

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0097(5neu)
gel. VB zur Anhörung am 26.1.
11_Patientenrechtegesetz
18.01.2011



**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum Antrag

„Für ein modernes Patientenrechtegesetz“

der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, Elke Ferner, Dr. Edgar Franke, Iris Gleicke, Angelika Graf (Rosenheim), Ute Kumpf, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Claudio Lemme, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Ewald Schurer, Kerstin Tack, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD

(Bundestags-Drucksache 17/907)

Berlin, 18. Januar 2011



Vorbemerkung

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) bildet mit mehr als 6.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Mit rund 3.100 Pflegediensten, die ca. 150.000 Patienten betreuen, und 3.400 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 222.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede vierte Pflegeeinrichtung bundesweit.

Der bpa unterstützt das grundsätzliche Anliegen des vorliegenden Antrags zur Stärkung der Patientenrechte. Dabei ist der besonderen Situation von Patienten und Pflegebedürftigen, die sich nicht eigenständig versorgen können, sondern der professionellen Hilfe bedürfen, Rechnung zu tragen. Zu Recht weist der Antrag darauf hin, dass der Patientenschutz in Deutschland im internationalen Vergleich bereits gut ist. Das gilt auch für den Bereich der Pflege, in dem die Rechte der Patienten und Pflegebedürftigen bereits sehr umfassend manifestiert sind (wie nachfolgend anhand der einzelnen Vorschriften aufgezeigt wird). Hier darf es durch ein neues Patientenrechtgesetz und die beabsichtigte „Zusammenführung“ des geltenden Rechts **nicht zu einer Verdoppelung von Vorschriften und neuer Bürokratie** kommen. Gerade in der Pflege ist allgemein anerkannt, dass bereits heute die Pflegekräfte zu viel Zeit für die Dokumentation aufwenden müssen. Die Zeiten, die Pflegekräfte für die Dokumentation verwenden müssen, stehen nicht für die Pflegebedürftigen und Patienten zur Verfügung. Deswegen setzt sich der bpa dafür ein, dass **so viel Zeit als möglich für die direkte Pflege und Versorgung („am Bett“) zur Verfügung steht, aber nur so viel Zeit als notwendig für z.B. die Dokumentation („am Schreibtisch“)** aufgewendet werden muss.

Der bpa plädiert in diesem Zusammenhang nachdrücklich dafür, die **Ergebnisqualität** als Indikator für die bestmögliche Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen. Die Rechte des Patienten werden dann am besten wahrgenommen, wenn er eine optimale Pflege erhält.

Zu den einzelnen Vorschriften:

Umfassende Aufklärung (Ziffer II., A, 1., erster Spiegelstrich, S. 4)

Nach Ansicht des bpa ist für den Bereich der Pflege eine umfassende Aufklärung des Patienten bzw. Pflegebedürftigen bereits jetzt sehr weitreichend geregelt und bedarf keinesfalls einer Erweiterung. In der häuslichen Pflege verpflichtet § 120 SGB XI die Pflegedienste zum Abschluss eines **Pflegevertrags**. Die Pflegekasse hat das Recht diesen anzufordern und dem Pflegebedürftigen werden weitreichende Kündigungsmöglichkeiten eingeräumt. In der stationären Pflege gibt es durch das „Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum



mit Pflege- oder Betreuungsleistungen“ (WBG) ebenfalls sehr detaillierte **vorvertragliche Informationspflichten** (§ 3 WBG) und **Sonderkündigungsrechte** für den Bewohner (§ 6 WBG).

Recht auf fachgerechte Behandlung nach anerkannten Qualitätsstandards (Ziffer II., A, 1., zweiter Spiegelstrich, S. 4)

Auch diese Forderung ist **für den Bereich der Pflege bereits erfüllt**. Grundsätzlich ist die Pflegeeinrichtung für die Qualität der Leistung und die Sicherung der Pflegequalität verantwortlich (§ 112 SGB XI). Dazu zählt auch die Umsetzung der „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ nach § 113 SGB XI. In diesen wird festgelegt, dass die Pflege fachlich kompetent nach dem allgemeinen anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht werden muss. (Die Maßstäbe und Grundsätze sind durch Entscheidung der Schiedsstelle festgesetzt, aber noch nicht veröffentlicht worden. Damit ist in Kürze zu rechnen.) Nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger sind sie für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Die Einhaltung wird durch die Qualitätsprüfungen sichergestellt.

Recht des Patienten auf vollständige Dokumentation (Ziffer II., A, 1., vierter Spiegelstrich, S. 4)

Hinsichtlich der Herausgabe der Dokumentation an den Patienten begrüßt der bpa klarstellende Regelungen. Allerdings besteht in der Pflege weniger das Problem zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen als vielmehr zwischen Pflegekasse und Pflegeeinrichtung. In vielen Fällen **fordert die Pflegekasse ohne Rechtsgrundlage und Kostenersatz die Pflegeeinrichtung zur Herausgabe der Dokumentation auf**. Hier bedarf es aus Sicht des bpa einer Verschärfung und ggf. auch einer Sanktionierung der Pflegekassen, wenn diese den Sozialdatenschutz verletzen und Unterlagen anfordern, die dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorbehalten sind. Ansonsten sei auf die gängige Praxis in den Pflegeeinrichtungen verwiesen:

In der ambulanten Pflege verbleibt die Dokumentation in der Regel beim Pflegebedürftigen bzw. Patienten in der Häuslichkeit, außer wenn z. B. Menschen mit dementiellen Erkrankungen diese verlegen. Der Pflegebedürftige selbst und – mit seiner Zustimmung – seine Angehörigen haben so jederzeit Zugriff auf die Pflegedokumentation. In der stationären Pflege wird die Pflegedokumentation in der Regel im Zimmer oder im Wohnbereich oder der Station aufbewahrt und ist so ebenfalls jederzeit griffbereit.

