



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0271(11)
gel. VB zur öAnh. am 21.5.
12_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
15.05.2012

Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur
Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz - PNG)
sowie
Änderungsanträge der Fraktionen CDU, CSU und
FDP vom 8.5.2012
sowie
Antrag Bündnis 90/Die Grünen Drucksache
17/9566

Berlin, 14.05.2012

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
Bundesverband
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) würdigt die im Entwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) erkennbaren positiven Ansätze zu Verbesserungen für Pflegebedürftige und deren Angehörigen. Jedoch ist es zutiefst enttäuschend und gegenüber den pflegebedürftigen Menschen nicht mehr zu vertreten, dass wiederum eine grundlegende Reform nicht erfolgt. Insbesondere die Leistungserhöhung für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bleibt hinter den Erwartungen und Erfordernissen zurück. Die moderaten Änderungen werden den Belangen von demenziell und psychisch Erkrankten sowie Menschen mit kognitiven Einschränkungen bei weitem nicht gerecht.

Dem DBfK ist es unverständlich, 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.

Die neu vorgesehene Möglichkeit der Erbringung häuslicher Betreuung durch Betreuungsdienste, auch wenn diese nun abgemildert in Modellvorhaben erprobt werden soll, wird sehr kritisch vom DBfK gesehen. Hier erfolgt ein erster Schritt der gedanklichen Abkopplung der Betreuung von der pflegerischen Versorgung. Betreuung ist aber ein Teilaspekt von Pflege, und ist nicht davon zu separieren. Die Anbindung an pflegefachliche Kompetenz ist hinsichtlich der fachgerechten pflegerischen Gesamtversorgung unabdingbar. Der DBfK fordert, weiterhin die Betreuung als Teilaspekt pflegerischer Kompetenz zu definieren. Deprofessionalisierung und damit einhergehende Qualitätsminderung in der Leistungserbringung von Versorgungsansprüchen der Pflegeversicherung ist zu unterbinden. Die Anbindung an etablierten ambulanten Pflegeeinrichtungen knüpft an ein hohes Qualitätsniveau an und reduziert Schnittstellen in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen.

Die Änderungsanträge 2 und 3 der CDU/ CSU und der FDP Fraktionen mit den Ergänzungsvorschlägen zu §113 und §114a SGB XI werden ausdrücklich unterstützt. Insbesondere die Aufnahme des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich greift auch die Forderung des DBfK auf. Aus Sicht des Verbandes wird hiermit eine neue Ära in der Qualitätsberichterstattung beschrritten.

Weiterhin weist der DBfK darauf hin, dass die Ausführungen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in ihrem Antrag *Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung* –

Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest inhaltlich zu großen Teilen mitgetragen werden. Insbesondere unterstützt der DBfK die Vorschläge der Fraktion hinsichtlich mehr zugehender, unabhängiger und individueller Pflege- und Wohnberatung sowie den Ausführungen zu einer verbindlichen Einführung von Personalbemessungsinstrumenten, regionalen Personalbedarfsmonitoring und dem Ausbau von Ausbildungsmöglichkeiten.

Angesichts der sich epidemiologisch verändernden Versorgungsbedarfe von Bewohnern in der stationären Altenhilfe ist die derzeitige Regelung zur Abgeltung von Leistungen der ‚Behandlungspflege‘ nicht mehr sinnvoll und ausreichend. Der DBfK fordert den Gesetzgeber auf, hier für eine auskömmliche Finanzierung Sorge zu tragen. Die Vergütung von Pflegeleistungen, die dem SGB V zuzuordnen sind, sollte dazu zukünftig gesondert über die Krankenversicherung finanziert werden.

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:

§7b Beratungsgutscheine

Künftig soll eine individuelle Beratung verpflichtend innerhalb von zwei Wochen angeboten werden, entweder durch die Pflegekasse selbst oder mittels eines Beratungsgutscheins durch unabhängige Beratungsstellen.

