

Berlin, 15.01.2008

Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

Die Bundesregierung hat dem Weiterentwicklungsbedarf der Pflegeversicherung Rechnung getragen und mit dem Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PFWG) die Möglichkeit geschaffen, die Fortentwicklung voranzubringen. Der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP e.V.) begrüßt dieses Vorhaben.

A. Abbau von Schnittstellen

Bei der Gestaltung dieses Gesetzes hat die Bundesregierung einige Schnittstellenproblematiken erkannt.

1. Vertragsärztliche Versorgung

Wir unterstützen die Initiative der Bundesregierung, nach der stationäre Pflegeeinrichtungen grundsätzlich die Möglichkeit erhalten sollen, an der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V teilnehmen zu können, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt nicht sicher gestellt ist (§119 b SGB V n.F.). Ziel einer Reform muss immer die Optimierung der Situation für die direkt Betroffenen sein. Ein Hausarzt ist die schnellere und bessere Möglichkeit der Versorgung im Krankheits- oder Notfall ist. Er kennt die Krankheitsgeschichte der Bewohner, ist Bezugsperson und kann durch die Präsenz vor Ort schnell und effektiv handeln. Dadurch wird eine Krankenhauseinweisung in vielen Fällen verhindert. Die freie Arztwahl darf hierbei nicht eingeschränkt werden. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Einrichtungen durch diese Regelung nicht in die Pflicht zur ärztlichen Versorgung ihrer Bewohner genommen werden können. Die Notwendigkeit eines Antragsverfahrens halten wir für nicht sinnvoll, denn dadurch wird die zunächst eröffnete Möglichkeit der optimalen Versorgung der Bewohner wieder beschränkt.

2. Pflegestützpunkte

Das Ziel, wohnortnah die Angebote für pflegebedürftige Menschen besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen, sowie aus einer Hand anzubieten, wird unterstützt. Pflegestützpunkte sollen künftig die Pflegeberatung verbessern und in der Praxis zum Abbau von Schnittstellenproblemen für Menschen, die Hilfe suchen, führen (§ 92 c SGB XI n.F.). Die Einrichtung von Pflegestützpunkten sehen wir grundsätzlich als kritisch.

Unsere Bedenken umfassen insbesondere folgende Punkte:

Nicht abschließend geklärt ist bis jetzt die Interessenlage. Unklare Abgrenzungen von Zuständigkeiten können dazu führen, dass durch diffuse Organisationen schlechte Dienstleistungen erbracht werden. Eine „Bereitstellung, Vernetzung und Abstimmung der Hilfen“ ist eine unter Marktgegebenheiten problematische Aufgabe der Pflegestützpunkte, sofern sie von einem Pflegestützpunkt in Trägerschaft eines Leistungsträgers ausgeübt wird.

Außerdem halten wir den Begriff „Pflegestützpunkt“ für problematisch, weil er anderweitig als pflegerische Organisationsform schon besetzt ist, es sollte ein anderer gewählt werden.

Vor der flächendeckenden Etablierung müssen klaren Strukturen vorformuliert werden. Sicher zu stellen ist die Unabhängigkeit der Pflegestützpunkte. Es sind klare Abstimmungsverfahren zu beschreiben, die eine allseitige Beteiligung sicherstellen und Vorbehalte minimieren. Die vorgesehenen Rollen von Pflege- und Krankenkassen lassen eine dominierende Rolle dieser Leistungsträger befürchten, welche einer unabhängigen und primär klientenorientierten Arbeit entgegensteht. Bereits vorhandene regionale Netzwerke sind beim Aufbau zu beteiligen. Nach Abschluss der Pilotprojekte sind die dadurch gesammelten Ergebnisse sorgfältig aufzuarbeiten und in die künftigen Konzepte zu implementieren.

Den Alternativvorschlag des Abgeordneten Zylajew, statt Pflegestützpunkte zu errichten Pflegeberatungsscheine auszugeben, die bei akkreditierten Stellen eingelöst werden können, halten wir für bedenkenswert, weil damit potenzielle Schnittstellenproblematiken von Anfang an auszuschließen wäre.

