

DPR

DEUTSCHER  
PFLEGERAT

*Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen  
Selbstverwaltung des Pflege- und Hebammenwesens*

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(32)  
vom 22.09.03**

**15. Wahlperiode**

Stellungnahme  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung  
der Gesetzlichen Krankenversicherung  
**(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**  
vom 08. September 2003

### **Vorbemerkung**

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens (DPR e.V.i.G.) ist Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, Vertragsbeteiligter nach §137 SGB V und vertritt die gesundheitspolitischen Interessen der Pflege auf Bundesebene.

*Der DPR nimmt zum Entwurf wie folgt Stellung.*

Mit dem vorgelegten Gesetz-Entwurf wurde die großmundig angekündigte Reform, KV-Finanzierung **und Strukturveränderung** innerhalb des Leistungsgesetzes die nicht eingelöst.

Vielmehr zeigt sich, dass der Gesetzgeber sich nicht von einem krankheitsorientierten, damit medizindominierenden Gesundheitswesen trennen will oder kann.

Ganz im Gegenteil, er erhält und festigt systemimmanente, modernisierungsverhindernde Strukturen.

Auf der Basis dieser Entscheidung, kommt es zwangsläufig zu einem Ungleichgewicht, was die Lastenverteilung zur Finanzierung sowohl in 2004 als auch 2007 betrifft.

Die beabsichtigte Senkung des Beitragssatzes um 0.9% Punkte muß überwiegend von Versicherten und Patienten erbracht werden.

War doch die Reform 2000 richtungsweisend was den Modernisierungsprozess betrifft.

Sie führte zu ersten erfolgreichen Schritten was Transparenz, Qualitätsentwicklung, Erweiterung der vertraglichen Kooperation was den eigenständigen Leistungserbringer „Pflege“ betrifft.

Die Kritik des DPR betrifft auch die Gestaltung des neuen Mammutausschusses „Gemeinsamer Bundesausschuss“.

Die konstruierte Gremien- Verschlankung macht nur Sinn, wenn das neue Konstrukt zielorientiert gemanagt werden kann.

Mit Nichten trifft dieser Aspekt beim „Gemeinsamen Bundesausschuss“ zu.

Die bereits heute bekannten großen unterschiedlichen Interessen lassen sich nicht durch einen solch unbeweglichen Apparat erfolgreich moderieren.

Gegenwärtige Erfahrungen zeigen, dass z.B. Ersatzvornahmen durch das BMGS zunehmen, zunehmend Schiedsstellenregelungen aktiviert werden, fachliche-inhaltliche Diskussionen sehr verkürzt, auf Vertragswesen reduziert und somit die Versorgungsperspektive um relevante Fragestellungen z.B. zum Pflegebedarf, Nutzen, ausgeblendet wird.

Der Fortschritt im Entwurf findet bei der Bezeichnung des geplanten Instituts für „Qualität und Wirtschaftlichkeit im **Gesundheitswesen**“ statt.

Gerade hier hätte wir erwartet werden können, dass die breite Qualitätsdiskussion der letzten Jahre, der GMK- Beschluss von Cottbus 1997/98, Qualitätsentwicklung berufsgruppenübergreifend zwischen Medizin und Pflege erfolgen muß, um strukturell und inhaltlich effektiv und nachhaltig zu wirken.

Die Feststellungen des Sachverständigenrates im Gutachten 2000/2001, dass integrierte Qualitätsmanagementprogramme Gestaltungsaufgabe der beiden Professionen sein soll, wird völlig außer Acht gelassen.

Die stärkere Einbindung der Patientinnen und Patienten in die Qualitätsdiskussion begrüßen wir.

Der Gesetzentwurf verkennt, durch seine vordergründigen Argumente zur Verschlankung der Gremien den wirkungsvollen Nutzen professioneller, pflegerischer Expertise innerhalb des gesetzlichen Regelwerks des SGB V.

Wenn er den Einfluss pflegefachlicher Expertise und die Sichtweise fachpraktischer Erfahrung auf das medizindominierte Gesundheitswesen weiterhin verweigert, wird dies sowohl für die Qualitätssicherung, Patientenversorgung als auch für die Finanzierung von großem Schaden sein.

Diese negative Entwicklung und deren Folgen muss der Öffentlichkeit und den Betroffenen 1,2 Mio. Beschäftigten in der Pflege erklärt werden.

Inkonsequent verhält sich der Gesetzgeber in zweierlei Hinsicht.

