



Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 21.1.2008 und 23.01.2008

Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes

Einleitung

Der vorliegende Referentenentwurf zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz hat zum Ziel die Situation der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in Deutschland zu verbessern. Damit wird ein umfassendes Regelwerk vorgeschlagen, das strukturelle Änderungen in verschiedenen Sozialgesetzbüchern und anderen Gesetzen einführen wird.

Als eine wesentliche Innovation wird eine Pflegezeit vorgeschlagen, die Angehörigen von Pflegebedürftigen ermöglichen soll, eine bestimmte Zeit von ihrer beruflichen Tätigkeit freigestellt zu werden, um sich um die Organisation der Pflege von Angehörigen zu kümmern. Dieser Vorschlag ist grundsätzlich zu begrüßen, da in der Regel Angehörige, gemeinsam mit dem Hausarzt diejenigen sind, die die Lebensumstände der Betroffenen am besten kennen und in Abstimmung mit den professionellen Dienstleistern der pflegerischen und medizinischen Versorgung am ehesten geeignet sind, die notwendigen Maßnahmen für den Pflegebedürftigen zu koordinieren.

Im folgenden wird im wesentlichen zu den geplanten Änderungen auf der Seite der Leistungserbringer Stellung genommen

Einführung neuer Versorgungs- und Managementebenen im Pflegebereich

Grundsätzlich ist festzustellen, dass der vorliegende Gesetzentwurf, keine ausreichende Beziehung zu den bereits vorhandenen Versorgungsstrukturen herstellt. Stattdessen werden unter dem Stichwort „Case Management“ neue Verordnungs- und Managementebenen eingeführt, die neue parallele Strukturen darstellen und Schnittstellenprobleme zu den bisherigen Versorgungsstrukturen wahrscheinlich werden lassen.

1. So wird im neuen § 7 a eine Pflegebegleitung eingeführt, die einen Pflegeplan erstellen soll auf Grundlage der Einstufung und der Gutachten des MDK. Der Pflegeplan soll alle Leistungen enthalten, die im Einzelfall notwendig sind und zwar gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische, pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote. Die Pflegebegleitung ist angebunden an sog Pflegestützpunkte gem. dem neuen § 92 c, die gemeinsam von den Kranken- und Pflegekassen getragen werden sollen. Diese Pflegestütz-

punkte sollen alle Leistungen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration etc koordinieren für die Pflegepatienten. Damit scheint ein weitgehender Auftrag zum Fallmanagement der Pflegepatienten an die Pflegestützpunkte und damit an Pflege- und Krankenkassen übergehen zu sollen.

2. *Mit der Einführung der Pflegemanager und Pflegestützpunkte wird einem tatsächlichen Problem Rechnung getragen, und zwar der mangelnden Koordination der Leistungsangebote im Pflegebereich. Die vorgeschlagene Lösung berücksichtigt dabei aber nicht, die bereits im SGB V festgelegte Koordinationsfunktion der Hausärzte. Mit der Einführung neuer Koordinationsstrukturen stellt sich die Frage der Abstimmung der unterschiedlichen Koordinationsebenen. Im übrigen ist es unstrittig, dass neben den Angehörigen der Hausarzt derjenige ist, der am besten das häusliche und familiäre Umfeld einschätzen kann und darüber hinaus die Schnittstelle zum medizinischen Versorgungssystem darstellt. Der vorliegende Gesetzesentwurf muss also dahingehend überarbeitet werden, dass sichergestellt ist, dass die geplanten Pflegebegleiter und –Stützpunkte verbindlich den behandelnden Hausarzt die behandelnde Hausärztin bei Erstellung des Pflegeplans einbeziehen.* Eine weitere im Artikel 6 aufgenommene Änderung des SGB V bezieht sich auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. Im neuem § 11 Abs 4 SGB V bekommen die Krankenhäuser das Entlassungsmanagement der Patienten übertragen. Die Durchführung erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal. In der Begründung wird das Aufgabenspektrum definiert: Es durchzieht alle Bereiche des individuellen Versorgungsmanagements von Versicherten von akuten über lang andauernden bis chronischen Krankheitsphasen wie auch Prävention, Gesundheitsförderung, und Versorgungsbereiche wie Krankenhaus, stationäre Altenhilfe, ambulante Dienste, medizinische ambulante Versorgungssysteme, Rehabilitation, Vorsorgeeinrichtungen Hospize. D.h. praktisch die gesamte Koordinierung und Integration aller Leistungen für Patienten werden durch qualifiziertes Personal übernommen Auch bei dieser geplanten Änderung wird die Koordinationsfunktion der Hausärzte/innen nicht ausreichend einbezogen. Die Erfahrungen der Hausärzte mit der Krankenhausentlassung zeigen, dass dabei Fragen der häuslichen Versorgung und Wirtschaftlichkeit oft unzureichend berücksichtigt werden. Es müssen ergänzende Regelungen getroffen werden, die eine sinnvolle Abstimmung zwischen Krankenhausentlassungsmanagement und hausärztlicher Koordinations –und Integrationsfunktion vorschreiben. Dabei sind unverbindliche Formulierungen mit Aufforderungscharakter nicht ausreichend.
3. Besonders relevant sind die geplanten Regelungen, wonach zunächst bezogen auf Modellvorhaben (§ 63b) Angehörige der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe Verordnungen von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln ausstellen und über die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer entscheiden dürfen. Ferner dürfen Angehörige der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe bestimmte ärztliche Tätigkeiten im Rahmen von Modellvorhaben selbstständig ausüben. Hier werden berufsrechtliche Ermöglicungen eingeführt, dass Krankenpflegekräfte die Kompetenz zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten erhalten. Damit kann der entsprechende Personenkreis heilkundliche Tätigkeiten erbringen ohne vorherige ärztliche Veranlassung
Hintergrund dieser Modellregelungen, die die stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe fördert, scheint u.a. das Ausdünnen der hausärztlichen Versorgung in einigen ländlichen Regionen zu sein und der Wunsch zusätzliche insbesondere gesundheitlich relevanten Betreuungsleistungen neben den rein medizinisch-ärztlichen Leistungen zu fördern für die Pflegebedürftigen bzw. Patienten. Die Einführung einer neuen Berufsgruppe wird aller Erfahrung nach eine weitere Schnittstelle mit allen Problemen zwischen vertragsärztlicher insbesondere hausärztlicher Praxis und Krankenpflegeberufen nach sich ziehen. Insbesondere für die Patienten bzw, Pflegebedürftige wird sich die Situation eher noch intransparenter

