



Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur
strukturellen Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung (PfWG)

Berlin, 16.01.2008

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
Bundesverband
Salzufer 6
10587 Berlin

Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) begrüßt viele der im Entwurf zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz umgesetzten Regelungen. Diese Reform wird seit Langem gefordert. Umso höher sind die Erwartungen der langzeitpflegebedürftigen Menschen und ihren Familien bzgl. der Inhalte und Nachhaltigkeit.

Der DBfK sieht in dem vorgelegten Kabinettsentwurf den Willen der Bundesregierung, Verbesserungen für Pflegebedürftige und deren Angehörigen in ihrer oftmals sehr belastenden Situation zu schaffen. Insbesondere wurde nochmals die Situation für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz berücksichtigt und gewürdigt. Die Einführung einer Pflegezeit ist eine wichtige Neuerung.

Bei einigen der vorgeschlagenen Gesetzesänderungen besteht jedoch Änderungsbedarf grundsätzlicher Art, andere bedürfen lediglich einer Korrektur in der konkreten Ausgestaltung. Insbesondere bleibt die Finanzierung der Pflege in der stationären und in der ambulanten Pflege im ungewissen, wenn auch die Dynamisierung ein richtiges Signal ist.

Bedauert wird vom DBfK, dass eine Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes in diesem Gesetz nicht vorgenommen wird. Gerade hier liegt das große grundsätzliche Konfliktfeld bezüglich Eingruppierung und Leistung in Korrespondenz zur tatsächlichen Lebenssituation der Versicherten und Einstufung der Leistungsträger. Wir erwarten eine zügige Umsetzung der Empfehlungen des Beirats zur Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der im November 2008 seinen Bericht vorlegen wird.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier zu einigen Punkten ergänzend bzw. insbesondere unter der Perspektive der Leistungserbringer (ambulante Pflegedienste) gesondert Stellung.

Zu den geplanten Änderungen im Einzelnen:

§ 7a Pflegeberater

Der Gesetzesentwurf sieht für Pflegebedürftige im Sinne der Pflegeversicherung einen Anspruch auf Fallmanagement durch Pflegeberater vor. Als Träger der Pflegeberater sind die Pflegekassen vorgesehen. Der DBfK begrüßt die Schaffung von Pflegeberatern, lehnt aber die geplante Form der Pflegeberatung ab, die eine unabhängige Beratung ausschließen.

Die Verbraucher benötigen „Lotsen“ im System, die entsprechend dem individuellen Hilfebedarf beraten und begleiten. Dabei sind die zur Verfügung stehenden Leistungsangebote mit den gesetzlich zugesicherten, sowie privaten Finanzierungsmöglichkeiten auf die bestehende Situation des Betroffenen abzustimmen, wobei auch die familiäre Situation zu berücksichtigen ist. Diese Beratungs- und Koordinierungsaufgaben müssen unabhängig erfolgen und können nur gewährleistet werden, wenn Berater weder den wirtschaftlichen Interessen eines Leistungserbringers im Pflegestützpunkt, noch denen einer Pflegekasse verpflichtet sind. Unabhängige Fallmanager sind neben ihrer Funktion als Berater und Koordinator auch Interessensvertreter des Hilfesuchenden. In diesem Sinne verknüpft sich ihre Aufgabe mit der Sicherung von Verbraucherrechten. Für die Erfüllung der vorgesehenen Aufgaben ist Case-Management als Konzept anzuerkennen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Versicherten die freie Wahl der Nutzung des Angebotes und die freie Wahl des Fallmanagers zuzusichern ist. Bei etwaigem Ablehnen einer Beratungsperson oder des Beratungsangebotes darf der Pflegebedürftige keine Nachteile befürchten müssen. Vom Handlungsfeld des Fallmanagers abzugrenzen ist die Bearbeitung und Beratung im Rahmen der Leistungsbewilligung durch Mitarbeiter der Pflege- und Krankenkassen sowie anderer Sozialversicherungsträger.

Vor diesem Hintergrund fordert der DBfK wie auch der Deutsche Pflegerat die Einführung von unabhängigen Fallmanager/innen, die im Grundsatz über eine Ausbildung als Pflegefachkraft verfügen, sowie über Qualifikationen zu Beratung, Case-Management oder auch Familiengesundheitspflege, die ihre pflegerische Expertise als unabhängige Beteiligte in bestehende und/oder künftige Versorgungsstrukturen mit eigenständigen Verantwortungsbereichen einbringen.

