

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz –
PfWG) vom 07.12.2007**
Bundestagsdrucksache 16/7439

Der Deutsche Pflegeverband (DPV) begrüßt grundsätzlich
und ausdrücklich die nunmehr dringliche Reform der
Pflegeversicherung (SGB XI) in Form eines
Weiterentwicklungsgesetzes.

Pflegebedürftigkeit

Besonders kritisch zu sehen ist die Tatsache, dass eine Novellierung des
Pflegebedürftigkeitsbegriffes aus diesem Gesetz ausgeblendet wird. Gerade hier
liegt das große Konfliktfeld bezüglich Eingruppierung und Leistung in Korrespondenz
zur tatsächlichen Lebenssituation der Versicherten und Einstufung der
Leistungsträger.

Zu § 2 Abs. 3

Grundlage für eine selbst bestimmte Pflege muss die Charta der Rechte hilfe- und
pflegebedürftiger Menschen sein.

Zu § 7a – Pflegeberatung

Der Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater
oder eine Pflegeberaterin ist im Grundsatz begrüßenswert. Diese können sicherlich
im Rahmen der unterschiedlichen Zuständigkeiten von Versicherungsträgern zur
Koordination und Entspannung bei Zuständigkeitsfragen im Interesse des Antrag-
stellers und seiner Angehörigen hilfreich sein. Wo sich die Klienten oder Angehörigen
beraten lassen, sollte der Wahlfreiheit unterliegen.

Die PflegeberaterIn muss Pflegefachkraft im Sinne des Gesetzes sein und darf nicht
bei den Kostenträgern, sondern muss einer neutralen Instanz ggf. der Kommune
angegliedert werden. Bestehende Beratungsstellen z. B. auch ambulante
Pflegedienste mit hoher fachlicher Kompetenz müssen in die Infrastruktur mit
einbezogen werden. Darüber hinaus muss eine Erweiterung der bereits bestehenden
Strukturen des Beratungsbesuches nach § 37,3 SGB XI Inhaltlich und finanziell
erfolgen.

Zu § 12 a Abs. 1, Satz 2 - Aufgaben der Pflegekassen

Die Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen müssen
verpflichtend und nicht nur als Ziel formuliert sein.

Zu § 12 b Abs. 2,

Die Kompetenzen der Pflegeberatung nach § 7a sind konkret im Sinne von vorbe-
haltenen Aufgaben zu definieren.

Zu § 18 Abs. 3 - Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Entscheidungsfrist von 5 Wochen ist in der Situation des Antragstellers eine Zumutung und es muss grundsätzlich umgehend, **spätestens 1 Woche** nach

Eingang des Antrages, bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden. Dieses muss ebenso für Anträge zur Höherstufung der Pflegestufe gelten!

Zu § 18 d in Absatz 7

Die **Prüfung der Pflegebedürftigkeit** sollte **nicht nur bei Kindern**, sondern **generell durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und KrankenpflegerIn oder Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn bzw. AltenpflegerIn vorzunehmen sein.**

Zu § 30 - Dynamisierung

Die Bundesregierung sollte im Jahre 2012 die Notwendigkeit und Höhe einer Dynamisierung der Leistung der Pflegeversicherung prüfen, damit diese ab 2014 aktiviert wird.

Zu § 36 c, Abs. 4 - Pflegesachleistung

aa) Satz 2

Die Limitierung der Härtefälle auf 3 % im Kontext zu dem steigenden Pflegebedarf der nächsten Jahre birgt Gefahren der Mangelversorgung.

bb)

Der Begriff „geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen“ ist unklar und klingt bedrohlich.

Die Härtefallsachleistung im ambulanten Bereich muss konkuent der anderen Stufen ebenfalls angehoben werden.

Zu § 37 a

Die leichte Anhebung der Leistungen ist ein Ansatz. Vor dem Hintergrund der seit Einführung der Pflegeversicherung gedeckelten Leistungssätze mit einem Wertverlust von ca. 15 % werden diese nicht ausreichen, um eine pflegerische Begleitung und Versorgung nach Stand der Wissenschaft zu erreichen.