Der DBfK begrüßt den Gesetzesvorschlag als hilfreiche Maßnahme, um dem Beratungsbedürfnis des Verbrauchers nachzukommen und die Versorgungssituation optimal gestalten zu können. Die Verbraucher benötigen „Lotsen“ im System, die entsprechend dem individuellen Hilfebedarf beraten und begleiten. Der Gesetzgeber sichert mit dieser Regelung, dass diese Beratungsmöglichkeit möglichst frühzeitig erfolgt und dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen sowie Lebenspartner hinreichend bekannt ist. Das Wahlrecht des Versicherten, eine Beratungsstelle seines Vertrauens auszuwählen, ist im Gesetz zu verankern. Kontaktpersonen der Pflegekassen sind leider keine unabhängigen Berater.

Jedoch ist insbesondere im Zusammenhang mit Eilanträgen bspw. bei Krankenhausentlassung der Zeitraum von zwei Wochen zu lang. ***Der DBfK fordert einen weiteren Passus anzufügen, der beinhaltet, im Falle einer Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus die Pflegeberatung binnen einer Woche durchzuführen.***

§18 (3) Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Zusendung d. Gutachtens)

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass der Gutachter den Antragsteller auf sein Recht ausdrücklich hinweist, das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18 übermittelt zu bekommen.

Wir begrüßen diese gesetzliche Normierung, jedoch greift diese Verbesserung unseres Erachtens nicht weit genug. ***Die Zielsetzung der Transparenzerhöhung für die Versicherten wird unseres Erachtens nur durch die regelhafte Zusendung des Gutachtens entsprochen.*** Zur Verminderung des bürokratischen Aufwands sollte der Antragsteller die Möglichkeit erhalten, auf die Zusendung des Gutachtens verzichten können.

§18 (3a) Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Fristeinhaltung)

Die zügige Bearbeitung der Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung durch die Festlegung einer 5-Wochen-Frist wird als sinnvoll erachtet. Allerdings ist eine ‚Strafe‘ von 10 € für das Nicht-Einhalten der Frist wenig zielführend.

Der DBfK schlägt deshalb vor, dass ab Ablauf der Frist bis zum Vorliegen des Bescheides Leistungen der Pflegestufe I bezahlt werden (sofern Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden).

§18 (6) / 18a Rehabilitationsempfehlung

Der DBfK begrüßt ausdrücklich die unmittelbare Einbindung der Erfassung des Rehabilitationspotentials in die Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit. Damit wird dem in §5 SGB XI formulierten Anspruch des Vorrangs von Prävention und Rehabilitation entsprochen und eine zuverlässige Umsetzung gesichert.

Allerdings muss sichergestellt sein, dass die Gutachter entsprechend qualifiziert werden. Derzeit ist dies nach unserer Kenntnis nicht der Fall.

§ 71 (3) Pflegeeinrichtungen

Die Ausweitung des Zeitrahmens auf 8 Jahre für den Nachweis der Berufserfahrung von zwei Jahren im erlernten Ausbildungsberuf wird begrüßt.

Die Regelung ist aber auch darauf abzustellen, dass jede Berufserfahrung im erlernten Beruf anerkannt wird.

Ferner ist bei der Berechnung von zwei Jahren nicht auf eine Vollzeitbeschäftigung abzielen, sondern lediglich auf ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis.

§72 (3) Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

Die Verknüpfung der ortsüblichen Arbeitsvergütung mit der Mindestlohn-Regelung kann fehlinterpretiert werden und dazu führen, dass Fachpersonal zum Mindestlohn arbeiten soll. In der „Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche“ (Pflegearbeitsbedingungenverordnung – PflegeArbbV) heißt es, dass die Verordnung für Mitarbeiter/innen gilt, die „überwiegend pflegerische Tätigkeiten in der Grundpflege nach §14 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 des SGB XI“ erbringen. Dies lässt leider einigen Interpretationsspielraum für Arbeitgeber zu und bedroht das deutlich höhere Gehaltsniveau von Fachpersonal.

Die Formulierung im PNG-Entwurf „(...)soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind.“ verschlimmert die aktuelle Situation, in dem sie alle Mitarbeiter der Pflege unabhängig der vorliegenden Qualifikation einschließt. Der DBfK fordert die Einfügung zum Mindestlohn im Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 zu streichen.

