

Pflegequalität transparent gestalten

Anforderungen an die Qualitätsprüfungen und -darstellungen in der Pflege aus Betroffenenensicht

Hintergrundpapier der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 SGB XI

I. Vorwort

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden die Akteure der pflegerischen Selbstverwaltung mit der Neuregelung der Qualitätssicherung in der Pflege beauftragt. Das neu entwickelte Instrument für die Qualitätsberichterstattung, das in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu bestimmen ist, ersetzt die bislang bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen (dem sogenannten Pflege-TÜV). Die Diskussionen um die Reform haben die vielfältigen und zudem unterschiedlichen Interessenlagen der einzelnen Akteure verdeutlicht. Das Ergebnis dieses Diskussions- und Entscheidungsprozesses zeigt sich in der veränderten Erhebung, Bewertung und Darstellung der Pflegequalität, die zum Jahresbeginn 2020 zunächst für stationäre Pflegeeinrichtungen eingeführt wird.

Dieser Entwicklungsprozess muss fortgeführt werden. Die Neuerungen in der Qualitätserfassung, Bewertung und Darstellung können nur als erster wichtiger Schritt eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses verstanden werden, um die pflegerische Versorgung verständlicher, transparenter und aussagekräftiger zu gestalten. Mit diesem Papier wollen die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 SGB XI¹ (Verbände nach § 118 SGB XI) weitere Impulse und Denkanstöße für einen fortzuführenden Entwicklungsprozess geben. Der Dialog muss auch außerhalb der unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfindenden pflegerischen Selbstverwaltung, dem Qualitätsausschuss Pflege, geführt werden. Viele der nachfolgenden Anforderungen an die Qualitätsprüfungen und -darstellungen in der stationären Pflege aus Betroffenenensicht sind zugleich auf die Bereiche der ambulanten Versorgung und der

¹ Sie besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der sechs maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sowie ihrer Angehörigen. Dazu gehören die BAG Selbsthilfe, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, die Interessensvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland, der Sozialverband Deutschland, der Sozialverband VdK Deutschland und der Verbraucherzentrale Bundesverband.

neuen Wohnformen übertragbar. Die Verbände nach § 118 SGB XI verstehen sich insofern als Impulsgeber für einen pflegebereichsübergreifenden, öffentlichen Diskurs.

II. Anforderungen an die konzeptionelle Ausgestaltung

Der bislang bestehende Pflege-TÜV mit seinen an Schulnoten angelehnten Pflegenoten hat in der Vergangenheit berechtigte Kritik erfahren. Mit Noten überwiegend zwischen 1,2 und 1,8 ist er irreführend und intransparent. Das neue Prüf- und Darstellungsverfahren ist eine deutliche Verbesserung gegenüber dem alten System. Aus Betroffenen­sicht besteht jedoch ein Nachbesserungs- und Weiterentwicklungsbedarf.

1. Lebensqualität umfassend einbeziehen

Lebensqualität stellt einen komplexen Begriff dar und ist keine feststehende Größe. Sie ist – gerade bei älteren Menschen – durch eine lange Lebensbiografie und von individuell unterschiedlich ausgeprägten Werten und Lebensbedingungen beeinflusst, die nicht zuletzt auch Veränderungen in den gesellschaftlichen Wertemaßstäben unterworfen sind. Im Kontext der Lebensqualität ist die von den Pflegebedürftigen wahrgenommene Qualität der Leistungserbringung zu erheben. In der stationären Versorgung sind die Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner höher als im ambulanten Bereich. Bei Letzterem kann sich die Erhebung der Lebensqualität nur an den jeweilig vertraglich vereinbarten Dienstleistungen orientieren.

Der Gesetzgeber hat in § 113b Absatz 4 Nr. 4 SGB XI festgelegt, dass ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln sind. Diese – aus Betroffenen­sicht dringend notwendige Ergänzung – ist bisher nicht umgesetzt worden. Gute Pflegequalität allein ist noch kein Garant für individuelles Wohlbefinden und Zufriedenheit in der konkreten Versorgungssituation.