3. Heimgesetz und SGB XI

Seit Jahren weisen wir auf ungeklärte Problematiken zwischen dem Elften Buch des Sozialgesetzes und dem Heimgesetz hin. Eine klare und eindeutige Rechtslage insbesondere zur Frage der Beendigung des Heimvertrages wird vom DEVAP ausdrücklich befürwortet. Mit Nachdruck fordert der DEVAP eine bundeseinheitliche Regelung zur Beendigung des Heimvertrages unter Beachtung der Würde des Verstorbenen. Die Angehörigen müssen einen angemessenen Zeitraum erhalten, um den Nachlass zu ordnen. Die Zeit, die für das Herrichten des Zimmers benötigt wird, geht zu Lasten des Heimes und ist in der Regel in den Vereinbarungen zum Pflegeentgelt berücksichtigt. Die Regelungen des SGB IX sollten an die Regelungen des Heimgesetzes des Bundes angeglichen werden. Das Heimvertragsrecht ist einheitlich zu regeln. Bundes- und Landesrecht sollten aufeinander abgestimmt sein.

4. Aufgabenabgrenzung der Prüfinstanzen

Ein weiterer Fortschritt wäre es aus Sicht des DEVAP, wenn bei der Bemühung um Abbau von Schnittstellen auch die unterschiedlichen Kontrollgremien, insbesondere Heimaufsicht und MDK, eines Abgleichs unterzogen werden. Die Heimaufsicht sollte sich auf die Strukturqualität beschränken und der Medizinische Dienst auf die Prozess- und Ergebnisqualität. Die Prüfungen sollten zusammengefasst und durch einen gemeinsamen Prüfbericht dokumentiert werden. Hierdurch würden sich Mehrfachprüfungen verhindert und die Belastung der Mitarbeitenden reduziert werden.

B. Entbürokratisierung

1. Leistungs- und Qualitätsvereinbarung

Die ersatzlose Abschaffung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) ist zu begrüßen. Die Praxis hat gezeigt, dass die dargestellten individuellen Bedarfe einer Einrichtung bei den Pflegesatzverhandlungen,

hauptsächlich aufgrund knapper Kassen und fehlender Bemessungsverfahren, keine oder nur eine geringe Berücksichtigung finden. Gesamtversorgungsverträge (§ 72 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB XI n.F.) eröffnen den Einrichtungen und Diensten neue, positive Wege. Klärungsbedarf sehen wir darin, dass konkrete Organisationsstrukturen eines Gesamtversorgungsvertrages noch zu benennen sind, ob z. B. hier auch eine gemeinsame Pflegedienstleitung gemeint ist. Es geht nicht nur um die formale Unterstellung unter einen Vertrag, sondern um die effektive Nutzung von Synergien innerhalb des Gesamtversorgungsvertrages. So können sich Einrichtungen und Dienste flexibel und ohne großen bürokratischen Aufwand auf die sich verändernden Wünsche und Bedarfe der älteren Menschen einstellen. Angebotsformen können auf diese Weise leichter miteinander gekoppelt werden. Da die Übergänge im Altern fließend sind, müssen auch die Versorgungskonzepte durchlässig sein.

2. Pflegedokumentation

Gute Pflege ist ohne Pflegeorganisation und Pflegeplanung nicht machbar. Die Einigung auf bundesweite einheitliche Anforderungen an die Dokumentation unter Einbeziehung der Pflegewissenschaft wird durch den DEVAP nachhaltig unterstützt. Der Pflegedokumentation kommt eine wesentliche Aufgabe bei der Qualitätsentwicklung und -sicherung zu. Die Dokumentation pflegerischer Tätigkeiten ist sinnvoll und unverzichtbar, um einen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen gesicherten Pflegeprozess zu gewährleisten. Sie muss jedoch mit Augenmass geschehen.

Insgesamt ist zu begrüßen, dass die Bundesregierung durch die Entbürokratisierung den Einrichtungen und Diensten Entlastung bringen will. Die durch eine erfolgreiche Entbürokratisierung geschaffenen freien Ressourcen werden uneingeschränkt dem pflegebedürftigen Menschen wieder zu gute kommen.

C. Qualitätssicherung

1. Expertenstandards

Durch das PfwG schafft die Bundesregierung den Expertenstandards eine rechtliche Grundlage (§ 113a SGB XI n.F.). In Expertenstandards werden pflegfachliche Qualitätsniveaus beschrieben. Expertenstandards haben sich in den Einrichtungen und Diensten bereits als sehr hilfreich erwiesen. Sie sind ein gutes Instrument, um die Ergebnisqualität zu optimieren. Die gesetzliche Regelung der Bundesregierung wird unterstützt.