Ergänzend weist der DBfK zum Thema Mindestlohn darauf hin, dass **die unterschiedliche Höhe des Mindestlohns in Ost und West kontraproduktiv und nicht zeitgemäß ist.** Wegen des Lohngefälles wandern vor allem junge Pflegekräfte aus den neuen in die alten Bundesländer und nach Berlin ab, dies verstärkt den ohnehin bestehenden Personalmangel in Ostdeutschland. Zwanzig Jahre nach der Wiedervereinigung sind solche Lohnunterschiede nicht mehr angemessen!

§77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

Es ist vorgesehen, die Kann-Regelung zur Vertragsschließung zwischen Pflegekassen und geeigneter Kraft zu streichen und mit einer Soll-Aufforderung zu ersetzen. Diese angestrebte Änderung erleichtert es den Versicherten seine Versorgung über pflegerische Einzelpersonen zu organisieren.

Des Weiteren wird die Sicherung der Qualität der Versorgung durch die Verknüpfung mit §112 SGB XI gestärkt. Jedoch finden sich unter §112 keine redaktionellen und ergänzenden Ausführungen der Einbindung der Einzelpflegekräfte. Der DBfK unterstreicht seine Position, dass die Tätigkeit als selbständige Einzelpflegerperson in Haushalten von pflegebedürftigen, meist alten Menschen eine hochgradig verantwortungsvolle Aufgabe ist. Dementsprechend muss der Qualitätssicherung aufgrund der fehlenden sozialen Kontrolle in den Haushalten höchste Priorität eingeräumt werden. **Anpassungen in §112 ff SGB XI sind erforderlich. Als sinnvoll wird auch eine Vereinbarung zu Gemeinsamen Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung von häuslicher Pflege durch Einzelpersonen angesehen.**

Des Weiteren fordert der DBfK als Grundlage von Verträgen mit Pflegekräften den Berufsabschluss als Altenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in. Auch zur Erfüllung der Anforderungen nach §112 ff SGB XI ist diese berufliche Qualifikation unabdingbar.

Die Gefahr von Lohndumping ist auch bei den Verträgen mit Einzelpersonen zu vermeiden. Es ist deshalb im Gesetz mit aufzunehmen, dass ortsübliche Leistungsvergütungen bezahlt werden.

§84 Bemessungsgrundsätze und §89 Grundsätze für die Vergütungsregelung (ambulant)

Der DBfK begrüßt ausdrücklich, dass hinsichtlich der Vergütung von Pflegeleistungen künftig explizit die Finanzierung der Personalaufwendungen im Gesetz aufgenommen werden soll, um eine tarifliche Entlohnung der Beschäftigten zu sichern.

§89 Grundsätze für die Vergütungsregelung / §120(3) Pflegevertrag (ambulant)

Die vorgesehenen Änderungen sollen dem Versicherten künftig ermöglichen, sich ein Leistungspaket nach eigenen Bedürfnissen nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach Leistungsinhalt, als Komplexleistung oder in Ausnahmefällen auch als Einzelleistung, zu vereinbaren.

Hier ist vom Gesetzgeber sicher zu stellen, dass die Wahlfreiheit des Versicherten, bzw. die Freiheit sich entsprechend den eigenen Bedarfen einen eigenen Leistungsmix zusammen zu stellen, nicht durch Vorgaben der Pflegekassen (z.B. Wäsche waschen nur 1 mal pro Woche) erneut eingeschränkt wird.

§120(3) Pflegevertrag (ambulant)

Die Wahlmöglichkeiten für den Versicherten sind mit der Pflicht an den Pflegedienst verknüpft, bei Leistungsvereinbarungen, den Pflegebedürftigen vergleichend die verschiedenen Vergütungsvarianten i.d.R. schriftlich aufzuzeigen. Im Pflegevertrag ist die Entscheidung des Versicherten zu dokumentieren.

