

BVMed-Stellungnahme

- **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 zukunfts- und generationsgerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege (BT-Drs. [16/7491](#))

Der Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vertritt u. a. Homecare-Unternehmen, die nach den Vorgaben des SGB V Menschen regelmäßig mit beratungsintensiven Hilfsmitteln versorgen. Der BVMed nimmt zum Gesetzentwurf und zu den Anträgen nur Stellung, soweit seine Mitgliedsunternehmen von den geplanten Regelungen betroffen sind.

1. Leistungen für Pflegehilfsmittel dynamisieren

Die Dynamisierung von Leistungen und die besonderen Hilfen für Demenzkranke sind ein richtiger Schritt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass neben dem Pflegegeld und den Pflegeleistungen auch die Leistungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel regelmäßig dynamisiert werden. Bislang sind diese Leistungen nach § 40 Abs. 2 SGB XI mit einem Betrag von maximal 31 Euro im Monat festgeschrieben.

2. Bestehende Strukturen nutzen

Positiv zu bewerten ist der Ansatz des Gesetzentwurfes zu einer integrierten wohnortnahen Versorgung. In Zukunft wird es verstärkt darauf ankommen, innovative und sektorenübergreifende Versorgungsformen anzubieten. Der BVMed weist darauf hin, dass Homecare-Unternehmen, die im Rahmen des SGB V die medizinische Versorgung in häuslicher Umgebung durchführen, die notwendigen, sektorübergreifenden Strukturen schon vorhalten.

Das Ziel von Homecare ist, Patienten eine ambulante Therapie mit beratungsintensiven Hilfsmitteln und den dazugehörigen Dienstleistungen zu ermöglichen. BVMed-Mitgliedsunternehmen (sowohl Industrie- als auch Handelsunternehmen) sind in diesem Homecare-Bereich als Leistungserbringer tätig. Homecare steht für eine sektorenverbindende Versorgungsform, die nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ arbeitet. Homecare umfasst die

Versorgung eines Patienten zu Hause mit erklärungsbedürftigen Hilfsmitteln/Medizinprodukten, Verband- und Arzneimitteln durch geschulte Therapiespezialisten (Fach- und Pflegepersonal) im Rahmen einer ärztlich verordneten ambulanten Therapie.

Es erscheint daher weder wirtschaftlich noch effektiv, solche Versorgungsstrukturen separat und kostenintensiv mit der Pflegeversicherung ein zweites Mal aufzubauen. Die Spezialisten der Homecare-Unternehmen übernehmen bereits schon jetzt die fachliche Anleitung und die Schulung der Pflegedienste. Diese Anforderungen sind inzwischen teilweise Gegenstand vertraglicher Regelungen zwischen den Kranken- bzw. Pflegekassen und den Homecare-Unternehmen. Deshalb ist es für eine wirtschaftliche Versorgung unumgänglich, auch die bestehenden, sektorübergreifenden Homecare-Strukturen zu nutzen und diese entsprechend gesetzlich zu verankern.

3. Miteinbeziehung der Homecare-Unternehmen in die Pflegeberatungsstrukturen

Aus Sicht des BVMed ist es vorstellbar, dass Pflegeberatung und Fallmanagement nicht nur durch die im Gesetz vorgesehenen Pflegestützpunkte, sondern auch durch andere Angebote sichergestellt werden können. Pflegeberatungsgutscheine oder persönliche Budgets wären hier denkbare Ergänzungen oder Alternativen. Wichtig für die Unternehmen ist, dass wohnortnahe Angebote für Pflegebedürftige vorgehalten werden, die nicht nur auf den Strukturen der Kranken- und Pflegeversicherung aufbauen, sondern neben den ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen auch die Homecare-Unternehmen beteiligen. Hierzu ist es aus unserer Sicht erforderlich, Homecare-Unternehmen als Vertragspartner der Kranken- und Pflegekassen im Gesetz zu verankern und eindeutig zu listen. Soweit an dem Konzept der Pflegestützpunkte festgehalten wird, sollten Homecare-Unternehmen die Möglichkeit bekommen, z. B. als Managementorganisation von Pflegestützpunkten mit eingebunden zu werden. So kann deren bestehende Kompetenz im Bereich des Fallmanagements auch zu Gunsten der Pflegeversicherung genutzt und eine effiziente Versorgung sichergestellt werden.

Da eine Vielzahl der pflegebedürftigen Patienten multimorbid ist und sowohl einer medizinischen als auch einer pflegerischen Betreuung bedarf, ist eine gleichwertige Kooperation mit Homecare-Unternehmen nicht nur sinnvoll, sondern durchaus erforderlich. Schon heute setzen außer der Pflege auch Homecare-Unternehmen die Vorgaben des SGB V zum Versorgungsmanagement an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung um.

4. Keine Leistungsverlagerung und klare Abgrenzungskriterien beibehalten

Die bisherigen Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung müssen erhalten bleiben. Die Behandlungspflege im Pflegeheim sollte weiterhin im Leistungskatalog SGB V umgesetzt werden. Hier wurden mit der Gesundheitsreform mehrere wichtige Schnittstellenprobleme gelöst, so dass hier kein weiterer Handlungsbedarf besteht (Präzisierung des Hilfsmittelanspruchs in § 33 SGB V).

5. Qualifiziertes Fallmanagement sachgerecht vergüten

Besonders positiv hervorzuheben ist der Ansatz, durch den Einsatz von Fallmanagern Schnittstellenprobleme abzubauen. Um diese abbauen zu können, ist vom Gesetzgeber eine angemessene und ausreichende Finanzierung der laufenden Kosten sicherzustellen.

