

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG) vom 7.12.2007
BT-Drucksache 16/7439

Vorbemerkung

Der Deutsche Pflegerat e. V. und seine Mitgliedsverbände begrüßen die Initiative der Bundesregierung zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung. Angesichts des demographischen Wandels, epidemiologischer Trends und sich veränderter Familienstrukturen ist eine solche Reform dringend erforderlich. Im vorliegenden Referentenentwurf werden wichtige Weichenstellungen vorgenommen. Der DPR unterstützt alle Bestrebungen zu mehr Autonomie der Betroffenen, mehr Qualität und Transparenz der Leistungen. Insbesondere die Erkenntnis, dass die Betroffenen Beratung benötigen. Die Ansätze für Beratungsangebote sind zu begrüßen. Die Lektorientierung ‚ambulant vor stationär‘ wird unterstützt.

Allerdings erreicht der Gesetzesentwurf nicht die grundsätzliche Neuorientierung des Systems und seine langfristige finanzielle Absicherung. Der Deutsche Pflegerat begrüßt zwar die Erhöhung des Beitragssatzes, wobei eine grundlegende Reform auch hier unterbleibt und somit die Finanzierung der SPV bis maximal 2012 oder 2014 gesichert ist. Es ist insbesondere zu bedauern, dass es versäumt wird, den Gedanken der Prävention der Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich abzusichern. Hier dominiert immer noch die Vorstellung von Pflegebedürftigkeit als unausweichliches Schicksal am Ende des Lebens.

Besonders bedauerlich ist, dass die grundsätzliche Neuorientierung über eine Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hier nicht erfolgt. Darüber hinaus sieht der Deutsche Pflegerat den Bedarf an sozialer Teilhabe (analog SGB IX, § 8) nicht abgebildet. Dieser müsste bei der Begutachtung im Sinne dieses Gesetzes abgebildet werden. Dadurch wird das heutige defizitäre System fortgeschrieben. Der Deutsche Pflegerat fordert eine zeitnahe Implementierung der Ergebnisse des Beirats zur Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Kritisch zu bewerten ist aus Sicht des DPR insbesondere der Zuwachs an Zuständigkeiten und damit Steuerungsmacht für die Kassen. Es besteht die Sorge, dass dies zur Dominanz der Fragen der Finanzierung in allen Aspekten führen wird. Es ist dem DPR und seinen Mitgliedsverbänden wohl bewusst, dass das Prinzip der Sozialen Pflegeversicherung als „Teilkasko-Versicherung“ unverändert bleibt. Wir halten jedoch Strukturen der strikten Trennung von Finanzierung der Leistung, Qualitätsüberprüfung, Gestaltung der Leistungsangebote und der Beratung der Betroffenen für unabdingbar. Es gibt etablierte Strukturen der Selbstverwaltung, die aus unserer Sicht eher auszuweiten, denn zu begrenzen sind.

Im Referentenentwurf wird weiterhin der pflegerische Fortschritt nicht ausreichend berücksichtigt. Die Profession Pflege kann mehr Verantwortung übernehmen als ihr zugebilligt wird. Im Spannungsfeld zwischen Absicherung der Qualität der Versorgung und des qualitativen Bedarfes ist keine klare Linie erkennbar. Einerseits werden sinnvolle und wichtige Schritte zur Finanzierung alternativer Betreuungsformen getan, andererseits wird zum Beispiel die Zulassung von Einzelpflegekräften mehr oder weniger flächendeckend eingeführt. Hier ist potenziell die Qualität der Versorgung und damit die Sicherheit der Betroffenen gefährdet.

Ausdrücklich begrüßt wird die vorgesehene Modellklausel zur Erweiterung der Kompetenzen der Pflegefachkräfte in Artikel 6 und folgend Art. 15 und 16. Weiterhin ist die Absicherung der Qualität über pflegerische Expertenstandards durch deren weitere Entwicklung und Implementierung der richtige Weg.

Positiv ist insbesondere die stärkere Berücksichtigung pflegerischer Expertise im Entlassungs-/Überleitungs-Management und in der Pflegeberatung.

Zu den einzelnen Paragraphen des Referentenentwurfes im Einzelnen:

§ 2 Selbstbestimmung

Der Deutsche Pflegerat schlägt vor, in Abs. 1 eine Ergänzung um „Grundlage für eine selbstbestimmte Pflege ist die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ vorzunehmen.