Inhaltlich betrachtet, ist dieser geforderte Vergleich in der Praxis nicht möglich. Leistungskomplexe enthalten fest umschriebene Leistungen, die bei einem Kunden mehr, beim anderen Kunden weniger Zeit in Anspruch nehmen. Bei den Leistungskomplexen ist daher keine Einsatzzeit hinterlegt. Der alternative Stundensatz soll gerade dem Versicherten, deren Hilfebedarfe sich nicht in den Leistungskomplexen abbilden, ermöglichen, sich einen individuellen Hilfemix zusammen zu stellen. ***Ein direkter Vergleich mit den Leistungskomplexen ist daher schon rein sachlich nicht möglich.*** Daher kann auch keine direkte Vergleichsberechnung angestellt werden. Es sollte dem Versicherten die Freiheit gelassen werden, sich entweder zwischen der frei mit Pflegeleistungen nach eigenem Bedarf zu füllenden Zeiteinheit (z.B. Leistungsmix aus Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung) oder dem Leistungskomplexsystem zu entscheiden.

Der DBfK schlägt statt der Gegenüberstellung von Leistungskomplexen vs. Zeitvergütung vor, dass bei einer Vereinbarung einer individuellen Zeiteinheit, die vereinbarten Leistungsinhalte angegeben werden.

§109 Pflegestatistiken

Der Gesetzgeber sieht vor, die Pflegestatistik tiefer zu untergliedern. Ergänzend sollen künftig Geburtsjahr sowie Ausbildungsart (Beruf, Erstausbildung oder Umschulung) und Ausbildungsjahr erfasst werden.

Seit Jahren wird von den Berufsverbänden der Pflege auf die unzureichende Datenbasis bzgl. der Beschäftigten in der Pflege hingewiesen. Auch die kürzlich vom Deutschen Pflegerat vorgestellte Studie „Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen – Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009“ von Prof. Dr. Michael Simon, FH Hannover (Download unter www.deutscherpflegerat.de) verweist auf die mangelnden zuverlässigen und ausreichend differenzierten Daten amtlicher Statistiken zur Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen.

Ergänzend aufgenommen werden sollte eine differenziertere Erhebung der Teilzeit-Beschäftigung. Der DBfK schlägt vor zu erfassen, ob eine Beschäftigungsanteil bis 25%, bis 50%, bis 75% oder über 75% vorliegt.

Die Korrekturen zur Pflegestatistik dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Deutschland angesichts des Fachkräftemangels in allen Gesundheitsberufen eine sektorenübergreifende Statistik aller Gesundheitsberufe benötigt. ***Hier sollte der Bund im Benehmen mit den Ländern eine bundesweit einheitliche Gesundheitsberufeberichterstattung (beispielsweise in Anlehnung an gelungene Beispiele aus Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) auf den Weg bringen.***

§114 Qualitätsprüfungen

In §114 Absatz 1 werden vollstationäre Pflegeeinrichtungen künftig verpflichtet, den Pflegekassen nach einer Regelprüfung mitzuteilen, wie in ihrer Einrichtung die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung geregelt ist. Die Meldepflicht und die Veröffentlichung der einrichtungsspezifischen Regelungen gem. den Vorstellungen unter §115 (1a) SGB XI (Entwurf) wird mit dem Ziel verbunden, die ärztliche Versorgung in stationären Einrichtungen, insbesondere über Kooperationsverträge zu verbessern.

Es ist richtig, dass vor allem die fachärztliche (wie Urologie, Gynäkologie, Orthopädie, Kardiologie und Neurologie) und zahnärztliche Versorgung der Bewohner in Heimen bemängelt wird und eine Verbesserung der Versorgung gesichert werden muss. Der Sicherstellungsauftrag für die hausärztliche, zahnärztliche und fachärztliche Versorgung liegt jedoch nicht bei den Pflegeeinrichtungen, sondern bei den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Kooperationsverträge können im Einzelfall vor Ort ebenso sinnvoll sein, wie die Anstellung eines Heimarztes, um eine effiziente Versorgung für die

Bewohner und kostengünstige Versorgung für das Sozialsystem zu gewährleisten. Eine Verpflichtung zum Abschluss derartiger Kooperationen lehnen wir ab. Das Arztwahlrecht hat stets auch für Heimbewohner gesichert zu sein.