§ 37 (3) Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen / Beratung in der eigenen Häuslichkeit

Der Gesetzesentwurf sieht künftig für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit von Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen, zusätzlich zu den zugelassenen

Pflegeeinrichtungen, neutrale und unabhängige Beratungsstellen mit pflegefachlicher Kompetenz sowie Pflegeberater (§ 7a) der Pflegestützpunkte vor.

Mit der Ausweitung des „Beraterkreises“ wird leider nicht verbunden, diese Leistung als „Beratungsleistung“ auszuweiten und die konzeptionelle Weiterentwicklung zu initiieren, so dass diese vom Versicherten als eine unterstützende Zusatzleistung wahrgenommen wird. Der Besuch wird von der Mehrzahl der Betroffenen als Kontroll-Pflichtbesuch ohne großen Nutzen erlebt. Es werden mit dem neuen Gesetz zwei unterschiedliche Systeme bestehen, die einerseits eine freiwillige Beratung nach § 7a und andererseits eine verpflichtende Beratung nach § 37 (3) vorsieht. Zu befürchten ist eine Parallelstruktur, die für den Verbraucher eine weitere Verunsicherung darstellt und darüber hinaus Kosten verursacht. Der DBfK unterstreicht die Aussage des Deutschen Pfliegerates, dass dringend eine konzeptionelle Weiterentwicklung des § 37 (3) angestrebt werden sollte, um Ergebnisse der Beratung systematisch und zielorientiert umzusetzen. Erforderlich ist darüber hinaus eine enge Verzahnung/Absprache mit dem zuständigen Pflegestützpunkt.

Die Voraussetzung einer grundständigen Ausbildung als Pflegefachkraft ist als qualitätssicherndes Element in der Pflegeversicherung für die Besuche nach § 37 (3) fest zu verankern. Dem wurde entgegen der Empfehlung des Bundesrates Rechnung getragen und wir begrüßen dies. Gerade vor dem Hintergrund der im § 106a formulierten Mitteilungspflichten gegenüber der Pflegekasse ist eine pflegefachliche Expertise unerlässlich.

§ 71 (3) Pflegeeinrichtungen (verantwortliche Pflegefachkraft)

Das Führen einer Pflegeeinrichtung erfordert von der verantwortlichen (leitenden) Pflegefachkraft Führungs- und Leitungskompetenzen, von denen die Qualität und der Erfolg einer Einrichtung bestimmt werden. Gerade vor dem Hintergrund des MDS-Berichtes 2007 wird deutlich, welchen tragenden Einfluss die Vernetzung von Fachkompetenz, Kommunikationskompetenz und Managementkompetenz auf die Qualität der Leistungen nimmt. Qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Der DBfK unterstreicht an dieser Stelle die Forderung des Deutschen Pfliegerates, zur Sicherung der Qualität der Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen die Anwendung der Weiterbildungsempfehlungen des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe als Regelungsgrundlage anzuwenden. Des Weiteren ist von den leitenden Pflegefachkräften durch regelmäßige Fort- und Weiterbildung eine nachgewiesene kontinuierliche Aktualisierung des Wissens und Fortentwicklung von Kompetenzen zu gewährleisten.

Eine Zusatzqualifikation der verantwortlichen Pflegefachkräfte ist zur Sicherung der Qualität unverzichtbar. Anzumerken ist aber, dass im vorliegenden Gesetzesentwurf eine Übergangsregelung für verantwortliche Pflegefachkräfte unberücksichtigt bleibt. Wegen der gegebenen Rechtslage verfügen – regional unterschiedlich – noch nicht alle verantwortlichen Pflegefachkräfte über eine solche Qualifizierung. Ohne eine Übergangsregelung ist die Existenz von Einrichtungen gefährdet. Wie für andere gesetzliche Änderungen auch, ist an dieser Stelle eine Übergangsfrist bis zum 30.06.2011 einzuräumen. Damit wird sichergestellt, dass heute bereits tätigen verantwortlichen Pflegefachkräften, die nicht über die geforderten Qualifikationen verfügen ausreichend Zeit zum Erwerb von Managementqualifikationen gewährt wird.

Der DBfK schlägt vor diesem Hintergrund folgenden zu ergänzenden Satz 7 vor:

Verantwortliche Pflegefachkräfte, die zum Inkrafttreten des Gesetzes nicht über die nach § 71(3) Satz 6 Voraussetzung verfügen, weisen diese so rasch als möglich innerhalb der Übergangsfrist nach.

§ 72 (3) Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

Die vorgesehene Regelung in Satz 1 1.Halbsatz sieht bei den Zulassungsvoraussetzungen eine Einflussnahme der Pflegekassen vor, die über deren Verantwortungsbereich hinaus geht und gleichzeitig einen massiven Eingriff in die unternehmerische Entscheidungsfreiheit darstellt.