Je höher der Pflegebedarf und die Abhängigkeit von Fremdversorgung sind, desto enger sind Pflege- und Lebensqualität miteinander verbunden. Daher muss auch nach der Zufriedenheit mit der pflegerischen Unterstützung gefragt werden, und zwar in allen Dimensionen (z.B. Wohnen, Essen, Mobilität). Nur eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Pflege schafft bestmögliche Voraussetzungen für die Förderung der Lebensqualität.

Zu diesem Zweck ist die Lebensqualität bei allen durch Pflegeeinrichtungen und -dienste versorgten Pflegebedürftigen zu erheben. Die Befragung sollte alle Pflegebedürftigen einschließen. Sie muss deshalb barrierefrei ausgestaltet werden (z.B. Verwendung verständlicher oder leichter Sprache bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen, Verwendung elektronischer Formate für Menschen mit Sehbehinderungen). Die Erhebung sollte auch erfassen, ob bei der Befragung die

Pflegebedürftigen allein, mit Unterstützung durch Dritte (beispielsweise Angehörige², Pflegepersonal) oder stellvertretend ausschließlich durch Dritte geantwortet wurde, um Besonderheiten transparent machen zu können.

Für die Darstellung der Lebensqualität in Einrichtungen können zudem Aussagen über die Strukturmerkmale (z.B. Vorhalten eines zimmereigenen Balkons) eine wichtige Rolle spielen, wenn sie so abgebildet werden, dass erkennbar wird, ob und inwieweit Lebensgewohnheiten beibehalten werden können. Entsprechend müssen die Strukturmerkmale um Aspekte der Lebensqualität ergänzt werden.

2. Unterscheidung zwischen strukturell bedingten und individuellen Fehlern

Bei der Datenerfassung wird nicht unterschieden zwischen den strukturell angelegten oder den auf persönliches Verhalten zurückzuführenden Fehlern. Diese Fehleranalyse ist als wichtige Orientierungshilfe bei der Qualitätsberichterstattung notwendig.

Individuelle Fehler beruhen auf menschlichem Fehlverhalten, ohne dass dies auf gesetzmäßige oder systemimmanente Ursachen zurückzuführen ist. Strukturell bedingte Fehler resultieren aus Mängeln in den Strukturen und Prozessen der Einrichtungen und sind von diesen zu verantworten. Sie lassen auf Defizite in der Organisation schließen, die Auswirkungen auf die Qualität der pflegerischen Leistungen haben. Dies transparent auszuweisen, ist außerordentlich wichtig für die Nutzerinnen und Nutzer der Qualitätsberichterstattung bei der Entscheidungsfindung. Notwendig ist deshalb eine Abkehr von einem „reinen Zählen“ individueller Pflegefehler hin zur Analyse von strukturell bedingten Fehlern und zu eingeleiteten Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Behebung. Dies sollte nicht nur Teil des Abschlussgespräches sein, sondern muss auch für die Nutzerinnen und Nutzer der Qualitätsberichterstattung sichtbar sein.

3. Stärken aufzeigen

Bei der derzeitigen und künftigen Qualitätsprüfung wird die Pflegequalität aus einer Stichprobe der Bewohnergesamtheit einer Pflegeeinrichtung anhand des Nichtvorhandenseins von Fehlern und Mängeln abgeleitet. Diese Art der Fehleranalyse suggeriert, dass diejenigen Pflegeeinrichtungen, bei denen im Rahmen der Qualitätsprüfung keine Fehler festgestellt wurden, auch tatsächlich eine fehlerfreie und damit bestmögliche Versorgung aller Bewohnerinnen und Bewohner anbieten. Dieser Fehlschluss muss vermieden werden.

In Zukunft muss es angezeigt sein, die Orientierungshilfe bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung mit Positiv-Kriterien zu verbinden. Das gibt Interessenten die Möglichkeit, nicht die Pflegeeinrichtung mit dem kleinsten Übel, sondern die beste Einrichtung für die jeweiligen individuellen Bedürfnisse auszuwählen.