Der DBfK ist der Ansicht, dass die Sicherstellung der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung über die Verträge der Kassenärztlichen / Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Ärzten erfolgen muss. Probleme bei der Arzneimittelversorgung sind uns nicht bekannt.

Zudem mutet es eigenartig an, dass nach einer erfolgten Regelprüfung in der Pflegeeinrichtung eine Meldung durch das Pflegeheim bzgl. der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung erfolgen soll. Hier ist ein bürokratischer Akt eingezogen, der für die Pflegeeinrichtungen unzumutbar ist. Dies lehnen wir ab. Vielmehr sollte hier dem Heim die Möglichkeit eröffnet werden, bei der Kassenärztlichen Vereinigung einen Mangel anzuzeigen, den diese dann unverzüglich abzustellen hat. Heimbewohner dürfen keine Versicherten zweiter Klasse sein.

Zudem dürfen aber auch nicht die Ärzte, die sich bisher um die Versorgung der Heimbewohner verdient gemacht haben, mit Regressen belegt werden, weil die Versorgung der Heimbewohner eine überproportionale Verordnung von Arznei- und Heilmitteln erforderlich macht.

Falls die Meldung trotz aller Bedenken beibehalten werden soll, ist diese dem Medizinischen Dienst der Kassen zuzuordnen.

§115 (1a) Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

§115 (1a) sieht ergänzend vor, dass die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht wird.

Wie bereits unter §114(1) dargestellt, sieht der DBfK neben Kooperationsverträgen mit Ärzten und Apotheken, gerade das freie Arztwahlrecht als besonderes Herausstellungsmerkmal für die Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung an. Jedoch ist dieses Recht nichts wert, wenn der Bewohner keinen Haus-/Heimbesuch von seinem Arzt erfährt. ***Die Gründe für eine mangelhafte ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung liegen nicht bei den Pflegeeinrichtungen, wie bereits unter §114 (1) ausgeführt.*** Eine Veröffentlichung durch die Pflegeeinrichtungen geht nur zu Lasten des Schwächsten in dieser Gemengelage.

Des Weiteren ist fraglich, wie ein fairer Vergleich zwischen den Einrichtungen erreicht werden soll? Es ist hinlänglich bekannt, dass die ärztlichen Versorgungsnetze im ländlichen Räumen ausdünnen, insbesondere in den neuen Bundesländern. Dagegen ist in dicht besiedelten Gebieten und in Städten eine gute ärztliche Versorgung gegeben. **Wie sollen diese unterschiedlichen regionalen Strukturmerkmale vergleichend in die PTVS Eingang finden? Zudem erfordert eine vergleichende Darstellung eine inhaltliche Bewertung der Kooperationsvereinbarungen.** Dies benötigt als Grundlage objektive Kriterien und Bewertungen. Es ist absehbar, dass das Vorhaben der vergleichenden Darstellung der ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung zu Wettbewerbsverzerrungen führt und eine weitere Klagewelle zur Folge haben wird.

Vor diesem Hintergrund lehnt der DBfK die vorgesehenen Ergänzungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung über die Strukturen der PTVS ab.

§114 (3) Qualitätsprüfungen + §117 Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht

Das Ansinnen der Neufassung des Absatzes 3 Doppelprüfungen durch MDK und Heimaufsicht zu vermeiden, wird befürwortet. Jedoch bestehen erhebliche Bedenken wie eine Gleichwertigkeit der landesrechtlichen Prüfungen der Heimaufsicht von 16 Bundesländern mit den bundesrechtlichen Qualitätsprüfungen gem. §114 SGB XI hergestellt werden kann, zumal die Transparenz hinsichtlich Ergebnis- und Lebensqualität gem. §115 SGB XI für den Verbraucher über die Prüfungen zu erfolgen hat. Die unter §117 vorgesehene Möglichkeit von Modellvorhaben scheint eine interessante Perspektive darzustellen, neue Wege zu bestreiten. Angesichts der bestehenden Gesetzeslage ist aber schon vorab zu konstatieren, dass nach Ablauf der Modelle eine Fortführung in den Regelbetrieb aufgrund der unterschiedlichen landesrechtlichen Wohn- und Betreuungsgesetze nicht erfolgen kann.