Zum einen ist die Erweiterung im Punkt 2, der eine ortsübliche Arbeitsvergütung der Beschäftigten vorsieht, zu ungenau. Entweder bedarf es in der Gesetzgebung einer konkreteren Aussage mit dem Hinweis der Anlehnung an bestehende Tarife oder es sind wie in anderen Branchen auch, Arbeitsvergütungen über entsprechende Verordnungen zu Arbeitsbedingungen separat festzuschreiben (vgl. Mindestlohn im Baugewerbe). Bei beiden Varianten soll es darum gehen, vor allem in strukturschwachen Regionen extrem niedrige Vergütungen für Pflegefachkräfte - ein „Lohn Dumping“ - zu vermeiden.

Daher ist aus Sicht des DBfK die Streichung des Teilsatzes unter Nr.2 des

§ 72 (3) Satz 1 „sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen“ vorzunehmen bzw. zu konkretisieren.

Zum anderen wird in § 72 (3) Satz 3 der zweite Teilsatz verändert. Mit der Neufassung der Begründung zur Festlegung des Einzugsbereiches wird eine Begrenzung des Einzugsbereiches bewirkt. Eine überregionale und bundesweite Ausweitung des Geschäftsfeldes ohne weitere oder zusätzliche Zulassungen wird untersagt. Dies bestätigt

sich im Begründungstext, in dem es heißt: „Die Regelung sorgt deshalb dafür, dass sich aus dem Versorgungsvertrag der Einzugsbereich ergibt, in dem der Pflegedienst Leistungen erbringt.“ Nach Art.12 Abs.1 des Grundgesetzes hat jede Pflegeeinrichtung das Recht auf freie Berufsausübung, genauso wie gemäß § 2 Abs.2 SGB XI für jeden Pflegebedürftigen das Wahlrecht zwischen Einrichtungen und Diensten besteht. Dies ist anzuerkennen und jeder Vertragspartei zuzusichern. Vor diesem Hintergrund legt der örtliche Einzugsbereich lediglich die Region fest, in der die pflegerische Versorgung der Versicherten zu garantieren ist, nicht jedoch, dass nur ausschließlich dort eine Leistungserbringung erfolgen darf. Um die Rechte von Versicherten und Leistungserbringern zu wahren, ist die vorgesehene Änderung unter § 72 (3) Satz 3 zu streichen und die bisherige Fassung beizubehalten.

Des Weiteren stellt die Verpflichtung der Einrichtungen unter Absatz 3 Satz 1 Nr. 4, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden, im Anschluss an die Verpflichtung der Vereinbarungen nach § 113 ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu führen und zu entwickeln, an dieser Stelle für eine überbordende Regelung dar. Der DBfK unterstützt nachdrücklich die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung von Expertenstandards, er spricht sich aber für eine klare Gestaltung des Gesetzes aus und empfiehlt die Streichung von § 72 (3) Satz 1.

§ 75 (2) Rahmenverträge und Bundesempfehlungen und -vereinbarungen

Der Gesetzesentwurf sieht in der Gestaltung der Rahmenverträge zwischen den Pflegekassen und den Trägern ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen in Nummer 9 die Ergänzung vor, Möglichkeiten der Beteiligung von Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlichen Pflegepersonen etc. an der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger zu regeln.

Ehrenamtliches Engagement ist wichtig. Es ist als zusätzliches Angebot einer Einrichtung zu verstehen, mit dem auf die zwischenmenschlichen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen als Serviceangebot verstärkt eingegangen werden kann. Rahmenverträge aber werden mit dem Ziel geschlossen, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerischen Versorgung der Versicherten durch die Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren. Es werden unterschiedlichste Kriterien der Leistungserbringung entsprechend Absatz 2 geregelt. Die Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement ist kein Bestandteil von Vertragsbeziehungen zwischen Kostenträger und Leistungserbringer und kann aufgrund dessen kein Gegenstand zu Regelungen in Rahmenempfehlungen zwischen den Vertragsparteien sein.

Ehrenamtliches Engagement erfolgt freiwillig ohne Verpflichtung und stellt keine Rahmenvertragsleistung dar, die zwischen Kostenträger und Leistungserbringer

vereinbarungsfähig wäre. Die vorgesehene Ergänzung im §75 SGB XI (2) Nummer 9 ist aus diesem Grund zu streichen.