² Mit Angehörigen sind auch Zugehörige wie Nachbarn und Freunde gemeint.

4. Neue Informationsquellen erschließen

Erfreulicherweise öffnen sich zahlreiche Pflegeeinrichtungen immer mehr nach außen, sind fest im Quartier verankert und Teil eines trägerunabhängigen Versorgungskonzeptes geworden. Die positiven Aspekte dieser Öffnung und Vernetzung müssen stärker in den Qualitätsprüfungen abgebildet werden.

Neben den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind weitere Personenkreise in die Datenerhebung einzubeziehen, die infolge der Vernetzung über Erkenntnisse verfügen, die für die Qualitätserfassung wertvoll sind. Näheres hierzu ist unter II. 3. aufgeführt.

5. Fehlermeldesysteme bundesweit einführen

Ein Fehlermeldesystem in den Pflegeeinrichtungen ist im Interesse einer Qualitätsverbesserung unerlässlich. Die standardisierte Erfassung von Pflegefehlern führt zum Aufbau einer Sicherheitskultur in den Einrichtungen. Dafür ist wichtig, dass Fehler nicht nur gemeldet und erfasst werden, sondern sich hieraus auch konkrete Maßnahmen zur Vermeidung vergleichbarer Fehler in der Zukunft ableiten. Dazu gehört auch eine zugehende, unterstützende Begleitung und Anleitung etwa durch Gespräche und Fortbildungsmaßnahmen. Ein System, bei dem Fehler gemeldet und erfasst werden, trägt zudem dazu bei, zunächst grundsätzlich festzulegen, wie Fehler zu definieren sind und in welchen Bereichen des pflegerischen Ablaufs sich Fehler ereignen (können).

Neben einem Fehlermeldesystem bedarf es weiterer fest definierter Instrumente der internen Qualitätssicherung. Dazu gehören vor allem auch regelmäßige Befragungen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie des Personals, Checklisten, fest definierte Prozess- und Ablaufbeschreibungen und das Setzen von Qualitätszielen.

III. Anforderungen an die Darstellung der Qualitätsprüfung

1. Wie muss zukünftig die Darstellung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen aussehen?

Mit einer Online-Darstellung können die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen für die unterschiedlichen Informationsinteressen der verschiedenen Nutzergruppen aufbereitet werden. Nutzerinnen und Nutzer der Qualitätsdarstellung können Ergebnisse und Informationen nach eigenen Vorstellungen gewichten mithilfe von Filter- und Sortierfunktionen, individueller Zusammenstellungen und Gruppierungen. Zur Nutzerfreundlichkeit sollten Vorauswahlen weitestgehend per Aufklapp-Menü (sog. Pull-Down-Menü) ermöglicht werden.

Die Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung muss daneben auch als Druckerzeugnis (sogenannte Print-Produkte) weiterhin zur Verfügung stehen, denn sie werden vor allem von Menschen höheren Alters genutzt. Deswegen müssen diese individualisierbar sein, um den Informationsgehalt von Print-Produkten für die

Nutzerinnen und Nutzer nicht zu schmälern. Dies kann beispielsweise nach einer bedarfsorientierten Beratung durch einen individuellen papiergebundenen Ausdruck der Ergebnisse realisiert werden.

Über die Bildung von klassischen Bedarfsgruppen, wie beispielsweise Beatmungspflichtige oder junge Pflegebedürftige, können spezifische Ergebnisse zusammengeführt und Informationen gebündelt werden. Nutzerinnen und Nutzer können über entsprechende Bedarfsgruppen einen schnelleren und gezielteren Überblick über zielgruppenspezifisch relevante Aspekte und infrage kommende Angebote erhalten.

In vielen Fällen werden die Nutzerinnen und Nutzer auch Unterstützungsbedarf haben. Hierfür müssen Anlaufstellen ausgebaut und neu geschaffen werden, die eine unabhängige Vor-Ort-Beratung in der Häuslichkeit sicherstellen (aufsuchende Beratung). Dieses Beratungsrecht muss sich auch auf Angehörige erstrecken.