Der DBfK fordert deshalb im Benehmen mit den Ländern die Prüfbereiche von Heimaufsicht und Medizinischem Dienst voneinander deutlich abzugrenzen.

§114 (5) Qualitätsprüfungen

In den vergangenen Monaten waren immer wieder die hohen Kosten, die im Zuge mit einer Wiederholungsprüfung in Rechnung gestellt wurden in der Kritik. **Die in §114 Absatz 5 eingefügte Klarstellung, dass nur zusätzliche, tatsächlich bei der Wiederholungsprüfung angefallene Aufwendungen, nicht aber Verwaltungs- oder Vorhaltekosten, angesetzt werden dürfen, wird begrüßt.**

§114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Entsprechend dem §114a (1) sind die Prüfungen von Pflegeeinrichtungen gem. §114 grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Daran wird auch künftig festgehalten. Der Gesetzesentwurf sieht vor, ergänzend kurzfristige Ankündigungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen zuzulassen, wenn organisatorische Gründe es erfordern. Kurzfristig meint die Ankündigung am Tag vor der Prüfung.

Die Absicht einer regelhaften Ankündigung, vermutlich insbesondere für kleinere ambulante Betriebe, zeigt, dass der Prüfablauf durch die Abwesenheit der Pflegedienstleitung auch von den Prüfern des MDK als hinderlich angesehen wird. Jedoch hilft die eingeschränkte Ankündigungsfrist von einem Tag nicht, dieses Problem für alle Beteiligten zufrieden stellend zu lösen.

Mit unangekündigten Prüfungen reagierte der Gesetzgeber auf die aufgeheizte Stimmung in der Öffentlichkeit über angebliche und tatsächliche Pflegefehler und Pflegemängel. Pflegeeinrichtungen stehen in Deutschland unter dem Generalverdacht schlechter Versorgung und Vertuschungsaktionen vor Prüfungen. Mit unangekündigten Prüfungen besteht die Meinung, zumindest dem Letzteren wirksam zu begegnen. Die gesetzliche Regelung wird von den Pflegekräften und Pflegefachpersonen als Ausdruck tiefen Misstrauens der Gesellschaft ihnen gegenüber wahr genommen.

Von der Öffentlichkeit unbeachtet bleibt, dass unangemeldete Prüfungen personelle Ressourcen binden, die den geplanten organisatorischen Abläufen der Einrichtung entzogen werden. Dies bedingt, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht zur gewohnten Zeit, nicht im vollen Umfang oder gänzlich gestrichen werden muss. Mitarbeiter werden zu Überstunden verpflichtet, zum Teil aus ihrem Dienstfrei geholt und gesetzlich vorgeschriebene Ruhepausen gekürzt oder gestrichen. Diese Störungen erfolgen unabhängig von der Größe der Einrichtung und auch unabhängig von der Art der Einrichtung. Die häufige Abwesenheit der Pflegedienstleitung, sei es durch Einbindung in die Pflege oder durch externe Termine, Vereinbarungen mit Kunden oder Kooperationspartnern oder andere Gründe, sind auch unabhängig von Größe und Art der Einrichtung vorzufinden.

Prüfungen sind erforderlich, jedoch ist ein Mittelweg zwischen der Notwendigkeit der Gewinnung eines realistischen Eindrucks und dem Ausmaß der mit der Prüfung verbundenen Störung der Versorgung zu finden. Da sich bestehende Pflegemängel nicht innerhalb weniger Tage beseitigen lassen, wird als Kompromiss eine mehrtägige Ankündigung der Regelprüfung angesehen.

Der DBfK fordert für ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen eine dreitägige (Werktage) vorausgehende Ankündigung der Regelprüfung, unabhängig von der Betriebsgröße.

Zusätzlich sollte ermöglicht werden, dass eine Einrichtung im begründeten Ausnahmefall (wie z.B. längerer Urlaub der Betriebsinhaberin, Todesfall in der Familie u.ä.) einmalig einen Prüftermin ablehnen kann.