§ 7a Pflegeberatung

Der Gesetzesentwurf sieht für Pflegebedürftige im Sinne der Pflegeversicherung einen Anspruch auf Fallmanagement durch Pflegeberater vor. Als Träger der Pflegeberatung sind die Pflegekassen vorgesehen. Der DPR begrüßt den Kerngedanken, lehnt aber die geplante Konstruktion ab. Er fordert die Ansiedlung der Pflegeberater an einer neutralen Stelle (unabhängige Rechtsform des Trägers) und die verpflichtende Einbeziehung der Kommunen. Es ist zu gewährleisten, dass die Pflegeberater nur den Betroffenen und deren Wohl verpflichtet arbeiten können. Unabhängige Fallmanager sind neben ihrer Funktion als Berater und Koordinator auch Interessensvertreter des Hilfesuchenden. In diesem Sinne verknüpft sich ihre Aufgabe mit der Sicherung von Verbraucherrechten. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Versicherten die freie Wahl der Nutzung des Angebotes und die freie Wahl des Fallmanagers zuzusichern ist. Bestehende erfolgreiche Modelle, z.B. Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo) in Rheinland-Pfalz müssen zur Ausgestaltung dieses Punktes aufgegriffen bzw. weiter genutzt werden.

Für die Wahrnehmung der Aufgaben eines Fallmanagers im Gesundheits- und Sozialwesen ist wegen des hohen Anteils pflegfachlicher Aspekte und der Komplexität der Situation der Ratsuchenden die Qualifikation als Pflegefachkraft erforderlich. Eine weiterführende Qualifizierung zur Beratung und zu sozialrechtlichen Fragen (z.B. Case Management) ist unverzichtbar. Davon abzugrenzen ist die Bearbeitung im Kontext der individuellen Leistungsbewilligung durch Mitarbeiter der Pflege- bzw. Krankenkassen sowie anderer Sozialversicherungsträger. Sozialversicherungsfachangestellte verfügen nicht über die Qualifikation, die entsprechende fachlich gestützte Einschätzung und Beratung bezüglich der Pflegesituation eines Pflegebedürftigen durchzuführen.

Die Leistungen der Pflegeberater müssen entsprechend altersgemäßen Bedürfnissen erbracht werden. Daraus folgt, dass für die Pflegebegleitung von Säuglingen, Kindern und Ju-

gendlichen bis zum 18. Lebensjahr die Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrank-
pfleger/in Voraussetzung sein muss. Die Anzahl von Pflegeberater/innen in der Versorgung
von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen muss den jeweiligen Erfor-
dernissen angepasst werden.

Die Versicherten sind über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt, die Pflegeberatung und
darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt
unentgeltlich sind. Ferner ist auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen
hinzuweisen. Versicherte mit erheblichem Betreuungsbedarf sind in gleicher Weise, insbe-
sondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote zu beraten und zu unter-
richten.

§ 18 (3)

Die Entscheidungsfrist von 5 Wochen ist in der Situation des Antragstellers unzumutbar lan-
ge und es sollte umgehend, spätestens 1 Woche nach Eingang des Antrages, bei der zu-
ständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden. Dar-
über hinaus muss die Übernahme der Kosten gegenüber dem Bedürftigen garantiert werden.

§ 18 (6) Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Regelung sieht vor, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung der Pflege-
kasse das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit übermittelt, statt wie bisher das
Ergebnis. Entsprechend § 3a des Bundesdatenschutzgesetzes ist in der Gestaltung und
Auswahl der Datenverarbeitungssysteme auf Datenvermeidung und Datensparsamkeit zu
achten. Für die Pflegekasse ist das Ergebnis der Prüfung mit der Aussage über Präventions-
und Rehabilitationsmöglichkeiten relevant, nicht die Details. Der DPR fordert deshalb, die
bestehende Formulierung des §18 (6) beizubehalten.

Besser wäre es, dem Pflegebedürftigen gegenüber Transparenz zu schaffen und ihm das
Gutachten inkl. bestehender Potentiale der Prävention und Rehabilitation sowie die Empfeh-
lung eines individuellen Pflegeplans mitzuteilen. Der Pflegebedürftige kann dann über seine
Daten weiter selbständig entscheiden. Dadurch würden Betroffene gleichwertige Partner im
Beratungs- und Entscheidungsprozess.