2. Veröffentlichung von Qualitäts- und Prüfberichten

Die Veröffentlichung von Qualitäts- und Prüfberichten soll die Transparenz in der Pflege erhöhen (§ 115 Abs.1 Satz 4 und 5 SGB XI). Nach dem Entwurf des PfwG soll diese dazu beitragen, die Ergebnisqualität und die Lebensqualität in den Einrichtungen zu beschreiben. Durch die Veröffentlichung der bestehenden Prüfberichte des MDK und der Heimaufsicht ist dieses Ziel aber nicht zu erreichen. Hierzu ist es notwendig, dass wichtige Informationen und Qualitätsbeschreibungen über die Einrichtungen und Dienste so aufbereitet werden, dass es Interessenten aufgrund dieser Veröffentlichungen möglich ist, zu vergleichen, zu bewerten und ein für ihre Bedürfnisse passendes Angebot auszusuchen.

Unter Beteiligung der Trägerverbände müssen einheitliche Qualitätskriterien erarbeitet werden, die für ein Qualitätsbenchmarking geeignet sind und benutzt werden können. Die Berichte müssen so abgefasst sein, dass sie allgemein verständlich und nachvollziehbar sind. Die Ergebnisqualität wird durch die vom MDK vorgegebenen Prüfungsstrukturen dargestellt. Für eine umfassendere Sichtweise reicht dies allerdings nicht aus. Für die Darstellung der Lebensqualität, oder auch „Erlebnisqualität“, müssen verstärkt die Kunden mit einbezogen werden. Ein unbestrittenes Kriterium ist hierbei die Kundenbefragung. Wir erachten es für sinnvoll, systematisch einen Katalog zur Überprüfung der Lebensqualität zu erstellen. Eine Mitwirkung des Heimbeirates ist denkbar, indem dieser das Testat für die Lebensqualität erteilt. Dies fördert das Miteinander von Einrichtungen und Bewohnern.

Abschließend weist der DEVAP darauf hin, dass externe Qualitätssicherung nicht der Maßstab sein kann. Ziel ist für uns, Qualität fortzuschreiben, weiter zu entwickeln und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu initiieren. Dies ist nur möglich durch ein flexibles, intrinsisch motiviertes Qualitätsmanagement in den jeweiligen Einrichtungen und Diensten, das von den Mitarbeitenden erarbeitet, getragen und fortentwickelt wird.

D. Stärkung der Versorgung

1. Neue Wohn- und Betreuungsformen, Poolen

Der DEVAP unterstützt das Ziel der Bundesregierung, die Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere in neuen Wohnformen, wie zum Beispiel Wohngemeinschaften oder Betreutes Wohnen, zu verbessern (§§ 36 und 89 SGB I n.F.). Hierdurch können innovative, vernetzte Angebote geschaffen werden. Es muss allerdings möglich sein, verschiedene Leistungsangebote nach den Wünschen der Pflegebedürftigen flexibel wohnortnah gestalten zu können.

2. Pflegesachleistungen

Bezüglich der Pflegesachleistungen schließt sich der DEVAP voll der Stellungnahme des Diakonischen Werkes der EKD zu §§ 36 und 89 SGB XI n.F. an.

E. Pflegestützpunkte

Siehe A.2.

F. Pflegezeit und G. Pflegebegriff

Der DEVAP geht konform mit den Ausführungen in der Stellungnahme des Diakonischen Werkes der EKD, weil hier bereits im Vorfeld maßgeblich zusammengearbeitet und die Meinungen miteinander abgestimmt wurden.

H. Demenzielle Versorgung

Der DEVAP fordert eine Erhöhung des Leistungsbetrages auf bis zu 200 € monatlich für alle Leistungsberechtigten. Auch Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des Gesetzes, die in stationären Einrichtungen, teilstationären oder ambulanten Wohnformen leben, sollen von dieser Regelung profitieren. Das Kriterium „Wohn- und Betreuungsform“ bzw. „ambulant oder stationär“ darf nicht leistungsauslösend bzw. leistungsausschließend sein. Der Ausbau von Tagespflegeangeboten und die damit einhergehende Erhöhung der Fördermittel zum Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten wird begrüßt.

Damit unterstützt der DEVAP ausdrücklich die Stellungnahme des DW EKD zu den §§ 45a und 45b SGB XI n.F.

I. Berufsrechtliche Fragestellungen

1. Gesetzliche Verankerung der „Gemeindeschwester“ / AGnES

Der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) begrüßt ausdrücklich die Notwendigkeit einer Neuordnung in der Zusammenarbeit unter den Gesundheitsberufen. Erstmals wird dann die eigenständige Erbringung ärztlicher Tätigkeiten durch die Berufe nach dem Alten- und Krankenpflegegesetz möglich sein.