§ 75 (7) Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen

Im angefügten Absatz 7 des §75 SGB XI ist die Ablösung der Pflege-Buchführungsverordnung durch gemeinsam vereinbarte Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung durch die Vertragsparteien vorgesehen. Wie in den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf korrekt ausgeführt wird, ist die Pflege-Buchführungsverordnung verwaltungsaufwendig und bürokratisch. Zudem werden weitere verbindliche Vorschriften (u.a. HGB) genannt, die als ausreichende Regelungen für eine ordnungsgemäße Buchführung einzuschätzen sind. Sie gelten für alle Unternehmen. Einer zusätzlichen Vereinbarung für Pflegeeinrichtungen bedarf es aus diesem Grunde nicht.

Der DBfK spricht sich vor diesem Hintergrund im Sinne der Entbürokratisierung für das Streichen des § 75 (7) aus.

§ 77 (1) Ambulante Versorgung durch Einzelpersonen

Zukünftig sollen Pflegekassen einfache Verträge mit Einzelpersonen unterschiedlicher Qualifikation abschließen können, um eine individuelle und bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zu ermöglichen. Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

Qualifikation der Einzelperson

Pflegebedürftige haben einen gemäß § 14 und § 15 SGB XI gutachterlich befundenen Pflege- und Hilfebedarf. Eine aus der Solidargemeinschaft finanzierte Unterstützungsleistung bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes verpflichtet dazu, eine dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Dieser Anspruch an eine qualitätsgesicherte Versorgung verlangt fachgerechtes Handeln. Fachgerechtes Handeln basiert auf der professionellen Einschätzung der Pflegesituation inkl. Anwendung von Assessmentverfahren zur Erkennung von Ressourcen und Pflegeproblemen, der Planung der Pflege inkl. dem Festlegen von Pflegezielen, der fachgerechten Durchführung der Maßnahmen und der anschließenden Evaluation. Dies kann nur auf der Basis einer grundständigen Ausbildung in einem der Pflegefachberufe gewährleistet werden. Diese Qualifikation ist umso dringlicher erforderlich, als Einzelpflegerpersonen eigenständig, ohne fachliche Leitung arbeiten.

Der DBfK unterstreicht die Forderung des Deutschen Pflegerates hinsichtlich der Qualifikation von Einzelpersonen als Pflegefachkraft.

Die im zweiten Teil des ersten Halbsatzes von Satz 1 aufgeführten Kriterien, die einen Vertrag mit einer Einzelperson ermöglichen, sind sehr weit gefasst, so dass die Parameter 2 bis 4 für quasi alle Pflegebedürftigen zutreffen würden. Sie dienen damit kaum als Abgrenzungsmerkmal. Damit wird der Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Anbietern verzerrt. Es gilt zu beachten, dass zugelassene ambulante Dienste die Versorgung eines Einzugsbereiches gemäß §72 SGB XI sichern und aufgrund ihrer als Betrieb vorzuhaltenden Pflichten, u.a. personelle und sächliche Ausstattung, andere Betriebskosten mit der Pflegevergütung decken müssen. Um die bestehenden Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden - auch in Hinblick auf die demografischen Veränderungen -, sind Einzelpersonen nur dann einzusetzen, wenn die pflegerische Versorgung ohne deren Einsatz nicht möglich ist (vgl. Punkt 1 von Satz 1) oder eine Versorgung durch zugelassene Pflegedienste nicht gewährleistet werden kann.

Der DBfK schlägt folgende Formulierung vor:

„... Pflegefachkräften schließen, soweit

- 1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht oder*
- 2. eine Versorgung durch zugelassene Pflegedienste nicht gewährleistet werden kann.“*

Der nach Satz 5 vorgesehene Satz entfällt.

Qualitätssicherung

Wie bereits unter Punkt 1 Qualifikation der Einzelperson ausgeführt, sind gleiche Qualitätsmaßstäbe an pflegende Einzelpersonen (Pflegefachkräfte) wie an zugelassene ambulante Dienste zu stellen. Es ist daher aus der Sicht des DBfK erforderlich, nach Satz 2 folgenden Satz zu ergänzen: *„Für pflegerische Einzelpersonen gelten die gleichen Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen wie für die nach diesem Buch zugelassenen Pflegedienste.“*

Es ist zu befürchten, dass es im Zusammenhang mit Einzelverträgen, zu Lohndumping kommt. Es muss deshalb vorgeschrieben werden, dass ortsübliche Leistungsvergütungen bezahlt werden.

§ 89 (2) Grundsätze für die Vergütungsregelung (ambulant)

Wie zu §72 (3) Satz 3 ausgeführt, ist nach unserer Auffassung eine regionale Einschränkung der Berufsausübung der Pflegeeinrichtungen gemäß Art.12 Abs. 1 des Grundgesetzes unzulässig. Zudem sollten Versicherte die Möglichkeit haben, einen Pflegedienst ihrer Wahl zu beauftragen, auch wenn dieser eventuell aus dem benachbarten Einzugsgebiet kommt.