Er fördert die Professionalisierung der Pflege (50 Studiengänge auf Hochschulebene, modifizierte Pflegeausbildung mit europäischer Anpassung ab 2004 in dem ausdrücklich eigenverantwortliche und mitwirkende Aufgaben postuliert damit u.a. Interdisziplinarität zu anderen Gesundheitsberufen erreicht wird.

Unterstützt wird die interne und extern vergleichende Qualitätsentwicklung. Er finanziert eine sinnvolle und wirkungsvolle evidenzbasierte Pflege-Standardentwicklung und schreibt Pflegeforschungsprojekte aus.

Andererseits tritt er mit diesem Gesetzentwurf den Rückzug, was die Mitwirkungs- und Gestaltungsrechte der Pflege betrifft an, ja man muß feststellen, dass der Gesetzgeber warum auch immer sich selbst an wertvoller Ressourcenverschwendung beteiligt.

Deutschland hat die höchste Arztdichte der Welt (WHO2001). Die Ausgaben im Gesundheitssystem werden überwiegend durch ärztliche Verordnungen veranlasst.

Flexibilisierung und Kooperationserweiterung in den sozialgesetzlichen Regelungen könnte durch den Leistungsfaktor „Pflege“ eine gesellschaftlich erwünschte Dynamik erzeugen.

## **Stellungnahmen zu Paragrafen die insbesondere einer Pflegeexpertise bedürfen:**

### **§ 20 Prävention und Selbsthilfe**

Der DPR begrüßt den Ansatz, die Verpflichtung der Kassen nach § 20 Abs. 3 und 4 in der Umsetzung zu sichern. Prävention und Gesundheitsförderung sind eine große Chance zum grundlegenden Wandel des Gesundheitswesens. Ob allerdings ein Sondervermögen mit einem neuen bürokratischen Überbau sinnvoll ist, bleibt zweifelhaft. Die Anwendung bestehender Aufsichtsmechanismen hätte dies auch erreichen können.

Aus Sicht des DPR ist neben den genannten Feldern der Prävention angesichts der Alterung unserer Gesellschaft insbesondere Prävention von Pflegebedürftigkeit und von stationärer Betreuung bedeutsam. Der vom Forum Prävention und Gesundheitsförderung propagierte präventive Hausbesuch in Verknüpfung mit dem Konzept der Familiengesundheitsschwester der WHO ist hier ein sinnvoller Ansatz.

Nach Ansicht des DPR muss daher die Einbeziehung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne der Mitbestimmung verstärkt werden. Nur durch seine Beteiligung kann die Entscheidungsfindung im Sinne der Menschen gesichert werden.

### **§ 32 Heilmittel**

Die Zuzahlungen in diesem Sektor werden die Patienten erheblich belasten. Bei Heilmittelkombinationen können die Zuzahlungen sogar mehrfach anfallen. Es steht zu befürchten, dass damit eher wieder auf Arzneimittel zurückgegriffen wird. Dadurch werden präventive und rehabilitative Heilmittelleistungen, die in der Regel nachhaltigere Wirkung haben, verhindert.

### **§ 37 Häusliche Krankenpflege in Verbindung mit § 61 Satz 3 Zuzahlung:**

Der DPR begrüßt die Ergänzung in § 37 Absatz 2, nach der Behandlungspflege auch für unterkunftslose Menschen gilt.

Die Nachbesserung in der Zuzahlungsregelungen nach **§ 37 Absatz 5** (Beschränkung der Zuzahlung auf 28 Kalendertage im Jahr, wie bei stationärer

Behandlung) sowie die Vorgabe, dass die Zuzahlung an die Krankenkassen zu zahlen ist, wird von uns begrüßt. Allerdings bestehen Bedenken, dass für die häusliche Krankenpflege die Begrenzung auf einen Höchstbetrag von 10,-- EUR pro Tag (wie bei anderen Zuzahlungen) offensichtlich nicht vorgesehen ist.

### **§ 38 Haushaltshilfe**

Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege werden häufig gemeinsam erforderlich. Daher macht es Sinn die Zuzahlungsregelung auf gleiches zeitliches Niveau zu stellen.

### **§ 60 Fahrtkosten**

Übernahme der Fahrtkosten durch die GKV muss neben zwingenden, akutmedizinischen Gründen den Regelfall pflegerisch- medizinisch zu lassen. Beide Indikationsstellungen sind austauschbar und müssen über das Gesetz zugelassen werden.