2. Welche Informationen müssen zur Verfügung gestellt werden?

Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität³, beispielsweise zur erhaltenen Mobilität, zur Dekubitusentstehung oder auch zur Durchführung eines Integrationsgesprächs, werden durch die Pflegeeinrichtung selbst erfasst und einer statistischen Plausibilitätskontrolle sowie stichprobenbasierten externen Qualitätskontrolle unterzogen.

Informationen über die Pflegeeinrichtung (sogenannte Strukturinformationen⁴), wie beispielsweise Informationen zu den Mahlzeiten in der Pflegeeinrichtung, über Spezialisierung bzw. Versorgungsschwerpunkte oder religiöse Angebote, dienen dazu, Nutzerinnen und Nutzern einen genaueren Einblick in die Angebote und Strukturen der Einrichtung zu ermöglichen, und werden ebenfalls von den Pflegeeinrichtungen bereitgestellt. Eine Überprüfung dieser Informationen ist hingegen auch im reformierten System nicht vorgesehen, was der Bedeutung der Informationen nicht gerecht wird. Strukturinformationen müssen wie Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität verpflichtend und verlässlich sein.

Um für Nutzerinnen und Nutzer eine Vergleichbarkeit herzustellen, müssen Pflegeeinrichtungen Angaben zu festgelegten Kriterien zur Verfügung stellen. Sollten Informationen nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten entsprechen oder fehlerhaft sein, braucht es ein Verfahren, das die Aktualität sichert und die Möglichkeit zulässt, auch ihre Stärken bei der Qualität der pflegerischen Versorgung darzustellen.

³ Indikatoren nach Anlage 2 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege

⁴ Informationen über die Pflegeeinrichtung nach Anlage 4 zur Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI

Über die getroffenen Vereinbarungen zur Qualitätsdarstellung für die stationäre Pflege (QDVS) sollten weitere Strukturinformationen erfasst, abgebildet und konkretisiert werden, die das Informationsinteresse der Nutzerinnen und Nutzer umfassender abbilden, wie beispielsweise die Ausweisung detaillierterer Informationen zu der Barrierefreiheit der jeweiligen Einrichtung. Die aktuelle QDVS berücksichtigt unter Punkt 2.5. der Anlage 4 als Aspekt der Barrierefreiheit allein die Zugänglichkeit der Wohn- und Gemeinschaftsflächen. Notwendig sind eine stärkere Differenzierung und Konkretisierung der Anforderungen an die Barrierefreiheit in der jeweiligen Pflegeeinrichtung, etwa anhand spezifischer Bedarfsgruppen, die unterscheiden nach

- Barrierefreiheit für Menschen mit Gehbehinderungen und für Rollstuhlfahrer (z.B. Vorhalten entsprechender Parkplätze, Zugänglichkeit mit dem Rollstuhl, hinreichende Türbreiten, rollstuhlgeeignete Toiletten),
- Barrierefreiheit für Menschen mit Sehbeeinträchtigungen und Blinde (z.B. Kennzeichnungen von Stufen, blendfreie Beleuchtung, Hell-Dunkel-Kontraste),
- Barrierefreiheit für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen, Hörbehinderungen oder für Gehörlose (z.B. Möglichkeit von elektronischer Kommunikation) sowie
- Barrierefreiheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen (z.B. Verwendung leichter oder verständlicher Sprache, Verwendung von Piktogrammen, etc.)

Perspektivisch müssen Kriterien für die Barrierefreiheit einer Pflegeeinrichtung entwickelt und festgelegt werden, die die Kriterien nach DIN 18040 spezifisch ergänzen. Diese müssen dann durch eine unabhängige Institution überprüft werden.

3. Welche Informationsquellen sollen zusätzlich genutzt werden?

Die Darstellung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen können und sollen die Basis einer individuellen Auswahl sein. Sie können aber keinesfalls den notwendigen Besuch vor Ort und den persönlichen Eindruck ersetzen. Auf der Grundlage der Darstellung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen können jedoch eine Vorauswahl und eine vorgeschaltete Konkretisierung erfolgen.