Zu § 41a)

Die leichte Anhebung der Leistungen ist ein Ansatz. Vor dem Hintergrund der seit Einführung der Pflegeversicherung gedeckelten Leistungssätze mit einem Wertverlust von ca. 15 % werden diese nicht ausreichen, um eine pflegerische Begleitung und Versorgung nach Stand der Wissenschaft zu erreichen.

Zu § 43 (3), letzter Satz - vollstationäre Pflege

Die Definition „geeignete Maßnahmen zur Einhaltung des Vmhundertsatzes“ lässt Freiraum für Spekulationen der Leistungsbegrenzung bzw. –gefährdung.

Zu § 44 a – Leistungen für Pflegepersonen

Die zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit werden ausdrücklich begrüßt.

Zu § 45 a und b – Berechtigter Personenkreis

Die Weiterentwicklung der Versorgung in der geänderten Form bezüglich der zusätzlichen Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz wird begrüßt. Dennoch ist der eingesetzte Wert von bis zu 200 € monatlich in Würdigung der notwendigen Betreuungsmaßnahmen wesentlich zu gering. Dieser Betrag muss als Mindestbetrag gewährt werden.

Hierbei ist grundsätzlich ein individuelles Bedürftigkeitsprofil mit daran orientierten Leistungen zu würdigen.

Zu § 45 c und d – Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Sowohl die Erweiterung der Aufwendungen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen als auch die Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe werden ausdrücklich begrüßt.

Zu § 55 - Beitragssatz

Der Beitragssatz muss vor dem Hintergrund der gesamt gesellschaftlichen Herausforderung im Kontext zum demografischen Wandel höher ausfallen, da diese Steigerung durch Reduzierung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge abgedeckt wird. Im Gegenzug einer Beitragssteigerung muss eine Steuerentlastung für den Versicherten bzw. pflegende Angehörige erfolgen.

Zu § 71 Abs. 3 - Pflegeeinrichtungen

Die Erweiterung um den Abschluss der Ausbildung als Altenpflegerin ist begrüßenswert, da hiermit die Rechtsunsicherheiten der Vergangenheit ausgeräumt werden.

Die Qualifizierung der verantwortlichen Pflegefachkraft mit 460 Std. Weiterbildung ist für die zukünftigen Anforderungen nicht ausreichend und muss bezogen auf den aktuellen Stand der Wissenschaften und der umfangreichen Qualitätsanforderungen auf 720 Std. erhöht werden.

Die Übergangsfrist zur Anpassung sollte 3 Jahre sein.

Zu § 77 Abs. 1 a) Satz 1 Halbsatz 1 – Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften

In diesem Zusammenhang fehlt ein Qualifikationsprofil der geeigneten Pflegefachkraft als Einzelperson. Dies gilt darüber hinaus bedenklich, da hier die institutionelle Fachaufsicht und Selbstkontrolle ausgeklammert wird. Daher ist diese Regelung abzulehnen, da die gesamten Zulassungsbedingungen bzw. Voraussetzungen für ambulante Dienste sowie die Qualitätsanforderungen in Frage gestellt werden. Ein ungleicher Markt zwischen den Anbietern würde hier entstehen und die Gefahr von Schattenmärkten.

Zu § 79 b Ergänzung Nach Satz 2 - Wirtschaftlichkeitsprüfungen

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

Zu § 87 a – Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

c) Nach Absatz 3

zusätzlicher Betrag von 1.536,00 €, wenn Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender, rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft

werden. Dieser Anreiz ist begrüßenswert, nur in der finanziellen Würdigung zu begrenzt.

Dieser Betrag muss zur Motivation und Sicherung der rehabilitativen Pflege jährlich gezahlt werden. Ein entsprechender Betrag muss auch für die ambulante Pflege gelten.

Zu § 92 c – Integrierte Versorgung und Pflegestützpunkte

Der Gesetzgeber sollte die Möglichkeit von Stützpunkten einräumen, aber nicht als Pflicht. Die kommunale Selbstverwaltung (Kostenträger, Anbieter und Politik) sollte die Möglichkeit haben, Lösungen auf regionaler Ebene, unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten zu finden.