Die angestrebte Überführung der „Gemeindeschwester“ / AGnES“ (Arztentlastende, Gemeinde-nahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) durch Implementierung in § 38 SGB V hingegen lehnen wir allerdings ab, weil damit dem Aufbau von Doppelstrukturen in der Versorgung Vorschub geleistet werden würde. Das vom Bundeskabinett propagierte Modell berücksichtigt bestehende und bewährte Strukturen der Regelversorgung nach § 27 SGB V (Krankenbehandlung) Abs. 1 Ziffern 1, 3 und 4 nicht ausreichend. Folge wäre eine Ausweitung auf Berufsgruppen, deren formelle Qualifikation für die selbständige Durchführung erweiterter Aufgaben im Bereich delegationsfähiger ärztlicher Tätigkeiten der Diagnostik und Therapie nicht gegeben ist, wenn z.B. nichtärztliches Personal aus den Arztpraxen damit betraut wäre und in die ambulante pflegerische Versorgung eingreifen würde.

Pflegefachkräfte hingegen verfügen bereits heute schon über die erforderlichen Grundqualifikationen, die zur Entlastung der Hausärzte eingesetzt werden können. Spezialisierte Pflegefachkräfte sind in der Lage bei erweiterter Verantwortungs- und Handlungskompetenz modellhaft zusätzliche ärztliche Tätigkeiten aus etablierten ambulanten Pflegediensten heraus zu übernehmen. Im Rahmen bestehender Ressourcen und der vorhandenen Versorgungssysteme wäre diese dazu in der Lage auch Patienten versorgen, die noch keinen Pflegedienst in Anspruch nehmen.

Als weitere Vorteile einer solchen Umsetzung sind zu benennen: Übernahme von Aufgaben im Rahmen von Präventionsmaßnahmen, wie z.B. der Sturzprävention oder der Anleitung und Beratung zur Selbstversorgung von Versicherten als kostenentlastendes Element im Bereich des SGB V und des SGB XI, die bereits heute teilweise Bestandteil der Regelversorgung sind.

Aus fachlichen, wirtschaftlichen und versorgungsoptimierenden Erwägungen heraus schlagen wir deshalb vor, eine Erprobungsklausel an den § 27 SGB V zu binden, die es erlaubt, fachspezifisch weitergebildeten Pflegefachkräften im Sinne des Kranken- und Altenpflegegesetzes aus Pflegediensten, die Übernahme weitergehender Delegationen ärztlicher Tätigkeiten zu ermöglichen. Diese lassen sich u.a. aus den Ausbildungszielen des Krankenpflegegesetzes von 2004 im Rahmen der Ausbildungsziele ableiten. Eine Verlängerung der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Altenpflegerinnen zur Übernahme erweiterter Delegationstätigkeiten im Rahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie lehnen wir ab. Der Gesetzgeber hat Übergangsregelungen zu schaffen, welche es bereits ausgebildeten und entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften ermöglicht, die formale Anerkennung zur Teilnahme an diesem Modellvorhaben zu erlangen. Wir weisen darauf hin, dass neben einer zusätzlichen Qualifizierung die Berufserfahrung von besonderer Bedeutung ist und im Gesetz berücksichtigt werden muss.

2. Weiterbildung der verantwortlichen Pflegefachkraft

Der Kabinettsentwurf sieht vor, die Anforderungen für die verantwortliche Pflegefachkraft festzuschreiben, welche u.a. durch Weiterbildungsmaßnahmen für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden definiert sind. Mit dieser Neuregelung sieht der DEVAP einen Schritt zur Schaffung von Rechtsklarheit. Die Anforderungen sind inhaltlich unstrittig. In der Praxis können sich für Träger einer Pflegeeinrichtung bei Neubesetzung der Stelle einer verantwortlichen Pflegefachkraft möglicherweise Probleme ergeben, wenn aufgrund des Arbeitsmarktes nur Bewerber ohne abgeschlossene Weiterbildung zu finden sind. Hier sind Übergangsregelungen einzuführen, welche es den betreffenden Pflegefachkräften ermöglicht, in einem noch festzulegenden Zeitraum die geforderte Qualifikation nachzuholen.

Die Anforderung von 460 Stunden für Qualifizierungsmaßnahmen ist eine seit Jahren im Bildungsmarkt gebräuchliche Größe. Sie muss differenziert hinsichtlich Unterrichts- oder Zeitstunden, Integration von Pausenzeiten, Praktika, Zeiten der Vor- und Nachbereitung, Prüfungsdurchführung dargestellt werden, um eine Vergleichbarkeit von Bildungsangeboten sicherzustellen und die Absicht des Gesetzgebers nicht zu unterlaufen.