Für eine umfassende Basis und Grundlage sollen neben den derzeit bereitgestellten Informationen zusätzliche Informationen in die Darstellung aufgenommen werden. Dazu zählen etwa die Feststellungen der Heimaufsichten der Bundesländer, die u.a. detailliertere Angaben zur Barrierefreiheit prüfen. Hierfür soll eine Kooperation der Heimaufsichten mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen (MDK) gestärkt werden.

Zugleich sind noch nicht ausreichend genutzte Informationsquellen über die Leistungen einer Einrichtung und eines Dienstes in die Qualitätsdarstellung einzubinden. Nachfolgende Beispiele verdeutlichen dies:

- Mit der pflegerischen Arbeit der Pflegeeinrichtungen kommt eine Vielzahl von Menschen in Berührung, darunter Angehörige, Bekannte, Gäste, externe Dienstleister wie Reinigungskräfte, Hausmeister, Physiotherapeuten, Logopäden oder auch Seelsorger und Rettungsdienste. Deren Beobachtungen und Erfahrungen sollen genutzt und abgebildet werden, beispielsweise durch Kommentierungsmöglichkeiten.

- Ein verpflichtend einzurichtendes Beschwerdemanagement soll als Erkenntnisquelle genutzt werden. Beschwerden sollen als Ressourcen zur Qualitätsverbesserung verstärkt genutzt werden. Ein strukturiertes Beschwerdemanagement fördert eine solche Entwicklung.
- Die Bewohnerbeiräte sind als kollektive Interessenvertretung der Bewohnerschaft als Informationsquelle für Auskünfte über das Heimgeschehen wertvoll. Es gilt, Wege zu finden, wie diese Quellen mit direktem Bezug zum Geschehen in der Einrichtung in die Qualitätsdarstellung einbezogen werden können. Mit beispielsweise eigenen Kommentarspalten in der Darstellung oder der Veröffentlichung des Tätigkeitsberichts des Bewohnerbeirats können diese Informationen Einzug in die Qualitätsdarstellung erhalten.

4. Welche Anforderungen der Barrierefreiheit sind an die Darstellung der Informationen zu stellen?

Gerade Menschen mit Sehbehinderungen profitieren in hohem Maße von der Digitalisierung, da sie sich die entsprechenden Texte vorlesen lassen können. Hierfür müssen die Dokumente jedoch von vornherein barrierefrei ausgestaltet sein. Nach der „Richtlinie (EU) 2016/2102 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Oktober 2016 über den barrierefreien Zugang zu den Websites und mobilen Anwendungen öffentlicher Stellen“ besteht die Verpflichtung, die Angebote entsprechend den dortigen Vorgaben barrierefrei auszugestalten.⁵ Ferner wird darauf hingewiesen, dass sich die Barrierefreiheit nicht auf technische Standards beschränkt. Vielmehr ist auch dafür Sorge zu tragen, dass die Informationen verständlich sind und auch in leichter Sprache zur Verfügung stehen, damit auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen sie verstehen können.

IV. Anforderungen an die Veröffentlichung

1. Zugangswege

Pflegebedürftige und deren Angehörige haben einen Anspruch auf verständliche, übersichtliche und vergleichbare Informationen zur Qualität und Angebotsstruktur der Pflegeeinrichtungen sowie zu den Kosten, insbesondere in Bezug auf die zu leistenden Eigenanteile. Bei der Suche und Auswahl der passenden Pflegeeinrichtung unterscheiden sich die Nutzerinnen und Nutzer in ihren Bedürfnissen und Vorstellungen über Art, Umfang und Qualität der Angebote. Beispielsweise führen gesundheitliche, altersbedingte oder kulturelle Gründe sowie Lebensgewohnheiten zu unterschiedlichen Bedürfnissen und Wünschen. Hinzu kommen weitere Nutzergruppen, etwa Beratungsstellen und Forschungseinrichtungen.