§ 18 (7) Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Es wird begrüßt, dass die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern verpflichtend durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-pfleger/in vorzunehmen ist. Durch den Einsatz von pädiatrisch ausgebildeten Pflegefachkräften wird den Besonderheiten der verschiedenen Lebensabschnitte und Altersstufen Rechnung getragen. Eine zusätzliche Prüfung durch dafür geeignete Ärzte ist nach unserer Auffassung ggf. nur ergänzend durchzuführen.

Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachkräfte entspricht schon heute der üblichen Praxis und sollte vom Gesetzgeber auch für erwachsene Versicherte nachvollzogen werden. § 18 (7) Satz 1 ist entsprechend neu zu formulieren.

Zu § 30 Dynamisierung der Leistungen

Die Bundesregierung sollte bereits im Jahre 2012 die Notwendigkeit und Höhe einer Dynamisierung der Leistung der Pflegeversicherung prüfen, damit diese ggf. rechtzeitig ab 2014 umgesetzt werden kann.

§ 33 Befristung der Leistungsbewilligung

Im Sinne der Transparenz und der Prozesssteuerung ist eine regelmäßige Überprüfung der Leistungsbewilligung grundsätzlich zu begrüßen. Ob die im Entwurf vorgeschlagene jährliche Befristung der Leistungsbewilligung das geeignete Instrument zur Prozesssteuerung ist, bleibt fragwürdig.

§36 (3) Pflegesachleistung

Die Stärkung der ambulanten Pflege wurde als eines der wichtigsten Ziele der Pflegeversicherungsreform benannt. Damit verband sich u.a. in der fachlichen Diskussion z.B. die Angleichung der ambulanten Sachleistungsbeträge an die stationären Beträge, um so dem anhaltenden Strom in die stationäre Pflegeversorgung Einhalt zu gebieten. Die vorgesehene moderate Anhebung der Sätze hat diesen Effekt nicht, sondern sie ist lediglich eine erste Erhöhung im Rahmen der alle drei Jahre vorgesehenen Dynamisierung der Sachleistungssätze. Der Unterschied zwischen häuslicher und vollstationärer Versorgung bei Sachleistung

gen in Pflegestufe I und II birgt das Risiko, dass Versicherte ohne soziales Unterstützungsnetzwerk quasi in eine stationäre Versorgungsform gedrängt werden.

Unberücksichtigt bleiben dabei auch die Pflegehilfsmittel. Auch an dieser Stelle nimmt infolge der fehlenden Dynamisierung der Realwert der Leistung kontinuierlich ab und führt zu Mehrbelastungen der Pflegebedürftigen. Momentan erhält jeder Pflegebedürftige 31,- Euro pro Monat für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel. Der Preis für Krankenunterlagen zum Bettschutz bei Blasen- und Darmschwäche oder Einmalhandschuhe ist jedoch seit Einführung der Pflegeversicherung ebenfalls kontinuierlich angestiegen. Um das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen, sind aus Sicht des DPR entsprechende Weichen zu stellen. Dem nutzbaren (und finanzierbaren) Umfang an möglichen ambulanten pflegerischen Leistungen kommt damit eine zentrale Rolle zu, vorzeitigen Heimunterbringungen zu begegnen.

Die Härtefallreglung im Sinne der Begrenzung auf maximal 3% ist bedenklich. Gerade die Formulierung „geeignete Maßnahmen zur Einhaltung“ bei Überschreiten dieser Grenze ist unklar und wirkt kontraproduktiv. Gleiches gilt für die 5%-Regelung im stationären Bereich (§ 43 (3)).

§ 37 (3) und (4) Beratungsbesuche

Bei der Ausgestaltung der Beratungsbesuche muss gewährleistet sein, dass die entsprechende fachliche Qualifikation im Sinne einer Pflegefachkraft vorliegt. Der Schwerpunkt muss auf Evaluation und Beratung liegen, nicht Kontrolle. Bei Pflegestufe III und bei Vorliegen von Problemen (z.B. Belastung/Überlastung der Pflegeperson) sollte ein Beratungsbesuch häufiger als vorgeschlagen ermöglicht bzw. vorgeschrieben werden.

Soll eine wirksame Beratung stattfinden, die eine Veränderung der Situation der Beteiligten einleiten/bewirken kann, ist dafür ein höherer Zeitaufwand (etwa 1 Stunde) einzuplanen. Entsprechend muss die Vergütung für den Beratungsbesuch angepasst werden.

