunkte, die es mit Pflegekassen und Kommunen abstimmen wird. Wir sind optimistisch, gemeinsam schlanke, effiziente Angebote für die Versicherten auf den Weg zu bringen.

### **Vergütung**

Ein zuletzt kontrovers diskutiertes Thema ist das der Vergütung der Pflegeeinrichtungen. Insbesondere die Caritas klagt über eine vermeintlich unzureichende Finanzierung. Als erstes möchte ich mit dem Missverständnis aufräumen, dass ein Heim von den Pflegekassen bezahlt wird. Die Pflegekassen erstatten den Versicherten je nach Pflegestufe bundesweit einheitliche Kostenzuschüsse, deren jeweilige Höhe im Sozialgesetzbuch festgelegt ist. Der tatsächliche Preis einer Einrichtung wird dann von den Pflegebedürftigen selbst getragen. Das heißt: Jede Erhöhung der Vergütung bezahlen nicht die Kassen, sondern zu 100 Prozent die Betroffenen, ihre Angehörigen oder die Träger der Sozialhilfe. Wir verhandeln die Preise, die Pflegesätze, also stellvertretend für die Betroffenen. Diese Aufgabe nehmen wir ernst. Wir verweigern keine Vergütungserhöhungen, aber wir vereinbaren sie auch nur, wenn die Voraussetzungen stimmen.

Richtig ist, dass es Einrichtungen in Niedersachsen gibt, die in den vergangenen Jahren keine Erhöhung bekommen haben. Das lag in der Regel daran, dass sie erst gar nicht in Verhandlungen mit den Pflegekassen eingetreten sind. Zum einen, weil sie als bisher schon hochpreisige Einrichtungen befürchtet haben, dass die Nachfrage sinkt, wenn sie die Preise weiter anheben. Dafür kann man aber nicht die Pflegekassen verantwortlich machen. Zum anderen hat das Bundessozialgericht den Grundsatz formuliert, dass bei Festlegung der Vergütungshöhe ein Vergleich mit anderen Einrichtungen der Region zu ziehen ist. Möglicherweise haben Heimträger einen solchen Vergleich gescheut.

Wir haben diesen Pflegeheimen in Niedersachsen angeboten, ihre Vergütung im Maße der addierten Grundlohnsummensteigerungen der vergangenen fünf Jahre (inkl. 2009) anzuheben, sofern qualitative Voraussetzungen erfüllt sind. Das entspricht einer Steigerung von knapp vier Prozent. Allen ambulanten Diensten haben wir eine Vergütungssteigerung von 2,65 Prozent angeboten. Damit würden wir das zusätzliche Geld, das die Versicherten aus der Reform der Pflegestufenbemessung zum 1. Juli 2008 erhalten, um bis zu 100 Prozent an die Dienste weitergeben.

Auch das Land Niedersachsen engagiert sich zusätzlich. Durch das Pflegepaket des Sozialministeriums werden unter anderem für die Förderung von Ausbildung und Qualifizierung zehn Millionen Euro zur Verfügung gestellt.

### **Betreuung von Demenzerkrankten**

Unser letzter Punkt betrifft die bessere Betreuung von Demenzkranken. Für jeweils rund 25 betroffene Heimbewohner ist eine zusätzliche Betreuungskraft vorgesehen. Diese Mehrleistung wird von den Pflegekassen bezahlt, die Pflegebedürftigen werden nicht zusätzlich belastet. Die Kassen stellen dafür in Niedersachsen je Betroffenen zusätzlich rund 100 Euro im Monat zur Verfügung. Bislang haben landesweit 136 Einrichtungen entsprechende Vereinbarungen mit uns geschlossen. Damit liegt Niedersachsen bundesweit in der Spitzengruppe. Wir ermutigen alle Pflegeheime, in denen der Bedarf für zusätzliche Betreuung festgestellt wurde, sich bei den Verhandlern der Kassen zu melden und ein entsprechendes Konzept vorzulegen.

Demenz soll auch bei einer erneuten Reform der Pflegeversicherung eine Rolle spielen. Nach einem Vorschlag des „Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ sollen aus den bisherigen drei Pflegestufen fünf werden, wodurch auch soziale Aspekte einer Pflegebedürftigkeit abgebildet werden sollen. Kostenneutral wird das sicher nicht umzusetzen sein. Ich erwarte allerdings nicht, dass das Vorhaben noch in dieser Legislaturperiode in Angriff genommen wird.