

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
00831(34)
vom 16.03.05**

15. Wahlperiode

**Stellungnahme
zur öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung im
Deutschen Bundestag
Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) –
Kritische Bestandsaufnahme**

Die Bundesregierung hat mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz- GMG) seit 2004 einen wesentlichen Beitrag zur Anschubsinnovation längst überfälligen Reformen geleistet, jedoch bleiben nach wie vor entscheidende Veränderungen um erfolgreiche Prozesse und Maßnahmen in gang zu bringen aus der Sicht der Pflege aus.

Der Deutsche Pflegerat unterstützt jedoch weiterhin den begonnenen Reformprozess und damit ausdrücklich die Zielsetzung, durch Modernisierung des Gesundheitssystems die Qualität der Gesundheitsversorgung nachdrücklich und dauerhaft zu verbessern, insbesondere durch das Aufbrechen historisch gewachsener Strukturen Wettbewerbsanreize unter den Leistungserbringern zu schaffen.

Grundsätzlich halten wir den Ansatz, durch Flexibilität und Erneuerung der Strukturen, durch Beseitigung von Schnittstellenproblemen und Erleichterung des fach- und sektorenübergreifenden Zusammenwirkens aller Beteiligten das Gesundheitssystem zu modernisieren für sinnvoll und unterstützenswert. Jedoch greifen aus unserer Sicht die eingeführten Maßnahmen nur im systemisch gewachsenen Vertrags- und Leistungsrecht. Das wirkliche Aufbrechen hin zu einer wirksamen Versorgungsqualität für Patienten bleibt im Vertragswirrwarr und Grenzenken der Sektoren hängen.

Unsere deutliche Kritik an diesem Gesetz bezieht sich insbesondere am fehlenden gesetzgeberischen Willen, der professionellen Pflege eine selbstverwaltende Stärkung im Vertrags- und Leistungsrecht einzuräumen. Im Gegenteil, im § 137 SGB V zeigen die strukturellen Mängel eines fehlenden vertragsrechtlichen Mandats (**Vertragsbeteiligtenstatus**), dass die organisatorische und inhaltliche Arbeit erheblich belastet wird. Die Reduzierung pflegerischen Mitwirkens bei der Ausgestaltung sämtlicher externer und interner Qualitätssicherungsmaßnahmen auf eine **Anhörungsbeteiligung** widerspricht dem vorhandenen politischen Wissen, dass professionell angewandte Pflegeleistungen mit hoher Nachhaltigkeit, Effektivität und Effizienz verbunden sind.

Wir fordern daher alle Parteien auf diesen Missstand mit in das erforderliche Weiterentwicklungsprogramm aufzunehmen.

Im Besonderen sind Verbesserungs- und Anpassungshinweise aus der Sicht des Deutschen Pflegerates e.V. nachstehend ausgeführt.

§ 20 SGB V Prävention und Gesundheitsförderung

Trotz intensiver Mitarbeit im Deutschen Forum und in den jeweiligen Arbeitsgruppen muß festgestellt werden, dass im Präventionsgesetzentwurf der pflegerische Sachverstand nur geringe Bedeutung erhalten hat. Wir hoffen, dass bei der weiteren Diskussion mehr inhaltliche Schwerpunkte zur gesundheitlichen Förderung zum Tragen kommen.

Die neuen Ausbildungsgesetze für Pflegeberufe haben einen deutlichen Schwerpunkt in Gesundheitsförderung verankert.

Diese Expertise ist nunmehr zwingend einzufordern – wir stellen sie qualifiziert zur Verfügung!

§ 132 Abs. SGBV Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Nicht mehr nachvollzogen werden, dass die pflegerische Expertise (DPR) als unabhängig, beratendes Mitglied im Ausschuss „Häusliche Krankenpflege“ des GBA nicht vorkommt. Hier hat unserer Meinung nach der Gesetzgeber einen dringenden Nachholbedarf, wenn er die Versorgungslage in Griff bekommen möchte.

Dies insbesondere unter den Vorzeichen der zunehmenden Auswirkungen des DRG-Systems. Kürzere Verweildauern im klinischen Bereich, mehr ambulante Operationen erfordern mehr medizinisch-pflegerische Interventionen so beispielsweise (aufwendige fachlich-qualifizierte Verbandwechsel, Infusionstherapien, Ernährungstherapien, professionell ausgeführte Prophylaxemaßnahmen nach evidenz basierter Standardmethode, Überwachung von Medikamenteneinnahmen etc).

Die Kritik an den verabschiedeten Richtlinien zeigt, dass hier Handlungsbedarf angezeigt ist.

§137 SGB V Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

Die Beteiligungsrechte der Pflege zur externen vergleichenden Qualitätssicherung wurden mit der Einführung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGBV deutlich eingeschränkt.

Der Gesetzgeber hat sich damit aus seiner Verpflichtung die pflegerische Qualitätssicherung auch gegenüber den Vertrags- Selbstverwaltungspartnern verpflichtend einzufordern entzogen.

Die Freiwilligkeit mit welcher sich der DPR umfassend beteiligt wird zwar anerkannt und genutzt, ohne Rechte jedoch mit allen selbsttragenden Verpflichtungen. Diese fatale Entwicklung ist nicht zu akzeptieren, gerade wenn man den Weg in eine sektorenübergreifende QS gehen muß.