Dringend erforderlich ist eine konzeptionelle Weiterentwicklung des § 37 (3) um Ergebnisse der Beratung systematisch und zielorientiert umzusetzen. Erforderlich ist darüber hinaus eine enge Verzahnung/Absprache mit dem zuständigen Pflegestützpunkt.

§ 39 Ersatzpflege Leistungen der Pflegeverhinderung

Der volle Leistungsumfang wird Ersatzpflegepersonen eingeräumt, die dem Pflegebedürftigen nicht nahe stehen, ohne dass es einer zusätzlichen Prüfung bedarf, ob die Pflege erwerbsmäßig ausgeübt wird. Der DPR fordert, dass für die Ersatzpflegepersonen im o.g. Sinne Anforderungsprofile und Qualifikationsprofile zu definieren sind, die an Pflegebedürftigkeit orientiert sein müssen.

§ 44a Pflegezeit

Grundsätzlich ist die Möglichkeit einer temporären Freistellung von der Arbeitsleistung zum Zwecke der Übernahme von häuslicher Pflege bei Angehörigen zu begrüßen. Ebenso bringt die Bezuschussung der Weiterversicherung in den Sozialversicherungssystemen für den betroffenen Personenkreis eine Absicherung, die die Inanspruchnahme der Pflegezeit im Interesse der Pflegebedürftigen befördern wird. Die Streichung der Zahlung von Lohnersatzleistungen für entgangenes Arbeitsentgelt als Pflegeunterstützungsgeld ist bedauerlich. Hier sollte ähnlich fördernd vorgegangen werden wie bei der Elternzeit.

Zu klären ist aus Sicht des DPR, wie sowohl für Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber eine handhabbare Lösung gefunden wird, die den Erfordernissen einer akut auftretenden Pflegebedürftigkeit ebenso gerecht wird, wie den Planungsbedürfnissen von Arbeitgebern.

§ 45b Zusätzliche Betreuungsleistungen

Die Bundesregierung hat angekündigt, die Situation von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu verbessern. Die Bundesgesundheitsministerin erklärte dazu: „Es besteht Einigkeit über die häufig auftretende Ausgrenzung von Menschen mit demenziellen oder psychischen Erkrankungen durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff von den Leistungen der Pflegeversicherung. Es besteht auch Einigkeit darüber, welche großen Belastungen für pflegende Angehörige bestehen.“ Es ist daher unverstänlich, dass nach Feststellung eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfes, anschließend eine weitere Bewertung dessen Ausprägung erfolgt, um ggf. die Leistungen von bis 200 € monatlich wieder zu reduzieren. Es sollte ausreichen, dass das Vorliegen der Kriterien nach § 45a eine ausreichende Begründung darstellt, den Betroffenen und seiner Familie durch die Pflegekasse finanziell zu unterstützen. Jedes einzelne Kriterium für sich stellt für die betroffene Person selbst und die An-

gehörigen eine extreme Belastung des Alltags dar. Und Alltag bedeutet 365 Tage im Jahr, 24 Stunden täglich!

Zudem stellen die zu erarbeitenden Richtlinien über einheitliche Maßstäbe für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der Höhe des Betreuungsvertrages unnötige Bürokratie dar. Die dafür bereitzustellenden finanziellen Ressourcen sollten besser genutzt an die Betroffenen gerichtet sein. Der Deutsche Pflegerat fordert deshalb, dass die Betroffenen pauschal einen Betrag von derzeit 200 € monatlich erhalten. Gleiches muss für Versicherte in der stationären Versorgung gelten.

Darüber hinaus ist eine vergleichbare Leistung für Kinder mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen zu schaffen.

§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Der DPR begrüßt die in § 45c getroffenen Regelungen.

§ 55 Steigerung Beitragssatz

Die Steigerung des Beitragssatzes hätte vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Absicherung der Pflegebedürftigkeit im Kontext des demografischen Wandels höher ausfallen können. Dadurch wäre auch gegenüber der Gesellschaft zum Ausdruck gebracht worden, dass die Pflege einen hohen Stellenwert hat. Zum Ausgleich einer höheren Beitragssteigerung müsste eine Steuerentlastung für den Versicherten bzw. pflegende Angehörige erfolgen.