Um Mehrkosten für die Pflegekasse zu vermeiden, schlägt der DBfK folgende Formulierung vor:

„...Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen. Bei der Erbringung von Pflegeleistungen gemäß diesem Buch außerhalb des örtlichen Einzugsbereiches dürfen der Pflegekasse oder sonstigen Sozialversicherungsträgern keine Mehrkosten entstehen.“

Der zweite Teil des Satzes ist entsprechend zu streichen.

§ 92c Pflegestützpunkte

Der Gesetzesentwurf sieht eine wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten vor. Der Ansatz zur integrierten Versorgung durch Pflegestützpunkte ist grundsätzlich begrüßenswert. Ebenfalls ist die Verzahnung zu den Regelungen in § 7a SGB XI in Verbindung mit § 11 (4) SGB V für die Versicherten eine sinnvolle Hilfestellung bei der Krankenhausentlassung und unterstreicht eine Zusammenarbeit zwischen den Pflegeberatern und dem Versorgungsmanagement bei der Überleitung in andere Versorgungsbereiche im Gesundheitswesen.

Die Pflege- und Krankenkassen sind aufgefordert, gemeinsam Verträge über Pflegestützpunkte zu schließen, an denen u.a. Institutionen der Altenhilfe und Pflegeeinrichtungen zu beteiligen sind. Pflegestützpunkte, in denen keine unabhängige Beratung gesichert ist und zudem Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsangebote aus dem Kreis der Beteiligten angeboten werden, lehnt der DBfK ab.

Zur Wahrnehmung der geforderten Eigenverantwortung hinsichtlich Gesundheit, Behandlungsprozess und Pflege sind Betroffene und ihre Angehörigen auf umfassende Beratung und Unterstützung angewiesen. Diese muss unabhängig erfolgen und ist nur gewährleistet, wenn Berater weder den wirtschaftlichen Interessen eines Leistungserbringers im Pflegestützpunkt, noch den wirtschaftlichen Interessen einer Pflegekasse oder sonstigen Kostenträgers verpflichtet sind. Alles andere zerstört bestehende Strukturen, schränkt die Wahlfreiheit des Verbrauchers ein und steht seinem Anspruch auf unabhängige Information entgegen.

Zudem befürchtet der DBfK, dass die quartiersnahen Pflegestützpunkte zu regionalen Monopolstellungen einzelner Anbieter führen (Klinik, Pflegedienst und Altenpflegeeinrichtung in einer Trägerschaft plus größte Pflegekasse am Ort). Damit würde die im letzten Jahrzehnt aufgebaute Struktur unterschiedlicher regionaler Angebote in unterschiedlicher Trägerschaft vernichtet. Zudem würde im Gesundheits- und Sozialwesen ein Angebot entstehen, das Eigenständigkeit suggeriert, tatsächlich aber dem Verbraucher keine unabhängige

wohnortnahe Beratung zu den Themen Gesundheit, Krankheit und Pflege bietet. Der Wettbewerb zwischen den Anbietern wäre in dieser Weise stark eingeschränkt.

Der Vorschlag des Bundesrates, das Sozialversicherungsgewährungsverfahren von der Pflegeberatung und Begleitung zu trennen, wird vom DBfK unterstützt. Die Betonung der Einbeziehung der Kommunen und Länder wird in diesem Entwurf noch mal aufgegriffen und wäre ein guter Beitrag für die Reform. Ein weiterer wichtiger ungelöster Kritikpunkt, ist die Finanzierung der Stützpunkte. Die aktuell geplanten finanziellen Mittel und der vorgesehene Zeitplan sind nicht ausreichend, um eine neue Struktur mit den vorgegebenen Zielen realistisch umzusetzen. Eine konsequente Umsetzung muss auf einen soliden und nachvollziehbaren Finanzierungsrahmen zurückgreifen können.