### **§ 65 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

Bonusregelungen für gesundheitsbewusstes Verhalten erscheinen grundsätzlich sinnvoll. Aufgezeigte Beispiele sind Angebote struktureller Art, sprechen nicht das eigentliche gesundheitsbewußte Verhalten des Einzelnen an, sondern kennzeichnen eher einen Marketingeffekt der Leistungsanbieter (Preisbewußtsein). Wirkliche Anreize kommen aus einem sinnvollen Präventionsprogramm.

### **§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss**

Die Zusammensetzung des jetzt geplante „Gemeinsamen Bundesausschuss“ wird durch die ausgeprägten Interessensgegensätze keine Erneuerung für die inhaltliche Diskussion erreichen. Es fehlt an Perspektivbreite für die umfangreichen Fragestellungen und Beschlüsse. Hier fehlt jeglicher Mut mag aus Gründen der Parität zwischen den Vertragspartnern und zur gleichmäßigen Verteilung der Kosten sinnvoll erscheinen. Für die inhaltliche Arbeit sind jedoch zur Qualitätssicherung und differenzierten Fachlichkeit Beteiligungen der entsprechenden leistungserbringenden Berufe hier in hohem Maße der DPR erforderlich. Insofern sollte § 91 Absatz 3 Nr.2 wie folgt ergänzt werden:

*Das Mitberatungsrecht erhält auch die Vertretung der Berufsorganisation der Pflege und des Hebammenwesens (Deutsche Pflegerat) nach §137, um so die selbstverständliche Pflege-Expertise einer Patientenorientierung mit in die Diskussion einbringen zu können.*

In Fortführung des §91 Absatz 4 bedarf es der dringenden Ergänzung um den §137 (externe vergleichende QS) und im

*Absatz 8 bedarf folgerichtig der Ergänzung um die Vertreter.... so auch der nach §137 benannte Vertragsbeteiligte DPR ist an den Entscheidungen und Beschlüssen maßgeblich mit einem qualifizierten Mitspracherecht zu beteiligen.*

Begründung: Die Beteiligung des Deutschen Pflegerates, erscheint uns insofern wichtig, als alle, unter medizinischen Aspekten getroffenen Entscheidungen, unmittelbare Auswirkung auf pflegerische Leistung und wirtschaftliche Organisation pflegerischer Arbeit haben. Die Entwicklung von Behandlungsprogrammen muss neben evidenzbasierter Medizin immer auch pflegewissenschaftlich begründete

Standards im Blick haben, wenn Qualität und Wirtschaftlichkeit eines Programms oder einer Maßnahme abgewogen werden sollen.

### **§ 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung**

Diese wird vom DPR sehr begrüßt und unterstützt.

Nicht nachzuvollziehen ist aus unserer Sicht die ungleiche Verfahrensweise bei Festlegung der Fortbildungsinhalte und Überprüfung der regelmäßigen Teilnahme. Für die medizinischen Berufe soll die inhaltliche Qualität von den jeweiligen Berufskammern festgelegt werden und der Nachweis wird im niedergelassenen Bereich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft. Dagegen sollen für andere Heilberufe (Heilmittelerbringer, Pflegeberufe) die Fortbildungsinhalte in den Rahmenvereinbarungen mit den Kassen festgelegt werden und außerdem Inhalt der Vertragsverhandlungen sein (§ 125 Heilmittel, § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege).

Wir empfehlen dringend, die Qualität und Quantität der Fortbildungsmaßnahmen durch ein von den *Verträgen unabhängiges Gremium aus Berufsexperten festlegen* zu lassen und auch die Überprüfung in die Hand der Berufsgruppe zu legen. Das hätte gleichzeitig den Effekt, dass ein aktuelles Berufsregister entstehen könnte, mit dessen Hilfe sich eine Gesundheitsberichterstattung mit realistischen Zahlen aufbauen ließe.

### **§ 135 Verpflichtung zur Qualitätssicherung**

Wir halten die Konkretisierung und ausdrückliche Verpflichtung der beteiligten Institutionen, sich an einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen, für nützlich und sinnvoll (Abs. 2, Satz 1, Nr. 1).

### **§ 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern nach §108**

Die neue Regelung lässt zu, dass erfahrene Strukturen ab 2004 übernommen werden können. Danach kann erstmals auch externe vergleichende QS auch für die Pflege genutzt werden.