§ 71(3) Pflegeeinrichtungen - verantwortliche Pflegefachkraft

Die Festlegung der Voraussetzungen zur Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft i.S. einer Mindestqualifikation in Form einer spezifischen Weiterbildung im Gesetz wird grundsätzlich begrüßt. Allein der vorgesehene Umfang der Qualifizierungsmaßnahme von mindestens 460 Stunden ist im Hinblick auf die bewährten Strukturen der beruflichen Weiterbildung in den Pflegeberufen und auf die Fülle der zu erlernenden Kenntnisse und Fertigkeiten weitaus zu gering angesetzt.

Von der Kompetenz der verantwortlichen (leitenden) Pflegefachkraft hängen in großem Maße die Qualität und der Erfolg der pflegerischen Betreuung ab. Der MDS-Bericht 2007 belegt die entscheidende Rolle der Vernetzung von Fachkompetenz, Kommunikationskompetenz und Managementkompetenz für die Qualität der Leistungen. Qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Der DPR fordert zur Sicherung der Qualität bestehende Empfehlungen zur Weiterbildung für leitende Funktionen (z. B. Weiterbildungsempfehlungen des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe mit 720 Stunden) anzuwenden. Des Weiteren ist von den leitenden Pflegefachkräften durch regelmäßige und nachgewiesene Fort- und Weiterbildung eine kontinuierliche Aktualisierung des Wissens und Fortentwicklung von Kompetenzen zu gewährleisten.

In diesem Kontext ist eine Übergangsregelung für verantwortliche Pflegefachkräfte ohne bzw. mit zu geringer Weiterbildung, die jetzt schon im Dienst sind, zu fordern. Ohne eine solche Regelung wäre die Existenz von Einrichtungen gefährdet. Wie für andere gesetzliche Änderungen auch, ist an dieser Stelle eine Übergangsfrist von drei Jahren einzuräumen.

§ 77(1) Ambulante Versorgung durch Einzelpersonen

Zukünftig sollen Pflegekassen leichter Verträge mit Einzelpersonen unterschiedlicher Qualifikation abschließen können, um eine individuelle und bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zu ermöglichen. Im Kern unterstützt der DPR diese Forderung. Allerdings ist der Auffassung, dass im Gesetzestext der Begriff Pflegekraft durch Pflegefachkraft ersetzt werden muss. Nur so ist eine ausreichende Qualität der Versorgung zu gewährleisten. Die im Gesetzesentwurf im zweiten Teil des ersten Halbsatzes von Satz 1 angeführten Kriterien für den Einsatz von Einzelpflegekräften treffen in Ziffer 2. bis 4. quasi auf alle Pflegebedürftigen zu und sind insofern kein Auswahlkriterium.

Der DPR schlägt deshalb folgende Formulierung vor:

„... Pflegefachkräften schließen, soweit

1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht oder
2. eine Versorgung durch zugelassene Pflegedienste nicht gewährleistet werden kann.“

Der nach Satz 5 vorgesehene Satz entfällt.

Darüber hinaus sind gleiche Qualitätsmaßstäbe an pflegende Einzelpersonen (Pflegefachkräfte) wie an zugelassene ambulante Dienste zu stellen. Es ist daher aus der Sicht des DPR erforderlich, nach Satz 2 folgenden Satz zu ergänzen: „Für pflegerische Einzelpersonen gelten die gleichen Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen wie für die nach diesem Buch zugelassenen Pflegedienste.“

Es ist zu befürchten, dass es zu Lohndumping kommt. Es muss deshalb vorgeschrieben werden, dass ortsübliche Leistungsvergütungen bezahlt werden.

§ 79 b Satz 2

Die Möglichkeiten des anonymisierten Aufzeigens von Gefährdungen sind im Sinne der Versorgungsqualität und des Remonstrationsrechtes und der Remonstrationspflicht der verantwortlichen Fachkräfte sehr zu begrüßen.

§ 84 (2) Satz 2 Bemessungsgrundsätze

Der kalendertägliche Unterschiedsbetrag beläuft sich im vollstationären Bereich de facto auf weniger als 10 € bzw. etwa 14 € im ambulanten Bereich und ist deshalb angesichts des bestehenden Mehraufwands an Pflege als zu gering anzusehen. Besser wäre es hier die Einführung einer vierten Pflegeklasse oder eine gesonderte Vereinbarung des Aufwands zu prüfen.