Der DBfK spricht sich aus für

1. den Auf- und Ausbau unabhängiger lokaler Beratungsstellen, in der Kooperation mit Pflegekasse und Kommune, die eine Einbeziehung der Pflegeberater für die Versorgung vorsieht und bei dem Bewilligungsverfahren von Leistungen beratend mitwirkt.
2. sowie, wie bereits unter § 7a aufgeführt, für die Einführung von unabhängigen Fallmanager/innen mit grundständiger Ausbildung als Pflegefachkraft. Darüber hinaus sind Qualifikationen für die Beratung, das Case-Management oder auch der Familiengesundheitspflege, bzw. vergleichbaren Zusatzqualifikationen erforderlich

§ 114a (7) Durchführung der Qualitätsprüfungen

Eine Festschreibung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) als „Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114“, die lediglich von den Kostenträgern und deren Prüforga n vereinbart werden, ist abzulehnen. Dieses Vorgehen widerspricht der gemeinsamen Verantwortung der Vertragsparteien. Das Prüfverfahren ist gemeinsam und einheitlich als Bestandteil der Vereinbarungen gem. § 113 zwischen den Verbänden der Vertragsparteien zu vereinbaren.

Die Festschreibung der Richtlinien zur Prüfungen der Qualität der erbrachten Leistungen bedeutet, die gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung zu operationalisieren. Es werden dabei messbare Kriterien zur Bestimmung des Qualitätsniveaus formuliert. Dazu verfügt weder der Spitzenverband Bund der Pflegekassen noch der MDS über die fachliche Kompetenz, noch steht es in ihrem Verantwortungsbereich, Qualitätskriterien der Profession Pflege zu definieren.

Da sich die Prüfungsrichtlinien von den gem. §113 SGB XI vereinbarten Gemeinsamen Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität und Qualitätssicherung ableiten, sind diese zum

einen gemeinsam und einheitlich von Kostenträgern mit den Leistungserbringern, als auch zum anderen mit Vertretern der Profession Pflege, insbesondere dem Deutschen Pflegerat zu vereinbaren.

Eine qualifizierte Beteiligung von einschlägigen Experten von Fachgesellschaften aus dem Bereich Pflege, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, wie auch der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen ist sicherzustellen. Aus diesem Grund fordert der DBfK, die Bewertungsmaßstäbe aus der Verbraucherperspektive wissenschaftlich zu ermitteln, um in der Folge entsprechende Informationen aufzubereiten. Mit den zunehmenden Zuzahlungen von Pflegeleistungen müssen die Erwartungen der Verbraucher einen größeren Stellenwert erhalten.

Die Anerkennung der einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagementsysteme sind begrüßenswert.

Ergänzung:

§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Der Gesetzesentwurf sieht keine Anpassung des unterstützenden Angebotes nach § 45 SGB XI vor. Es ist jedoch in der Fachöffentlichkeit hinreichend bekannt und auch in der vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) als Forschungsergebnis formuliert, dass Pflegekurse momentan in der Bevölkerung wenig Akzeptanz erfahren und der Erfolg dieses Angebotes zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen von einer regionalen und breitenwirksamen, niedrighschwelligen Implementierung abhängt. Es ist daher enttäuschend, dass dieses Element der Pflegeversicherung nicht zielorientiert weiterentwickelt wird, um das Engagement und Selbsthilfepotential von pflegenden Angehörigen und Ehrenamtlichen zu stärken.

Der DBfK sieht es vor diesem Hintergrund als erforderlich an, Beratungs- und Schulungsangebote in der eigenen Häuslichkeit nach § 45 SGB XI und der Pflegeüberleitung in die eigene Häuslichkeit als Regelleistung der Pflegeeinrichtungen ohne Sondervertragswesen einzuführen sowie den weiteren Ausbau an Unterstützungsleistungen voranzutreiben.

Schulungsangebote nach § 45 SGB XI können wesentlich dazu beitragen, den physischen und psychischen Belastungen von pflegenden Angehörigen entgegenzuwirken und sozialer Isolation vorzubeugen. Um die Belastungen von Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen zu mindern sowie die Pflege und Betreuung zu unterstützen, sind daher die Angebote nach § 45 SGB XI breitenwirksam als Regelleistungen ohne Sondervertragswesen

zu definieren. Durch eine solche Änderung entstünde ein flächendeckendes Angebot gezielter Informationen, Beratung und Anleitung. Der niedrighschwellige Zugang über einen ambulanten Pflegedienst stellt eine weitere Möglichkeit dar, Unterversorgung von Pflegebedürftigen sowie Überforderung von Pflegepersonen erfolgreich entgegenzuwirken

Vorbemerkung zu Artikeln 6, 15 und 16

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) begrüßt die im Rahmen des Kabinettsbeschlusses zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz (Artikel 6, 15 und 16) vorgesehenen Regelungen zur besseren Nutzung der Kompetenzen der Profession Pflege im Sinne der Bürgerinnen und Bürger. Die Bundesregierung reagiert damit auf bestehende und drohende Probleme im System und greift Vorschläge vieler Experten auf, zuletzt des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2007 (aber auch in vorhergehenden Gutachten).

