

Stellungnahme von Katrin Kollex – GHD zum

- **Gesetzentwurf der Bundesregierung:**

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) (BT-Drs. 16/7439)

- **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:**

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung (BT-Drs. 16/7136)

- **Antrag der Fraktion DIE LINKE:**

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung (BT-Drs. 16/7472)

- **Antrag der Fraktion der FDP:**

Für eine zukunftsfest und generationsgerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege (BT-Drs. 16/7491)

Der Deutsche Bundestag berät aktuell den Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz).

Die GesundHeits GmbH Deutschland (GHD) ist eine bundesweite Unternehmensgruppe, die ein ambulantes Patientenversorgungsnetzwerk vorhält, welches insbesondere auch in den Bereichen der Homecare – Versorgung mit beratungsintensiven Hilfsmitteln, der strukturierten Patientenüberleitung vom stationären in den ambulanten Bereich und dem ambulanten Case – Management tätig ist. Dabei ist es neben der Versorgung der Patienten aus einer Hand das Ziel, ein den Patientenbedürfnissen angemessenes, umfassendes, qualitätsgesichertes, kostenoptimiertes und alle betroffenen Gesundheitsbereiche einbindendes Case - Managements durchzuführen. Durch konsequentes Case – Management werden sowohl die Lebenssituationen der betroffenen Menschen und Angehörigen in ihrer häuslichen Umgebung verbessert als auch Folgekosten im Gesundheitswesen vermieden.

Aufgrund der anstehenden Reform der Pflegeversicherung und insbesondere der Einführung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatern (ambulanten Fall-/ Case Managern) ist es uns wichtig, Anregungen zu den uns speziell betreffenden Änderungen zu unterbreiten:

Generell unterstützt die GHD den Ansatz einer schnittstellenübergreifenden und einer auf den individuellen Hilfebedarf ausgerichteten Beratung und Betreuung von Betroffenen. Auch der gesetzliche Anspruch der Betroffenen auf ein ambulantes Fall- / Case Management wird von uns sehr begrüßt. Dabei ist es jedoch wichtig, dass informierende, beratende und koordinierende Stellen (Pflegestützpunkte) und Personen (Pflegeberater) unabhängig von der Pflege- und / oder der Krankenkasse Vorschläge erarbeiten können. Nur so ist sichergestellt, dass die Selbstbestimmung der Betroffenen vorhanden bleibt und in deren Sinne der Hilfebedarf zusammengestellt bzw. koordiniert

wird. Eine Abwägung notwendiger Hilfsleistungen unter reinen Kostenaspekten wird so vermieden.

Pflegeberater:

- Laut Gesetzentwurf sollen die Pflegeberater zur Gewährleistung ihrer Unabhängigkeit bei den Pflegekassen angesiedelt werden. Diese sollen die Aufgabe von ambulanten Fall- / Case Managern wahrnehmen. Eine qualitätsgestützte und unabhängige Pflegeberatung in Form des Fall- / Case Management setzt jedoch nach unserer Erfahrung voraus, dass die Beratung unabhängig von der entscheidungsbefugten Stelle (Pflege- / Krankenkasse) erfolgt. Nur so ist sichergestellt, dass der Betroffene eine umfassende Beratung über für ihn individuell notwendige Hilfemaßnahmen erhält und die Qualität im Vordergrund steht.
Wir würden es begrüßen, wenn die Pflegeberater bei Leistungserbringern angesiedelt werden, um so im Wettbewerb um das beste Fall- Case Management zu konkurrieren.
- Pflegeberater sollen zukünftig u.a. den Hilfebedarf feststellen, individuelle Hilfs- und Unterstützungsangebote für den Betroffenen erstellen und auch den Unterstützungsbedarf aus angrenzenden Bereichen z.B. aus dem SGB V koordinieren. Der dadurch entstehende Eingriff in die wettbewerblich organisierten Marktstrukturen der Leistungserbringer (zum Beispiel der sonstigen Leistungserbringer) ist für diese elementar. Eine solche Pflege- und Krankenkassenübergreifende Koordinierung würde die Oligopolisierung der Anbieterstrukturen z.B. bei den sonstigen Leistungserbringern begünstigen. Oligoploartige Anbieterstrukturen verhindern jedoch in der Praxis den notwendigen Wettbewerb und führen langfristig zu deutlich höheren Preisen. (Vgl. Oligopolartige Anbieterstrukturen im Energiesektor).
- Laut Gesetzentwurf soll die Tätigkeit der Pflegeberater im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt erfolgen. Das Krankenhaus – Entlassmanagement soll zusätzlich weiterhin in Eigenverantwortung stattfinden. Nach unserer Erfahrung muss eine Pflegeberatung bereits im Krankenhaus beginnen, denn hier wird in der Regel bereits festgelegt, welchen individuellen Hilfebedarf der Betroffene hat. Die Veranlassung der Leistungen ist häufig für die Krankenhausentlassung unabdingbar. Ein nach der Krankenhausentlassung eingeschalteter Pflegeberater würde zu spät ansetzen. Er würde zu Doppelstrukturen führen und ggf. sogar abweichend von dem im Krankenhaus durch das Entlassmanagement festgelegten Hilfebedarf Empfehlungen aussprechen. Solche Doppelstrukturen in Form von zusätzlichen Pflegeberatern sind unseres Erachtens wirtschaftlich nicht sinnvoll, belasten den Beitragszahler und führen zu keiner zusätzlichen Transparenz für Betroffene. Wir empfehlen das bereits vorhandene System der Überleitung in den ambulanten Bereich und des ambulanten Case-Management zu stärken, mit Qualitätstandards zu untermauern und verpflichtend auszubauen.
- Qualitätskriterien für die Pflegeberatung (das ambulante Fall- / Case Management) sind unabdingbar. Diese könnten auch als Basis dienen, Leistungserbringer für die Pflegeberatung (das ambulante Fall- / Case Management) zu legitimisieren. Auch würde dadurch ein anzustrebender Wettbewerb um die beste Qualität der Pflegeberatung entstehen.

- Generell sollten Pflegeberater (ambulante Fall-/ Case – Manager) über eine Ausbildung zum Gesundheitskrankenpfleger oder Altenpfleger mit Zusatzqualifikation zum Case Manager verfügen. Ein aktuelles Wissen über die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Möglichkeiten in den einzelnen Therapie-segmenten ist für ein qualifiziertes, ambulantes Fall- / Case Management unabdingbar.

Deshalb empfehlen wir:

1. **Bestehende Strukturen müssen für die Pflegeberatung genutzt, gestärkt und ausgebaut werden.**

In Zukunft wird es verstärkt darauf ankommen, innovative und sektorenübergreifende Versorgungsformen anzubieten. Homecare – Unternehmen verfügen schon heute über diese sektorübergreifenden Netzwerke und über ein ambulantes Fall- / Case Management. In Abstimmung mit Krankenhäusern, behandelnden Ärzten, Krankenkassen, Apotheken, Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Pflege wird nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ verfahren.

Generell versorgen Homecare – Unternehmen Betroffene:

- in ihrer häuslichen Umgebung
- mit erklärungsbedürftigen Hilfsmitteln/Medizinprodukten, Verband und Arzneimitteln
- durch geschulte Therapiespezialisten (Fach- und Pflegepersonal)
- im Rahmen einer ärztlich verordneten ambulanten Therapie
- und im Rahmen des SGB V.

Beratungs- und Serviceleistungen in Form eines ambulanten Fall- / Case Management werden ebenfalls schon heute erbracht.

Krankenkassen vergüten bei der Homecare - Versorgung das notwendige Hilfsmittel, Medizinprodukt, Verband- bzw. Arzneimittel. Die mit den Produkten verbundenen Beratungs- und Serviceleistungen werden über den Produktpreis vergütet, so dass keine zusätzlichen Kosten entstehen. Für diese Bereiche ist es weder wirtschaftlich noch effektiv, in der Pflegeversicherung zusätzliche, kostenintensive Versorgungs- und Beratungsstrukturen aufzubauen. Es ist für eine wirtschaftliche Versorgung jedoch von Vorteil, auch die bestehenden, sektorübergreifenden Homecare-Strukturen zu nutzen. Diese sollten deshalb entsprechend gesetzlich eingebunden werden.