§ 84 (2) Satz 6 Bemessungsgrundsätze

Die Information, welche Einrichtungen als vergleichbar herangezogen werden, muss auch der verhandelnden Einrichtung vorliegen, um nachvollziehen zu können, ob die berücksichtigten Einrichtungen tatsächlich vergleichbar sind..

§ 87 a Absatz 4

Der zusätzliche Betrag von 1.536,00 € als Anerkennung dafür, dass Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender, rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft werden, ist zu begrüßen. Nach Einschätzung des DPR ist er aber zu begrenzt.

Dieser Betrag sollte zur Sicherung der rehabilitativen Pflege jährlich gezahlt werden, solange die Pflegestufe sich nicht verschlechtert. Gleiches sollte auch für den ambulanten Bereich eingeführt werden.

In diesem Kontext schlägt der DPR vor, Angebote der Prävention von Pflegebedürftigkeit (z.B. Präventive Hausbesuche durch dafür ausgebildete Pflegefachkräfte) zu ermöglichen.

§ 92c Pflegestützpunkte

Der Gesetzesentwurf sieht eine wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten vor. Die Pflege- und Krankenkassen sind aufgefordert, gemeinsam Verträge über Pflegestützpunkte zu schließen, an denen u.a. Institutionen der Altenhilfe und Pflegeeinrichtungen zu beteiligen sind. In der jetzt geplanten Organisation der Pflegestützpunkte ist eine unabhängige Beratung aus Sicht des Deutschen Pflegerates nicht gesichert.

Zur Wahrnehmung der geforderten Eigenverantwortung hinsichtlich Gesundheit, Behandlungsprozess und Pflege sind Betroffene und ihre Angehörigen auf umfassende Beratung und Unterstützung angewiesen. Diese muss unabhängig erfolgen und ist nur gewährleistet, wenn Berater weder den wirtschaftlichen Interessen eines Leistungserbringers im Pflegestützpunkt noch den wirtschaftlichen Interessen einer Pflegekasse verpflichtet sind. Alles andere zerstört bestehende Strukturen, schränkt die Wahlfreiheit des Verbrauchers ein und steht seinem Recht auf unabhängige Information entgegen.

Der DPR spricht sich für den Auf- und Ausbau unabhängiger lokaler Beratungsstellen aus, sowie für die verbindliche Einbindung von unabhängigen Fallmanager/innen mit grundständiger Ausbildung als Pflegefachkraft und entsprechender Zusatzqualifikation (vgl. Anmerkungen zu §7a).

92 d Erprobung persönlicher Budgets im Rahmen der wohnortnahen Versorgung

Nach Auffassung des DPR sind persönliche Budgets als Instrument ausreichend erprobt. Es sind keine weiteren Modelle erforderlich. Der Übergang in die Regelversorgung ist möglich, Leistungen der Pflegeversicherung sind im Rahmen des persönlichen Budgets als Geldleistung zur Verfügung zu stellen, was deren Verbreitung unterstützen würde.

§113 (1) Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Die Regelungen in Nr. 2 und 3 sind nicht geeignet, die Qualitätsvereinbarungen zu verbessern. Die Kündigungsregelung für gemeinsame Vereinbarungen kann den Vertragspartnern überlassen werden. Eine Schiedsstelle garantiert keine sachgerechten Entscheidungen. Zudem erfordert die Einrichtung einer Schiedsstelle zusätzliche finanzielle Mittel, die dem Leistungssystem entzogen werden. Ebenso entziehen zusätzliche Prüfungen durch Sachverständige und Prüfinstitutionen dem System Mittel, ohne dass eine Qualitätsverbesserung für die Nutzer der Pflegeeinrichtungen zu erwarten ist.

§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

Der Gesetzesentwurf sieht Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege vor. Den Vertragsparteien wird hier die Aufgabe übertragen, die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards sicherzustellen.

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege zukünftig finanziell abgesichert werden soll. Jedoch ist die Förderung der Qualitätsentwicklung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Insofern muss die Finanzierung auch auf eine breitere Basis als in SGB XI allein gestellt werden, z.B. durch den Einsatz von Steuermitteln.

Die Instrumente im Sinne von Expertenstandards werden aus der Fachexpertise der jeweiligen Professionen heraus entwickelt. Dies sollte durch die Errichtung eines entsprechenden unabhängigen institutionellen Rahmens und unter Beteiligung unabhängiger wissenschaftlich qualifizierter Experten gewährleistet werden.