### **§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Durch die absolute Machbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses erhält die Bedeutung des Institutes eine enorme Schwäche.

Will man wirklich eine unabhängige Einrichtung, dann sind die einseitigen Interessen und Schwerpunkte der Vertragspartner dringend zu erweitern um Sichtweise und Expertise von Pflege.

Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse gelangen gerade auf dem Gebiet der Qualität in hohem Maße durch die Pflegepraxis in die Behandlungsdiskussion um Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit. Es wäre ein großer Verlust, wenn hier der Zugang für den DPR als fachliches Sprachrohr der Lehre und Praxis nicht gehört werden soll.

Der DPR empfiehlt dringend, für das *Institut eine Beteiligungsregelung wie in § 137 vorzusehen*, um das breite Spektrum pflegerischer Leistungen bei Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht auszublenden sondern in hohem Maße für die qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung zu nutzen.

### **§ 139 b Absatz 1 Aufgabendurchführung**

Zur Erfüllung der Aufgaben nach Nr.3 Bewertung evidenzbasierter Leitlinien bedarf es der Hinzufügung nach Organisationen..... *der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens* (GMK-Beschluss pflegerischer Standards). Dies steht dann auch realistisch im Kontext zu den bereits vom BMGS geförderten Einrichtungen zur Entwicklung von Qualitätsstandards, deren weiterer Ausbau und entsprechend aufgelegte Evaluierungsprogramme.

### **§ 140 Integrierte Versorgung**

Hier fehlt der ausdrücklich Aspekt Konsiliarpflege als ein Alternatives Konzept in der Beschreibung.

Die Betonung und Ausgestaltung übergreifender Arbeitsteilung der Leistungssektoren wird sehr begrüßt. Die Einschränkung auf bisherige traditionelle Aufgabenfelder behindern allerdings echte Reformmöglichkeiten (Beispiel: Die Übernahme von Injektionen durch fachlich entsprechend geschultes Pflegepersonal wäre wesentlich preiswerter zu erbringen und abzurechnen als durch ärztliche Versorgung). Hinweis auf Aussagen des SVR aus dem Gutachten 200/2001 kennzeichnen die Notwendigkeit von Medizin und Pflege, ihren Bezugsrahmen neu auf erweiterte Bewertungsmuster auszurichten. Integrierte Versorgung muss inhaltlich mit den erforderlichen Pflegeleistungen auch vertraglich, bezogen auf das Casemanagement erweitert werden.

### **§ 301 Krankenhäuser/Abrechnungen (S.371)**

Zunehmend wird transparent, dass ohne relevante Pflegedaten eine Weiterentwicklung des DRG- Systems, das Erreichen einer weiteren Verbesserung der Homogenität und realistische Abrechnungssystematik nicht möglich sein wird. Dringend notwendig erscheint daher, dass der Gesetzgeber endlich die Notwendigkeit erkennt, relevante originäre Pflegedaten z. B. FIM,ICF und LEP wie sie beispielsweise in der Schweiz erfasst werden, dringend in die Erhebungsstruktur aufgenommen werden müssen.

### **Artikel 7**

#### **Änderung des SGB XI**

Der DPR ist der Auffassung, dass im Bereich des SGB XI ein hoher Neuregelungsbedarf besteht. Es ist daher nicht zu verstehen, dass die einzigen Änderungen, die innerhalb dieses Gesetzes vorgeschlagen werden, die Übertragung der im SGB V vorgesehenen Korruptionsbekämpfungsstellen auf die Pflegeversicherung und der Umgang mit Sozialdaten sein sollen. Dies zeigt deutlich, dass der Gesetzgeber weder die Interessen der pflegebedürftigen Menschen noch die Probleme der Pflegeeinrichtungen nach SGB XI als Aufgaben der Gesundheitsversorgung einschätzt.

Wir sind davon überzeugt, dass mit der Einbindung der Ressource Pflege in die Leistungsgesetzgebung (SGB V und XI) ein spürbarer Effekt auf Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bereits eingetreten ist und sich weiter positiv auswirken wird. Daher ist der Einfluss professioneller Pflege nicht ein zu schränken, sondern muss im Gegenteil auch auf andere Sozialgesetzbücher ausgedehnt werden.

Berlin, 22. September 2003

*17.1.12-11*

**Marie-Luise Müller**  
**Präsidentin**  
**Deutscher Pflegerat e.V.**