2. **Unabhängige, qualitätsorientierte Pflegeberater.**

Zur Verbesserung der Pflegequalität ist es wichtig, qualitativ gute Pflege zu belohnen, definierte Expertenstandards umzusetzen und die festgelegte Qualität messbar zu kontrollieren. Deshalb muss das Fallmanagement unabhängig von Pflegestützpunkten, die einen Überblick über die vorhandenen, regionalen Marktteilnehmer in allen Segmenten geben können, in den Händen der kompetenten, praxisorientierten Pflegeexperten / Case Manager belassen werden. Diese sind schon heute vorhanden und in der häuslichen Umgebung der Betroffenen tätig.

3. **Sachgerechte Vergütung der qualifizierten Pflegeberatung (Fall- / Case Management).**

Wir begrüßen den Vorschlag, durch den Einsatz von Pflegeberatern (Fall- / Case Managern) Schnittstellenprobleme abzubauen. Zur Zielerreichung ist es notwendig,

vom Gesetzgeber den Rahmen für eine angemessene und ausreichende Finanzierung der laufenden Kosten sicherzustellen. Eine Anschubfinanzierung allein wird nicht ausreichen, um den Erfolg dauerhaft zu sichern.

Pflegestützpunkte:

- Laut Gesetzentwurf sollen Pflegestützpunkte auf Initiative der Pflege- und Krankenkassen flächendeckend aufgebaut werden. Diese sollen den Grundsatz der Wettbewerbsneutralität verfolgen. Allein durch die Anbindung an die Pflege- und Krankenkassen kann keine Wettbewerbsneutralität erreicht werden, da bereits monetäre Sachzwänge zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Betroffene erhalten so keine neutrale, rein an Ihren Bedürfnissen orientierten Informationen und Beratungen. Diese würde immer auch im Hinblick auf die Finanzsituation der Pflege- und Krankenversicherung erfolgen. Eine Neutralität zum Schutze des Betroffenen ist somit nicht gegeben.
- Durch Pflegestützpunkte und die dort ebenfalls angesiedelten Pflegeberater soll sowohl die Verbesserung der Versorgungsqualität als auch die Wirtschaftlichkeit des Gesamtversorgungssystems durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgungen gesteigert werden. Allein durch die zusätzlich zu den bereits bestehenden, beratenden Stellen einzurichtenden Pflegestützpunkte wird keine Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht. Eine Qualitätssteigerung kann nach unserer Erfahrung durch einen Wettbewerb um die beste Beratung erzielt werden. Da die Pflegestützpunkte ohne wettbewerblicher Ausrichtung entstehen, fehlt der Anreiz zur Qualitätssteigerung.

Wir empfehlen:

Anstelle von kostenintensiv neu zu schaffenden Pflegestützpunkten vorhandene Strukturen zur transparenten Information per gesetzlichen Auftrag auszubauen. So würden Doppelstrukturen und zusätzliche Ausgaben vermieden und werden.

Fazit:

Pflegestützpunkte sollten wettbewerblich unter Einbeziehung der vorhandenen Strukturen – insbesondere auch der Homecare – Unternehmen - organisiert werden. Der gesetzliche Anspruch der Versicherten auf das Fall- / Case Management wird von uns sehr begrüßt. Dieses sollte jedoch separat von beratenden Pflegestützpunkten im Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern um die beste Qualität - unabhängig von den Pflegekassen - im Gesetz verankert werden. Nach noch zu definierenden Qualitätsstandards müssten sich Leistungserbringer für das Fall- Case Management akkreditieren und sich dem Wettbewerb um Qualität im Sinne der Betroffenen stellen.

Ahrensburg, den 15. Januar 2008



Katrin Kollex
 Abteilung Recht- und Öffentlichkeitsarbeit
 Bereich Gesundheitspolitik