Mit den vorgesehenen Regelungen wird verschiedenen Problemen Rechnung getragen. Es wird auf bestehende und drohende Unter- und Fehlversorgung im Gesundheits- und Sozialwesen reagiert. Diese ist vielfach dokumentiert und soll deshalb hier nur in wenigen Beispielen skizziert werden.

Das Gesundheitssystem ist immer noch stark fokussiert auf die medizinisch-ärztlichen Aspekte von vor allem Akuterkrankungen. Es bestehen Defizite in den Versorgungsarrangements bei chronisch kranken Menschen und es fehlt an einer produktiven interdisziplinären Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer. Defizite in der Versorgung werden u.a. an der mangelnden Behandlungstreue von Patienten deutlich, z.B. werden Medikamente im Wert von Milliarden EURO jährlich verordnet, aber von den Patienten nicht eingenommen.

In Deutschland wird erst langsam verstanden, dass die Entstehung und damit auch die Behandlung von Krankheit auch durch soziale Aspekte beeinflusst werden. Wir wissen, dass Armut krank und Krankheit arm macht. Wir wissen, dass schlechterer sozialer Status mit kürzerer Lebenserwartung und geringeren Gesundheitschancen einhergeht. Dem wird im derzeitigen System, in Diagnostik und Therapie, bisher kaum Rechnung getragen. Soll das geändert werden, muss die Expertise der Pflege und möglicherweise weiterer Heilberufe stärker genutzt werden.

Die demographischen und epidemiologischen Trends lassen eine Verschiebung der Schwerpunkte der Versorgungsbedarfe erwarten. Die Menschen werden älter, sie werden häufiger chronisch krank, Pflegebedürftigkeit – insbesondere durch eingeschränkte Alltagskompetenz - tritt häufiger ein. Regional gibt es bereits heute und kurzfristig verstärkt einen Mangel an niedergelassenen Ärzten.

Darüber hinaus wird mit den vorgesehenen Regelungen der Weiterentwicklung der Pflege in den vergangenen 20 Jahren Rechnung getragen. Durch die Novellierung von Alten- und Krankenpflegegesetz wurden die Ausbildungsziele und –inhalte deutlich verändert. Die Ausbildungen vermitteln den Lernenden Kompetenzen, um präventives, kuratives, rehabilitatives und palliatives Pflegehandeln wissenschaftlich fundiert auszurichten. Berufliche Fort- und Weiterbildung vermittelt Expertenwissen und -können in spezifischen Fachbereichen.

Pflegebezogene Studiengänge existieren an mehr als 40 Hochschulstandorten in Deutschland. Dort werden mit unterschiedlichen Schwerpunkten – und auch grundständig – Pflegefachkräfte wissenschaftlich ausgebildet und auf die Berufstätigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen vorbereitet. Die Studiengänge bieten sowohl funktionsbezogene Qualifizierungen als auch eine Differenzierung und Vertiefung in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Die Zahl von wissenschaftlichen Studien zu pflegerischen Konzepten, zum Beitrag der Pflege zur Versorgung und Betreuung im interdisziplinären Kontext und zur Weiterentwicklung des Gesundheits- und Sozialwesens ist für diese junge Disziplin beeindruckend.

Pflegende verfügen heute über die Expertise und Kompetenzen pflegerelevante Details autonom zu regeln. Somit verfügt die Pflege über einen eigenen „Body of knowledge“, eigene wissenschaftliche Methoden und Konzepte. Auf dieser Basis können sie die Ausführung der Sozialgesetze interpretieren und in die berufliche Realität einbeziehen. Das sich daraus entwickelte neue Selbst- und Pflegeverständnis erweitert die berufliche Perspektive und positioniert die Pflege im Kontext anderer Professionen neu. Die Kompetenzentwicklung in der Pflege und das bisherige Verharren in alten Strukturen stehen allerdings im Widerspruch zu einander. Es mangelt nach wie vor an neuen Strukturen, um die zugewiesenen eigenverantwortlichen und interdisziplinären Bereiche professionell auszugestalten!

Nicht zuletzt zeigt der Blick ins Ausland, dass die Erweiterung der Kompetenzen der Pflege einen deutlichen Beitrag zu Leistungsfähigkeit und Ergebnisqualität der Gesundheits- und Sozialsysteme leisten kann. Grundsätzlich nutzt das System die Pflege in Deutschland nur in einem sehr engen Ausschnitt der professionellen Kompetenzen. International übernehmen Pflegende deutlich mehr Aufgaben, z.B. und vor allem auch in der Prävention.