Wir fordern alle Parteien auf im Interesse einer Verbesserung der Ergebnisse und der anstehenden Weiterentwicklungen zur QS dass der DPR seine Mitwirkungsrechte im Sinne von Vertragsbeteiligung wieder zugeschrieben bekommt.

Die Expertise professioneller Pflege hat eine Sichtweise auf den Menschen die systematisch, fachlich begründet die Hilfebedürftigkeit erkennt, definiert und angemessene Bedarfe feststellt. Die medizinische Perspektive umfassend wahrnimmt und in folge ihrer Beurteilung strukturiert und krankheitsbedingt intervenieren, beraten und ärztlich unterstützen kann.

Im jüngst verabschiedeten "Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege", welches Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger ausdrücklich für eigenverantwortliche und mitwirkende Aufgaben ausbildet und sie befähigen soll „interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln“.

Dies begründet eine vernünftiges Nebeneinander der verschiedenen Professionen und Patienten in der Qualitätsentwicklung aller Sektoren.

§139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Wir begrüßen es ausdrücklich, dass der Gesetzgeber seine ursprüngliche Absicht das Institut mit dem Medizinbegriff einzuführen verworfen und dafür sich auf den ganzheitlichen Ansatz des Gesundheitswesens eingelassen hat.

Wir erwarten, dass nun auch der umfassende pflegewissenschaftliche Fundus bei der Bewertung und Feststellung von wissenschaftlichen Arbeiten und Gutachten einen besonderen Stellenwert erhält.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass es zu einer zwingenden Fortsetzung der finanziellen Förderung zur Entwicklung von nationalen, evidenz-basierten Pflegestandards kommen muß. Deutschland hinkt massiv mit diesen Entwicklungen international zurück.

Erste Praxiserfahrungen in sektorenübergreifenden Einrichtungen zeigen positive Ergebnisse, z. B. bei der Decubitusprohylaxe (weniger Decubitalgeschwüre), Entlassungsmanagement (verhindert Drehtüreffekt, geringere Versorgungsbrüche), Sturzprohylaxe (Patientensicherheit).

§139f Wissenschaftlicher Beirat

Für die Besetzung des wissenschaftlichen Beirats sollte der Gegenstand ausschließlich Wissenschaft und nicht Interessensvertretung sein. Es geht vorrangig um Qualitätsindikatoren, Instrumente und Werkzeuge mit denen, eine effektive und ergebnisorientierte Qualitätssicherung erreicht und transparent gemacht werden soll.

Neben medizinischer, sozialwissenschaftlicher und ökonomischer Expertise sollte die Pflegewissenschaft herangezogen werden, die im Qualitätsmanagement eine zentrale Aufgabe und Rolle wahrnimmt. Ihre wissenschaftliche Betrachtungsweise und Herangehensweise zu Qualitätsfragestellungen sind im umfassenden Sinne gesundheitsorientiert und beziehen Ressourcen und soziales Umfeld der Betroffenen ein. Damit erfüllen sie für dieses Gremium eine wichtige Aufgabe in Verbindung zur Krankheitsorientiertheit und sozialwissenschaftlicher Aspekte.

Wir fordern das Ministerium auf, bei zukünftigen Besetzungsvorgängen die Pflegewissenschaft fest zu etablieren.

§139h Kuratorium

Die umfangreiche Besetzung des Kuratoriums lässt auf einen schwer steuerbaren Gremienapparat schließen. Es sollte deutlicher geregelt werden, wie die Stimmverteilung geregelt ist.

Nicht nachvollziehbar ist die unterschiedliche Zahl der Mitglieder. Insbesondere der Deutsche Pflegerat steht für die professionelle Pflege. Da es keinen pflegefreien Raum in unserem System gibt, vertritt er also die Fragestellungen aus allen Sektoren (akutstationär, stationär, ambulant und aus dem Rehabilitationsbereich). Für diese komplexen und übergreifenden Themenbereiche wäre eine Zahl von drei Mitgliedern im Vergleich zu Berufen, die durch unterschiedliche Verbände vertreten werden, sinnvoll.

§140a Integrierte Versorgung

Für den eigenständigen Leistungserbinger „Pflege“ sind die Zugangsmöglichkeiten zu IV-Verträgen mit großen Hürden und Hindernissen versehen. Es bedarf hier wohl einer genaueren Nachjustierung und gesetzlichen Unterstützung, dass die fachlich hochwertigen Leistungsangeboten den Patienten zur Verfügung gestellt werden können. Bedauerlicherweise werden auch die im § 64 SGB V angebotenen Modellvorhaben nicht umgesetzt.

§291a Elektronische Gesundheitskarte

Der Gesetzgeber räumt derzeit den Pflegekräften nur einen geringen Handlungsspielraum zur Nutzung der eGK ein.

Im Sinne der Patientensicherheit ist jedoch der Zugriff auf alle Daten unerlässlich, denn neben sicherer Arzneimittelverordnung gilt es auch die sichere Gabe von Medikamenten und die Abwendung von Schäden für den Patienten zu gewährleisten.

Gerade an den Schnittstellen der Versorgung steigt das Schadensrisiko für den Patienten. Damit Pflegekräfte diese Aufgabe multidisziplinär und wirksam wahrnehmen können, darf das Gesetz ihnen den Zugriff auf die eGK nicht verwehren. Gefordert sind daher ein Heilberufsausweis für die Pflege und eine qualifizierte Gesetzesänderung.

Deutscher Pflegerat e. V., Tel.: 030-219157-57

Berlin, 16.März 2005