⁵ Hilfestellungen des Projektes „Barrierefrei informieren und kommunizieren“: <http://bik-fuer-alle.de/barrierefreiheit-umsetzen.html>

Um diesen unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden, müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine unterschiedliche Aufbereitung der Informationen und deren Darstellung ermöglichen. Die Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte und flexible Darstellung müssen geschaffen werden. Grundvoraussetzung hierfür ist eine unbürokratische und nicht selektive Bereitstellung aller Daten in anonymisierter Form. Gemeint sind damit die Daten, die entsprechend den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen bzw. ihren Anlagen erhoben werden, also insbesondere die Daten aus den Qualitätsprüfungen, den Indikatorenerhebungen, weitere Einrichtungsinformationen sowie ergänzend Daten zu den Kosten, die neben einem Leistungs- auch einen Preisvergleich ermöglichen.

Die Bereitstellung aller Daten in anonymisierter Form ermöglicht die Ausgestaltung verschiedener Zugangswege zu den Informationen, etwa im Rahmen der Online-Veröffentlichung.

Unter diesen Voraussetzungen – und unter bestimmten Nutzungsbedingungen – ist die Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse durch Anbieter und Betreiber von Informationsportalen denkbar. Wünschenswert ist ein Wettbewerb unter den Anbietern und Betreibern, ausgerichtet auf eine bedarfsgerechte und flexible Darstellung der Qualitätsergebnisse aus der Nutzerperspektive. Dabei ist auch eine konzeptionelle Schwerpunktsetzung in der Darstellung einzelner Portale auf bestimmte Bedarfsgruppen wie junge Pflegebedürftige oder Beatmungspflichtige vorstellbar.

Um Anreize für eine kontinuierliche Verbesserung der Darstellung der Qualität und der Informationen zu den Einrichtungen zu geben, braucht es unabhängige Betroffenen- und Verbraucherorganisationen, für die es möglich sein muss, im Rahmen ihres Aufgabenspektrums die Daten und ihre Darstellung zu analysieren und zu bewerten.

2. Nutzungsbedingungen

Für die Verwendung der oben genannten Daten müssen Nutzungsbedingungen einen gesicherten, aber unbürokratischen Zugang zu den Daten sowie eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und nicht kommerzielle, manipulationsfreie Nutzung sichern. Bei der Festlegung dieser Nutzungsbedingungen ist besonderes Augenmerk darauf zu legen, dass über die Sicherstellung eines o.g. fairen und qualitätsorientierten Wettbewerbs hinaus keine Vorgaben zur Darstellung und Nutzung der Datenauswertung gemacht werden. Das bedeutet, dass es beispielsweise möglich sein muss, Teildaten herauszugreifen, sie mit anderen Daten und Informationen über die Einrichtung zusammenzufügen und in eigener Verantwortung hieraus Schlüsse zu ziehen. Nur eine diesbezügliche Freiheit gewährt eine Pluralität von Darstellungsformaten und einen umfassenden Informationsmarkt. Das gilt nicht für die Bewertungssystematik.

Es wird nicht ein optimales Darstellungsformat geben können. Möglich ist aber ein der jeweiligen Zielgruppe angepasstes und bedarfsgerechtes Angebot. Geltendes Recht, etwa das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, und der Rechtsweg zu den

Zivilgerichten sichern den Pflegeeinrichtungen im Einzelfall Ansprüche (etwa Unterlassungs-, Schadensersatz- oder Beseitigungsansprüche) bei unlauteren Praktiken der Informationsanbieter. Dies entspricht dem Interesse der Allgemeinheit an einem unverfälschten Wettbewerb.