Abgelehnt wird vom DPR die im Gesetzesentwurf vorgelegte unmittelbare rechtliche Verbindlichkeit. Erforderlich ist ein definierter Zeitrahmen (ca. 1 Jahr) für die Implementierung und die (finanzielle) Unterstützung der Leistungserbringer bei der Implementierung der Expertenstandards.

§ 114 Qualitätsprüfungen

Die Überprüfung und Bewertung der Pflegequalität muss durch eine neutrale (nicht Kostenträger-geprägte) Institution erfolgen. Von Trägern veranlasste und Anforderungen der Prüfinstanzen berücksichtigende Zertifizierungen müssen weiterhin verstärkt Anerkennung finden

bzw. gleichgestellt werden. Der Begriff „Verringerung der Prüftiefe“ birgt die Gefährdung der Qualität.

§ 114a (7) Durchführung der Qualitätsprüfungen

Die einseitige Festschreibung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) als „Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach §114“ durch Kostenträger und deren Prüforgane lehnt der DPR ab. Dies widerspricht der gemeinsamen Verantwortung der Vertragsparteien. Das Prüfverfahren ist gemeinsam und einheitlich als Bestandteil der Vereinbarungen gem. § 113 zwischen den Verbänden der Vertragsparteien zu vereinbaren.

Artikel 6 SGB V

Die Bundesregierung reagiert mit dieser Regelung auf bestehende und drohende Probleme im System und greift Vorschläge vieler Experten auf, zuletzt des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2007. Es wird auf bestehende und drohende Unter- und Fehlversorgung im Gesundheits- und Sozialwesen reagiert. Die demographischen und epidemiologischen Trends lassen eine Verschiebung der Schwerpunkte der Versorgungsbedarfe erwarten. Die Menschen werden älter, sie werden häufiger chronisch krank, Pflegebedürftigkeit – insbesondere durch eingeschränkte Alltagskompetenz - tritt häufiger ein. Regional gibt es bereits heute und kurzfristig verstärkt einen Mangel an niedergelassenen Ärzten.

Darüber hinaus wird mit den vorgesehenen Regelungen der Weiterentwicklung der Pflege in den vergangenen 20 Jahren Rechnung getragen. Durch die Novellierung von Alten- und Krankenpflegegesetz wurden die Ausbildungsziele und -inhalte deutlich verändert. Die Ausbildungen vermitteln den Lernenden Kompetenzen, um präventives, kuratives, rehabilitatives und palliatives Pflegehandeln wissenschaftlich fundiert auszurichten. Berufliche Fort- und Weiterbildung vermittelt Expertenwissen und -können in spezifischen Fachbereichen. Pflegebezogene Studiengänge existieren an mehr als 40 Hochschulstandorten in Deutschland. Dort werden mit unterschiedlichen Schwerpunkten – und auch grundständig – Pflegefachkräfte wissenschaftlich ausgebildet und auf die Berufstätigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen vorbereitet.

Die Kompetenzentwicklung in der Pflege und das bisherige Verharren in alten Strukturen stehen allerdings im Widerspruch zu einander. Es mangelt nach wie vor an neuen Strukturen, um die zugewiesenen eigenverantwortlichen und interdisziplinären Bereiche professionell auszugestalten! Im internationalen Vergleich nutzen das Gesundheits- und das Sozialsystem in Deutschland die Pflege nur in einem sehr engen Ausschnitt die professionellen Kompetenzen. International übernehmen Pflegende deutlich mehr Aufgaben, z.B. und vor allem auch in der Prävention.

§ 63 (3b) SGB V Verordnung von Verbands- und Pflegehilfsmitteln / Häusliche Krankenpflege

Pflegende verfügen über die Kompetenzen zu entscheiden, welche Verbands- oder Pflegehilfsmittel in der konkreten Versorgungssituation eines Patienten erforderlich sind. Sie müssen diese auch selbständig verordnen können, um eine effektive und effiziente Leistung im Sinne der Betroffenen erbringen zu können.

Zur Beurteilung der inhaltlichen Ausgestaltung und Dauer der häuslichen Krankenpflege sind ausschließlich Pflegefachkräfte qualifiziert. Deshalb sollten auch diese selbständig entscheiden und verordnen können. Hier wird im häuslichen Umfeld logisch fortgesetzt, was in der stationären Akutversorgung selbstverständlich ist.