Der Ansatz zur Integrierten Versorgung durch Pflegestützpunkte ist grundsätzlich begrüßenswert. Die Pflegestützpunkte sollten im Sinne einer Pool-Finanzierung neutrale Institutionen unter Einbeziehung aller Kostenträger, Leistungserbringer im Sinne eines Pflegezirkels und insbesondere in Verantwortung der zuständigen Kommune stehen.

Zu § 92 c Abs. 1

Die Träger müssen (statt sollten) Pflegefachkräfte einbinden.

Zu § 113 – Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Die Regelungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität werden begrüßt.

Zu § 113 a Expertenstandards

Die Implementierung von Expertenstandards in dieses Gesetz werden begrüßt. Der DPV geht davon aus, dass die bisher konsentierten sechs Standards selbstverständlich übernommen werden. Als Institution für die Entwicklung von Standards muss weiterhin im Sinne der Selbstverwaltung der Profession das deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege in seiner Neutralität verantwortlich sein. Eine leistungsträgerorientierte Festlegung von Standards ist bedenklich.

Die Verbände der Pflegeberufe, Organisationen der Selbsthilfe und unabhängige Sachverständige müssen nicht nur beteiligt, sondern mitentscheidend sein.

Zu § 114 - Qualitätsprüfungen

Die Überprüfung und Bewertung der Pflegequalität muss durch eine neutrale (nicht kostenträgergeprägte) Institution erfolgen. Dieses könnte im Sinne eines PÜV (Pflegeüberwachungsverein) umgesetzt werden. Träger veranlasste und Anforderungen der Prüfinstanzen berücksichtigende Zertifizierungen, im Sinne der

Selbstverpflichtung, müssen weiterhin verstärkt Anerkennung finden bzw. gleichgestellt werden.

Zu § 119 b SGB V – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Möglichkeit eines in der Einrichtung tätigen Arztes zur Verbesserung der medizinischen Versorgung ist sehr begrüßenswert. Hierzu gelten grundsätzlich die Bedenken, wie bei der Einzelpflegekraft (§ 77, Abs. 1 aa).

Fazit:

Die Initiative der Bundesregierung zur Reform der Pflegeversicherung lässt wesentliche zukunftsorientierte Inhalte zur Leistungs- und Qualitätsverbesserung offen.

So stützt sich dieses Gesetz weiterhin auf einen defizitorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff. Der Faktor Prävention wird ausgeblendet.

Eine intensivere Vernetzung der Leistungssysteme SGB V und SGB XI im Sinne der administrativen und ökonomischen Entspannung fehlt.

Die Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und der psychisch Kranken wird unzureichend berücksichtigt. So auch die Qualifikation für gerontopsychiatrische Schwerpunkte.

Die Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflege- und Altenpflegeberufe werden nicht zukunftsorientiert abgebildet und die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom 03.07.07 finden keine Berücksichtigung. Dieses Gutachten empfiehlt die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Sinne einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung und die Übertragung von Tätigkeiten, die das Versorgungssystem bisher unzureichend abdeckt, auf nicht ärztliche Gesundheitsberufe z. B. in der Prävention sowie eine größere Handlungsautonomie der nicht ärztlichen Berufe in der Verordnung von Pflegebedarfsartikeln durch die Pflege.



Die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Artikel 15 und 16 „Änderung des Krankenpflegegesetzes und des Altenpflegegesetzes“ mit Modellklausel zur Erweiterung der Kompetenz durch heilkundliche Tätigkeit von Fachkräften mit Hochschulqualifikation sind ein Ansatz, berücksichtigen aber nicht die bereits bestehende Kompetenz der Pflegeprofession.

Der DPV trägt darüber hinaus die Stellungnahme des Deutschen Pflegerates (DPR).

Neuwied, 14. Jan. 2008

Deutscher Pflegeverband DPV
Mittelstr. 1, 56564 Neuwied
Tel.: 02631-8388-22
Fax: 02631-8388-20
Email: runkel@dpv-online.de
www.dpv-online.de