3. Ausbildungsvergütung für die Ausbildung in der Altenpflege und Altenpflegehilfe

Bisher erfolgte die Ausbildung zur Altenpflegerin/ zum Altenpfleger bundeseinheitlich auf der gesetzlichen Grundlage des Altenpflegegesetzes. Die Auszubildenden erhalten eine Ausbildungsvergütung, die vom Träger der praktischen Ausbildung zu zahlen ist. Die anfallenden Kosten für den auszubildenden Betrieb können in den Pflegesätzen der stationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden. Regelungen für die Refinanzierung in ambulanten Diensten fehlten bislang. Die Finanzierung durch Umlageverfahren geschieht bundesweit uneinheitlich. Die Refinanzierung über die Pflegesätze und die Finanzierungsregelungen von Umschulungsmaßnahmen bedeuten für auszubildende Einrichtungen der stationären Altenpflege jedoch höhere Pflegesätze und verursachen damit Wettbewerbsnachteile für auszubildende Einrichtungen.

Anstelle der bisherigen Umlagefinanzierung wäre eine Steuerfinanzierung außerhalb der Pflegeversicherung, die auch nicht zu Lasten des Budgets der Pflegebedürftigen geht, die bestmögliche Lösung. Das Fondmodell nach § 17 a KHG, bei dem die Finanzierung der Ausbildungsvergütungen und der Praxisanleitung durch die Krankenkassen, Pflegekassen und die Länder getragen wird und bei welchem alle an der praktischen Ausbildung beteiligten und Einrichtungen und Dienste die anteiligen Kosten der Ausbildung aus einem Fond auf Landesebene erstattet bekommen, scheint übertragbar und brächte Entlastung für die Ausbildungsstätten. Allerdings geht diese Finanzierungsvariante auch zu Lasten der Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Die Ausweitung der im Gesetz festgelegten Ausbildungsvergütung auf „sonstige Pflegeberufe“ lehnen wir ab. Mit dieser Ausweitung könnten entgegen des sich abzeichnenden künftigen Bedarfs an mehr qualifizierten Pflegefachkräften, neue vermeintlich kostengünstigere Ausbildungen anstelle der notwendigen etablieren und eine Fehlplanung begünstigen. Für neue Ausbildungsberufe und Qualifikationen in Pflege und Betreuung sind alternative Finanzierungsmodelle zu entwickeln.

4. Ausbildungsordnung für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie Altenpflegeberufe

Der DEVAP begrüßt die Erweiterung der Ziele und Inhalte der Ausbildung. Anpassungen in den Gesetzen der Altenpflege und Krankenpflege sind grundsätzlich gleichgerichtet, gleichberechtigt und parallel vorzunehmen. Eine Ausweitung auf „sonstige Pflegeberufe“ lehnt der DEVAP ab.

Um die geplanten Modellvorhaben auch zeitnah nach In-Kraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes umzusetzen und um bereits ausgebildete und geprüfte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sowie Altenpflegekräfte nicht auszuschließen, schlagen wir Übergangsregelungen vor. Diese sollen gewährleisten, dass die für die Modellvorhaben vorgesehenen Qualifikationen auch auf anderem Wege, wie z.B. über entsprechende Studiengänge, Fort- und Weiterbildungen von bereits ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegekräften sowie Altenpflegekräften nachgewiesen werden können. Dies gilt um so mehr, als Staatsangehörige aus anderen EU-Staaten mit einem entsprechenden Ausbildungsnachweis zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten im Rahmen der Modellversuche berechtigt sind.

5. Häuslichen Pflege durch Einzelpersonen - Abschluss von Versorgungsverträgen mit einzelnen geeigneten Pflegekräften

Eine zielgerichtete gesellschaftliche und finanzielle Aufwertung des Berufes der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie der Altenpflegerinnen wird durch die Möglichkeit der Pflegekassen, mit Pflegekräften unterschiedlicher Qualifikation Einzelversorgungsverträge abzuschließen, gefährdet bzw. unterbunden. Die jeweilige „Eignung“ ist in diesem Falle sehr differenziert darzustellen.

Der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. vertritt über 2.000 stationäre Einrichtungen der Altenhilfe mit ca. 145.000 Plätzen, über 1.600 ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste, mehr als 95 Altenpflegeschulen mit ca. 5.600 Ausbildungsplätzen, dazu zahlreiche Altentagesstätten, Initiativen und Selbsthilfegruppen. Damit repräsentiert der DEVAP knapp 25 Prozent der Altenhilfe in Deutschland.