Nicht akzeptabel ist, dass, wie teilweise derzeit üblich, als Ankündigung am Vortag eine Faxsendung abends um 18 Uhr betrachtet wird, mit der über die am nächsten Tag um 9 Uhr stattfindende Prüfung informiert wird.

§118 Beteiligung von Interessensvertretungen

Der DBfK begrüßt die Aufnahme der Beteiligung von Interessensgruppen ins Pflegeversicherungsgesetz mit dem vorgesehenen Anwesenheits- und Mitberatungsrecht. Die Beteiligung der Betroffenen und ihren Organisationen bei Fragen der Begutachtung sowie im Qualitätsbereich wird ausdrücklich unterstützt.

Auch die Berufsorganisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene bemängeln seit Langem die begrenzte Möglichkeit der Beteiligung in Fragen der Begutachtung und der Qualitätssicherung. Diese wird als unzureichend angesehen.

Im Sinne einer nachhaltigen, qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung fordert der DBfK, angelehnt an die Regelungen im SGB V (vgl. §137 SGB V), dem Deutschen Pflegerat gleichwohl ein Anwesenheits- und Mitberatungsrecht einzuräumen.

§ 124 Übergangsregelung: häusliche Betreuung und §125 Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste

Als Übergangsregelung bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erfolgt eine Erweiterung des Leistungsrahmens um den Anspruch auf „Häusliche Betreuung“. Die Leistungserbringung kann modellhaft auch über Betreuungsdienste erfolgen.

Der DBfK hat große Bedenken in der Etablierung von Betreuungsdiensten, abgekoppelt von der pflegfachlichen Kompetenz. Da insbesondere Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Anleitung und Unterstützung bei Pflegehandlungen benötigen, sind Pflegekenntnisse zur fachgerechten Durchführung erforderlich. Des Weiteren ist es elementar, Gesundheitsrisiken zu erkennen und zu vermeiden. Der hohe Anspruch häuslicher Betreuung zeigt sich insbesondere im Umgang mit den depressiven, ängstlichen,

verhaltensauffälligen und aggressiven Veränderungen dieser Menschen und anderen herausfordernden Verhaltensweisen. Die Notwendigkeit der Einbindung von Pflegehelfern und auch die kooperierende Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen werden für die Bewältigung der mit dem demografischen Wandel verbundenen Aufgaben als erforderlich und hoch bedeutsam angesehen. Dennoch ist im Sinne der Versicherten an der Schnittstelle zur Pflegekompetenz festzuhalten. **Der DBfK hält vor diesem Hintergrund die Etablierung von Betreuungsdiensten für überflüssig.** Damit werden in der Häuslichkeit der Betroffenen nur weitere Schnittstellen bei zusätzlichem Bedarf von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege oder der Körperpflege, Ernährung und Mobilität geschaffen. **Die Leistungserbringung ist über ambulante Pflegeeinrichtungen mit Fachpersonal in der Leitung als auch anteilig im Mitarbeiterstamm sicherzustellen.**

Mit der Aufnahme der modellhaften Erprobung von Betreuungsdiensten sieht der DBfK seiner vorgetragenen Sorge hinsichtlich der fachgerechten Versorgung Rechnung getragen. **Im Rahmen der Evaluation ist zu überprüfen, ob neben der häuslichen Betreuung Versorgungsbedarfe in anderen pflegerelevanten Bereichen (SGB V und SGB XI), vorlagen, erkannt wurden und entsprechende Maßnahmen eingeleitet wurden.**

In §125 SGB XI ist des Weiteren die Einbindung der häuslichen Betreuungsdienste in §112 ff (Qualitätssicherung) vorzunehmen!

SGB V

§92 (7) Richtlinien der Bundesausschüsse

MRSA

Infektionen durch Multi-Resistente Erreger (MRE) nehmen seit Jahren in Krankenhäusern und stationären Einrichtungen enorm zu. Eine Entlassung in nachfolgende Versorgungseinrichtungen erfolgt häufig ohne weitere Informationen.