gestalten wenn neue Bezugspersonen neben den vertrauten Hausärzten in die Versorgung mit integriert werden.

Die oben beschriebenen offenen Fragen und Problembereiche ergeben sich nicht bei einer Übernahme neuer Aufgaben durch besonders qualifizierte Mitglieder des hausärztlichen Praxisteams. Der Deutsche Hausärztesverband hat mit dem Verband der Medizinischen Fachberufe (VMF) ein 160-stündiges Qualifizierungskonzept entwickelt, das die Medizinische Fachangestellte (MFA) in der hausärztlichen Praxis in die Lage versetzt, eine funktional äquivalente Position wie die besonders qualifizierten Krankenpflegekräfte zu übernehmen ohne dass die geschilderten Abstimmungsprobleme auftreten. Bei ständiger Tätigkeit der MFA in der Hausarztpraxis lässt sich die Kommunikation ohne Zeit- und Informationsverluste realisieren. Auch wird dabei für den Patienten nahtlos an die bisherige Betreuung angeknüpft.

Eine Entlastung des Arztes und damit Möglichkeit der Konzentration auf seine medizinischen Kernkompetenzen ist durchaus erwünscht und wurde im Einzelfall auch schon durch Besuche einer erfahrenen Fachangestellten aus der Praxis heraus praktiziert. Ergänzend sind telefonische Kontakte oder andere Telematiklösungen in Erprobung oder im Gebrauch. An diesen Erfahrungen knüpfen die Empfehlung des Deutschen Hausärztesverbandes und die zur Umsetzung erforderlichen Aktivitäten an:

Die MFA sollte bereits langjährig im Team arbeiten, damit sie die Philosophie des hausärztlichen Teams umsetzt und bereits mit den Patienten vertraut ist und andererseits die Patienten bereits Vertrauen haben. Sie ist besonders vertraut mit der Problematik der Multimorbidität, mit chronisch Kranken einschließlich aller ihrer sozialen Probleme und mit der notwendigen Zusammenarbeit mit anderen Bereichen im Gesundheitswesen im Sinne der Koordinationsfunktion des Hausarztes. Sie kann innerhalb der Praxis das Case-Management fortsetzen und vermeidet damit eine Bruchstelle.

Die Hälfte aller Schadensfälle in der medizinischen Versorgung entsteht an Schnittstellen. Jede vermiedene Schnittstelle bedeutet also Vermeidung potentieller Schadensquellen. Die Betreuungskontinuität ist innerhalb des Teams besser gesichert als bei geteilter Verantwortlichkeit zwischen Hausarzt und Krankenpflegekraft.

Es sollte deswegen im Rahmen der Modellprojekte aber ebenfalls ermöglicht werden, besonders qualifizierte Praxismitarbeiter für Modellprojekte zur besseren Koordination und Betreuung zuzulassen. Dazu wäre der § 63 SGB V (Modellprojekte) entsprechend zu ergänzen.

Deutscher Hausärztesverband

Köln, 15.01.2008