Eine Anschubfinanzierung allein reicht nicht aus, um den Erfolg des Fallmanagements dauerhaft zu sichern. Ein Fallmanagement sollte nicht ausschließlich bei den Pflegekassen angesiedelt sein. Die Nutzung vorhandener Kompetenzen der Leistungserbringer in diesen Feldern sichert maßgeblich den Erfolg. Eine qualifizierte Ausbildung der Fallmanager durch eine dreijährige und examinierte Ausbildung zum Gesundheitskrankenschwäger oder Altenpfleger ist unab-

dingbar. Die Kernkompetenzen der Pflege und Homecare-Unternehmen sollten hierbei genutzt werden.

Klargestellt werden sollte aus unserer Sicht weiterhin, dass das Fallmanagement nicht nur den Pflegebedürftigen der Stufen I bis III, sondern auch Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu Gute kommt.

6. Kompetenz von Einzelpflegekräften stärken

Die professionelle ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen setzt derzeit immer eine Zulassung als *Pflegedienst* voraus. Grundsätzlich ist es sinnvoll, Qualitätskriterien für die Pflege zu entwickeln. Dies schließt aber nicht aus, dass auch Pflegeverträge zu gleichen Konditionen mit *einzelnen qualifizierten* Pflegekräften abgeschlossen werden können.

7. Qualität

Im Zusammenhang mit der Pflegequalität ist es richtig, qualitativ gute Pflege zu belohnen und Anreize zu setzen, den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zu verbessern. Umso wichtiger ist es in diesem Kontext, die Pflege in den Händen der kompetenten Pflegeexperten zu belassen. Im Zuge dessen ist es beispielsweise nicht sinnvoll, die im GKV-WSG geforderten Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich auf den stationären Bereich (Pflegeheime) auszudehnen. Sollten die Pflegeeinrichtungen keinen unmittelbaren Einfluss mehr auf die Hilfsmittelversorgung ihrer Bewohner haben, so hat dies nachweislich Nachteile auf die Pflegequalität.

Beim Einsatz von Hilfsmitteln in Einrichtungen ist daher der Gedanke der Qualitätssicherung zu berücksichtigen. Die Gemeinschaft der Kostenträger in einem Bundesland sollte die Qualitätsaspekte bei Beschaffungsvorgängen nach § 33 SGB V, § 127 Abs. 1 und 2 SGB V für Pflegebedürftige in Einrichtungen berücksichtigen. Mit dem Ausschreibungs-Instrument werden verstärkt Einkäufe nach den Kriterien eines ausschreibenden Kostenträgers bestimmt. Diese stellen auf die Gesamtzahl der Versorgungsfälle ab. Auch der Preis wird ein verstärktes Gewicht bei der Bewertung erhalten. Die Bedingungen in einer Einrichtung oder den Einrichtungen eines Bundeslandes werden dagegen weniger berücksichtigt. Durch die Vielzahl der Kostenträger als mögliche ausschreibende Stellen und die Vielzahl der Leistungserbringer werden die Einrichtungen mit zahlreichen Hilfsmitteln konfrontiert, die unterschiedlich gestaltet sind, andere Funktionalitäten bieten und unterschiedlich einzusetzen sind. Zugleich müssen die Einrichtungen und ihre Pflegekräfte den richtigen Einsatz der Hilfsmittel sicherstellen. Dazu sind sie aufgrund der Qualitätsvereinbarungen und Versorgungsverträge (z. B. nach § 75 SGB XI – Pflegequalität) verpflichtet.

8. Auswahl Medizinischer Hilfsmittel nach pflegerischen Aspekten ist zu stärken

Ohne moderne Hilfsmittel gäbe es keine häusliche Versorgung. Die häusliche Versorgung spart Kosten. Ohne moderne Hilfsmittel wäre die hochwertige Pflege durch die Einrichtungen gefährdet. Daher sind bei der Auswahl und dem Einsatz von medizinischen Hilfsmitteln im Rahmen von Leistungen nach dem SGB V die pflegerischen Aspekte zu berücksichtigen und eine aktive Lebensgestaltung zu fördern. Pflegeversicherung und Krankenversicherungen sollten sich über die Kostentragung verständigen, medizinisch-pflegerische Empfehlungen sind zu beachten, um die Versorgungserfolge durch Leistungen nach dem SGB XI zu sichern. Wünschenswert ist daher eine enge Kooperation zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung bei der Auswahl und Genehmigung der medizinischen Hilfsmittel.

In den Verträgen nach § 127 SGB V sollten daher pflegerische Aspekte mit einfließen. Nur so kann die Pflegequalität gesichert werden. Wünschenswert ist dies, weil innovative Medizinprodukte während der letzten Jahrzehnte die Versorgungs- und Lebensqualität Pflegebedürftiger in der häuslichen und institutionellen Pflege maßgeblich verbessert haben. Sie ermöglichen damit in vielen Fällen eine längere selbständige Lebensführung oder Selbstständigkeit.

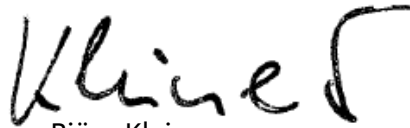
Damit wird der Pflegeaufwand reduziert und, aufgrund der höheren Aktivität der Pflegebedürftigen, Mehrausgaben der Krankenversicherung vermieden. Hilfsmittel ermöglichen das längere Leben im eigenen Umfeld und sie können den Pflegeaufwand reduzieren.

Berlin, 15. Januar 2008

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e.V.

Handwritten signature of Joachim M. Schmitt in black ink.

Joachim M. Schmitt
Geschäftsführer
Mitglied des Vorstands

Handwritten signature of Björn Kleiner in black ink.

Björn Kleiner
Referat Politische Kontakte