Der DBfK begrüßt die Schaffung der Möglichkeit von Modellen in § 63 (3) SGB V um in solchen Modellen zu überprüfen, welche Aufgaben zur Optimierung der Prozesse neu verteilt werden müssen und wie interdisziplinäre Kooperation gelingen kann.

Die in Artikel 15 und 16 vorgesehene Schaffung von Modellparagrafen zur Vorbereitung auf die Ausübung der Heilkunde, ist die logische Fortsetzung der Regelungen in § 63 (3) SGB V, bedarf allerdings der Überarbeitung und Ergänzung.

Zu den Vorschlägen im Einzelnen:

Artikel 6

§ 63 (3b) SGB V Verordnung von Verbands- und Pflegehilfsmitteln / Häusliche Krankenpflege

Pflegende verfügen über die Kompetenzen zu entscheiden, welche Verbands- oder Pflegehilfsmittel in der konkreten Versorgungssituation eines Patienten erforderlich sind. Sie müssen diese auch selbständig verordnen können, um eine effektive und effiziente Leistung im Sinne der Betroffenen erbringen zu können.

Zur Beurteilung der inhaltlichen Ausgestaltung und Dauer der häuslichen Krankenpflege sind ausschließlich Pflegefachkräfte qualifiziert. Deshalb sollten auch diese selbständig entscheiden und verordnen können. Hier wird im häuslichen Umfeld logisch fortgesetzt, was in der stationären Akutversorgung selbstverständlich ist.

§ 63 (3c) Ausübung der Heilkunde

Wie bereits in den Vorbemerkungen erläutert, wird mit diesen Regelungen der Weg für eine bessere Versorgung eröffnet. Die Modellklausel macht den Weg frei, wissenschaftlich zu überprüfen, ob und wie eine solche Verbesserung erreicht und ausgestaltet werden kann. Dadurch wird eine bisher stark von Eigeninteressen geprägte Diskussion auf eine sachliche Grundlage gestellt.

Aus Sicht des DBfK ist als Voraussetzung für die Ausübung der Heilkunde in den Modellen eine Regelung zu ergänzen, die bereits heute existierende Expertise anerkennt. Es gibt eine Vielzahl hoch qualifizierter Pflegeexperten, die über ein Studium oder aber auch berufliche Fort- und Weiterbildung bereits heute mehr Aufgaben und Verantwortung übernehmen können. Es wäre ein Verlust für das System und seine Nutzer/innen, wenn diese Expertise nicht in vollem Umfang genutzt werden würde. Durch eine solche Erweiterung würde auch erreicht, dass die Modelle rascher beginnen können. Zur Regelung schlagen wir deshalb vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt wird, eine entsprechende Verordnung zur Regelung der Anforderungen (verlangte Kompetenzen, erforderliche Prüfungen oder zu erwerbende Zusatzqualifikationen) zu erlassen.

Artikel 15 und 16 Krankenpflegegesetz /Altenpflegegesetz

§ 3 Ausbildungsziel und § 4 Dauer und Struktur der Ausbildung

Der Vorschlag einer Modellregelung mit verändertem Ausbildungsziel und Ausbildung an den Hochschulen geht zwar in die richtige Richtung, zu bedenken ist aber, dass Modellprojekte nach § 63 (3) SGB V erst nach frühestens 4 Jahren beginnen könnten, wenn die ersten Absolvent/innen die Modellausbildungen abschließen.

Angesichts der Komplexität der Regelung besteht noch weiterer Diskussionsbedarf, insbesondere inwieweit diese zu einer systematischen Weiterentwicklung der Pflegeberufe beitragen kann. Erforderlich ist eine Erweiterung des § 3 Ausbildungsziel um ‚heilkundliche Tätigkeiten‘. Grundsätzlich sehen wir zudem die Notwendigkeit einer Regelung, die über den vorgesehenen § 4 (7) im Alten- und Krankenpflegegesetz hinausweist und regelhaft die hochschulische Erstausbildung parallel zur traditionellen Ausbildung zulässt (§ 4 (2) und (3) KrPflG; APflG entsprechend).

Zusammenfassung

Die Bundesregierung reagiert mit dem vorgelegten Gesetzentwurf auf den dringenden Reformbedarf der Sozialen Pflegeversicherung. Es gibt eine Reihe von positiven Ansätzen, die jedoch zur vollen Entfaltung ihres Potenzials im Sinne der Versicherten zu korrigieren sind. Eine grundlegende Reform von SGB XI wird erst nach dem Beschluss über einen neuen – hoffentlich erweiterten – Pflegebedürftigkeitsbegriff erfolgen können.

Berlin, 16.01.2008



Franz Wagner MSc

Bundesgeschäftsführer