§ 63 (3c) Ausübung der Heilkunde

Wie bereits in den Vorbemerkungen erläutert, wird mit diesen Regelungen der Weg für eine bessere Versorgung eröffnet. Die Modellklausel macht den Weg frei, wissenschaftlich zu überprüfen, ob und wie eine solche Verbesserung erreicht und ausgestaltet werden kann. Dadurch wird eine bisher stark von Eigeninteressen geprägte Diskussion auf eine sachliche Grundlage gestellt.

Aus Sicht des Deutschen Pflegerates ist als Voraussetzung für die Ausübung der Heilkunde in den Modellen eine Regelung zu ergänzen, die bereits heute existierende Expertise anerkennt. Es gibt eine Vielzahl hoch qualifizierter Pflegeexperten (z.B. im Bereich des Wundmanagements), die über ein Studium oder aber auch berufliche Fort- und Weiterbildung bereits heute mehr Aufgaben und Verantwortung übernehmen können. Es wäre ein Verlust für das System und seine Nutzer/innen, wenn diese Expertise nicht in vollem Umfang genutzt wer-

den würde. Durch eine solche Erweiterung würde auch erreicht, dass die Modelle rascher beginnen können. Zur Regelung schlagen wir deshalb vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt wird, eine entsprechende Verordnung zur Regelung der Anforderungen (verlangte Kompetenzen, erforderliche Prüfungen oder zu erwerbende Zusatzqualifikationen) zu erlassen.

§119 b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Der Deutsche Pflegerat begrüßt die Ermöglichung von „Heimärzten“. Er fordert ergänzend, dass in stationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich nur Ärzte mit einer geriatrischen/geronto-psychiatrischen Qualifikation angestellt werden dürfen. Im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit ist die enge Zusammenarbeit mit den anderen Professionen als eine zwingende Forderung zu verstehen und kann nicht als „Soll-Forderung“ gefasst werden.

Artikel 15 und 16 Krankenpflegegesetz /Altenpflegegesetz

§ 3 und § 4

Der Vorschlag einer Modellregelung mit verändertem Ausbildungsziel und Ausbildung an den Hochschulen geht zwar in die richtige Richtung. Zu bedenken ist aber, dass Modellprojekte nach § 63 (3c) erst nach frühestens 4 Jahren beginnen könnten, wenn die ersten Absolvent/innen die Modellausbildungen abschließen.

Angesichts der Komplexität der Regelung besteht noch weiterer Diskussionsbedarf, insbesondere inwieweit diese zu einer systematischen Weiterentwicklung der Pflegeberufe beitragen kann. Grundsätzlich sehen wir die Notwendigkeit einer Regelung, die über den vorgesehenen § 4 (7) im Alten- und Krankenpflegegesetz hinausweist. Erforderlich ist die Erweiterung des § 3, um heilkundliche Tätigkeiten im Ausbildungsziel, sowie die hochschulische Erstausbildung parallel zur traditionellen Ausbildung zuzulassen.

Zusammenfassung

Abschließend sei nochmals darauf hingewiesen, dass der DPR alle Schritte begrüßt, die dazu beitragen, die Leistungsfähigkeit des Systems, die Qualität der Versorgung, Rehabilitation und Prävention im Kontext der Pflegebedürftigkeit, die Transparenz und als Resultat all dessen die Lebensqualität der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes zu verbessern. Eine

grundlegende Neuorientierung des Systems der Sozialen Pflegeversicherung bedarf eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Unsere Mitwirkung und Unterstützung auf dem Weg zu dieser Neubestimmung sichern wir hiermit gerne zu.

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Berlin, 17. Januar 2008



Marie-Luise Müller
Präsidentin

Adresse:
Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Salzufer 6
10587 Berlin
Tel.: + 49 30 / 21 91 57 57
Fax: + 49 30 / 21 91 57 77
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
<http://www.deutscher-pflegerat.de>

Für die Mitgliedsverbände

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS)
Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V. (BA)
Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V. (BALK)
Bund Deutscher Hebammen e.V. (BDH)
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD)
Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegekräfte der Psychiatrie e.V. (BFLK)
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)
Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF)
Deutscher Pflegeverband e.V. (DPV)
Verband anthroposophisch orientierter Pflegeberufe e.V. (VfAP)
Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland e.V. (VHD)
Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika e.V. Deutschland (VPU)