Die Aufnahme der näheren Bestimmungen zur Dekolonisation von Trägern mit MRSA erfolgt in Ergänzung zu den Änderungen des Infektionsschutzgesetzes. Die dort getroffenen Regelungen werden vom DBfK als unzureichend empfunden.

Hinsichtlich der Zunahme von Multi-Resistenten Erregern bedarf es einer konzertierten Aktion aller Akteure im Gesundheitswesen.

Dabei ist dafür Sorge zu tragen, dass die Mittel zur Sanierung des Versicherten und die Mittel zum Schutz des Personals als Leistungen der GKV den Versicherten zur Verfügung zu stellen.

Weiteres:

Änderungsantrag 2 zu Artikel 1 Nummer 41 (§113) - Ergebnisqualität im stationären Bereich

Mit den Ergebnissen des vom BMG und BMFSFJ geförderten Projektes zur „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ von Dr. Wingenfeld (Universität Bielefeld) und Dr. Engels (ISG Köln) liegen erstmalig in Deutschland wissenschaftlich fundierte Indikatoren zur Ergebnis- und Lebensqualität für die stationäre Pflege vor. ***Der DBfK befürwortet ausdrücklich den Antrag der CDU / CSU und der FDP Fraktionen den Aspekt des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich im §113 SGB XI aufzunehmen.*** Aus Sicht des DBfK wird hiermit eine neue Ära in der Qualitätsberichterstattung beschritten.

Ergänzend ist für die ambulante Altenhilfe ein entsprechendes Projekt zur „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität zu initiieren.

Änderungsantrag 3 zu Artikel 1 Nummer 43 (§114a) – Berücksichtigung von Befragungen bei Qualitätsprüfungen

Auch dieser Antrag der CDU / CSU und der FDP Fraktionen wird unterstützt. Die Qualität der Leistungen der Pflegeeinrichtungen wird sehr aufmerksam von der Bevölkerung wahrgenommen. Umso wichtiger ist es, auf einer breiten Informationsbasis die Bewertung von Qualitätskriterien vorzunehmen und nicht ausschließlich die Beurteilung auf das dokumentierte Wort zu begrenzen.

Änderungsantrag 4 zu Artikel 3 (SGB V) – Änderungen in §132a Absatz 1

Der Antrag der Fraktionen der CDU/ CSU und der FDP sieht unter 9. für den §132a (1) vor, die Vereinbarung einer Rahmenempfehlung zur Häuslichen Krankenpflege verbindlich zum 1.Juli 2013 einzufordern. Dies erfolgt vor dem Hintergrund der bestehenden erheblichen Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern.

Der DBfK vertritt die Auffassung, dass diese Änderung nicht zu einer Lösung der bestehenden Probleme beitragen würde. Eine grundsätzliche Lösung wäre es, die Genehmigungspflicht von Häuslicher Krankenpflege ganz entfallen zu lassen. Eine Verordnung von Physiotherapie wird auch nicht vor Beginn der Behandlung von der Krankenkasse überprüft. Soll das Verfahren beibehalten werden, wäre eine Harmonisierung mit den Regelungen SGB XI sinnvoll. Pflegedienste, die Leistungen der häuslichen

Krankenpflege nach dem SGB V erbringen, haben in der Regel auch einen Versorgungsvertrag nach SGB XI. Insbesondere die Nr. 2 „Eignung der Leistungserbringer“ ist in § 71 SGB XI hinreichend geregelt. Es wäre sinnvoll, dass hinsichtlich der Eignung § 71 SGB XI entsprechend gilt.

Ergänzend:

Aufführung der Verbände im Gesetz

Derzeit werden im Pflegeversicherungsgesetz unterschiedliche Termini bei der Nennung der einbezogenen Verbände verwandt. Teilweise wird von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, den Bundesverbänden privater Alten- und Pflegeheime sowie den Verbänden der privaten ambulanten Dienste gesprochen, teilweise von den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.

Der DBfK regt an, auch im Paragrafen 114a SGB XI von ‚Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene‘ zu sprechen.