IV. Ausblick

1. Evaluation und Weiterentwicklung mit Perspektiven

Mit dem Beschluss des Qualitätsausschusses Pflege vom 19. März 2019 wurden vorerst für den stationären Bereich die Weichen für eine neue Qualitätsprüfung und ihre Darstellung gelegt, die zumindest eine Verbesserung gegenüber dem bisherigen System der Pflegenoten erwarten lassen. Bislang ist im Rahmen von § 114c Abs. 3 SGB XI lediglich eine Evaluation der festgelegten Bewertungssystematik gesetzlich vorgegeben. Nicht gesetzlich vorgesehen ist eine Weiterentwicklung dieses neuen Prüfsystems. Nur eine kontinuierliche Weiterentwicklung bietet jedoch die Möglichkeit, die Qualität des neuen Prüfsystems dauerhaft sicherzustellen, indem zum Beispiel Defizite frühzeitig erkannt und Lösungsvorschläge zur Weiterentwicklung aufgezeigt werden.

Ein weiterer wesentlicher Nutzen ist die Aufrechterhaltung eines Dialogs unter den beteiligten Leistungsträgern, Leistungserbringern, Pflegebedürftigen, Pflegebetroffenenvertretern und Anbietern von Informationen. In diesen Diskurs soll zukünftig auch verstärkt die Wissenschaft einbezogen werden, die nicht als Auftragnehmer der Beteiligten, sondern vielmehr als eigenständiger Beteiligter fungieren soll. Die Notwendigkeit der Weiterentwicklung sollte gesetzlich zwingend vorgesehen werden. Hierfür braucht es verbindliche Vorgaben hinsichtlich der Zeitpunkte und der konkreten Ausgestaltung. Wichtig ist zudem, dass die Ergebnisse der Weiterentwicklung nicht nur intern verwendet, sondern nach außen einer breiten Öffentlichkeit gegenüber transparent gemacht werden.

2. Rolle der Verbände nach § 118 SGB XI

Pflegebedürftige und deren Angehörige sind aufgrund ihrer körperlichen, kognitiven und emotionalen Belastungen als besonders vulnerable Personengruppe im Geflecht der pflegerischen Versorgung einzustufen. Hinzu kommen enorme finanzielle Belastungen und der Versorgung geschuldete Abhängigkeiten, die die Autonomie und Wahlfreiheit dieser Personengruppe auch zukünftig herausfordern werden. Die Verbände nach § 118 SGB XI verstehen sich auch künftig als Vertreter, die sich für die Belange der oben genannten Personengruppen einsetzen und insbesondere darum bemüht sind, Defizite im Prüfsystem jenseits einer geregelten Evaluation aufzuzeigen, Impulse für eine Verbesserung zu setzen sowie verschiedene Darstellungsformate zu den Qualitätsinformationen aus der Perspektive der oben genannten Personengruppe nach Zugänglichkeit, Aussagekraft und Verständlichkeit zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Eine organisatorische wie finanzielle Stärkung der sechs maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen bleibt dabei eine grundlegende Notwendigkeit. Um der Stimme der pflegebedürftigen und behinderten Menschen ein angemessenes Gewicht zu geben, fordern die Verbände nach § 118 SGB XI:

- Eine Stabsstelle, um die Arbeit der Verbände nach § 118 SGB XI inhaltlich und organisatorisch zu unterstützen,
- stärkere finanzielle Unterstützung zur Wahrnehmung der gesetzlichen Beteiligungsrechte durch Verbandsvertreter ,
- ein Stimmrecht in Verfahrensfragen im Qualitätsausschuss Pflege, um die Beratung und die Verfahren in der Pflege mitzugestalten,
- einen ständigen unparteiischen Vorsitzenden für den Qualitätsausschuss, den das Bundesministerium für Gesundheit benennt sowie
- mehr Transparenz im Qualitätsausschuss durch öffentliche Sitzungen und öffentlich einsehbare Protokolle.

Weitere Informationen hierzu befinden sich in einem Hintergrundpapier⁶.

⁶ Hintergrundpapier der Verbände nach § 118 SGB XI „FÜR MEHR MITBESTIMMUNG IN DER PFLEGE“ unter https://www.vdk.de/deutschland/pages/presse/74455/verbaende_fordern_mehr_mitbestimmung_in_der_pflege