Hinterfragt werden muss aus Sicht des bpa, was mit dem Begriff „vollständige Dokumentation“ gemeint ist. Es ist nicht im Sinne des Patienten, wenn jede einzelne Maßnahme einzeln mit Handzeichen abgezeichnet werden muss, was in der Praxis teilweise von den Medizinischen Diensten gefordert wird. Hier wird auf die Vorbemerkung verwiesen: Es darf nicht zu

einer überbordenden Bürokratie kommen, bei der sich die Zeit für die direkte Pflege immer weiter reduziert. Der in Bezug auf die Dokumentation und ihre Prüfung in vielen Einrichtungen verbreitete Satz „Wer schreibt, der bleibt“ verdeutlicht, was bereits jetzt schon für ein Druck auf die Einrichtungen bei der Dokumentation besteht. Der Schwerpunkt muss auf die Ergebnisqualität und die direkte Pflege gelegt werden. Es muss darüber Einvernehmen bestehen, dass **an die Pflegedokumentation nicht der Anspruch der umfassenden Abbildung der aktuellen Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen gestellt werden darf, sondern dass sie ein Mittel zur Organisation einer fachgerechten Pflege und Betreuung darstellt.**

Programm zur Förderung von Fehlermeldesystemen und Ausschluss von arbeitsrechtlichen Sanktionen für die Meldung von Fehlern (Ziffer II., A, 2., erster und zweiter Spiegelstrich, S. 4)

Wesentliches Ziel der Qualitätssicherung in der Pflege ist neben der optimalen Versorgung die Vermeidung von Fehlern. Hier schlägt der Antrag vor, arbeitsrechtliche Sanktionen auszuschließen, wenn man eigene und fremde Fehler meldet. Im Kern geht es dabei um ein Beschwerdemanagement, über das die Pflegeeinrichtungen bereits jetzt verfügen müssen, wenn sie eine gute Note im Rahmen der Prüfungen nach den Pflege-Transparenzvereinbarungen erhalten wollen. Hinweise auf Fehler oder Verbesserungsvorschläge werden insofern konstruktiv aufgegriffen. Zudem ist es gerade nicht im Sinne der Patientensicherheit, wenn es keine arbeitsrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten gegenüber fehlerverursachenden Mitarbeitern gibt, wenn diese den Fehler melden. Wir gehen davon aus, dass mit der vorgeschlagenen Regelung kein rechts- und sanktionsfreier Raum geschaffen werden soll. Wirkungsvoll geschützt werden müssen die Mitarbeiter jedoch vor Fehlern, deren Ursache auf einer **durch niedrige Personalschlüssel bedingte Überforderung** beruht. Deswegen sollten vor einer möglichen Einführung einer solchen Vorschrift die Auswirkungen genauestens geprüft werden und die bereits vorliegenden Erkenntnisse aus dem Projekt „Aus kritischen Ereignissen lernen“ (www.kritische-ereignisse.de) des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) evaluiert und ihre Übertragbarkeit geprüft werden.

Einsetzung von Patientenfürsprechern (Ziffer II., A., 3., letzter Absatz, Seite 5)

Auch diese Forderung ist für den Bereich der Pflege bereits umgesetzt. Die Landesheimgesetze bzw. die nachfolgenden Landesheimmitwirkungsverordnungen sehen entsprechende Beiräte für die Pflegeheime vor.

Kollektive Beteiligungsrechte der Patienten (Ziffer II., A., 5., erster Spiegelstrich, Seite 5)

Der bpa unterstützt das Vorhaben des Antrags, den Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Stimmrecht zu gewähren. Zudem fordert der bpa, dass für die Richtlinien, die die Pflege betreffen, den **Leistungserbringer** statt des bestehenden Anhörungs-

rechts endlich die **gleichberechtigte Beteiligung ermöglicht** wird. Es kann nicht sein, dass Krankenkassen und Ärzte beispielsweise über die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege entscheiden und die betroffenen Patienten und Pflegeeinrichtungen nur ihre Position darlegen, aber nicht abstimmen dürfen.

Ausbau der Kooperation der Leistungsträger (Ziffer II., A., 6., zweiter Spiegelstrich, Seite 6)

Der bpa begrüßt diese Forderung nachdrücklich. Auch wenn es in der Vergangenheit bereits Ansätze gab, die Kooperation unter Einbeziehung der Pflege zu verbessern, gibt es hier nach wie vor dringenden Handlungsbedarf. So hat der Gesetzgeber zwar die Integrationsversorgung auch für Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen geöffnet (§ 92 b SGB XI), in der Praxis sind aber bisher kaum entsprechende Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 b SGB V geschlossen worden. Hier bedarf es einer **Überprüfung der Regelung und ggf. stärkerer Anreize zum Abschluss entsprechender Verträge**. Auch beim übergreifenden Fallmanagement gibt es noch dringenden Erweiterungsbedarf. Hier setzt sich der bpa für einen Ausbau der Pflegeberatung auf der Grundlage von § 45 SGB XI ein. Denn es bedarf nicht immer neuer Beratungsinstitutionen (wie „anerkannten Beratungsstellen“ oder der Pflegestützpunkte), sondern einer Anerkennung der Beratungsleistung durch die Pflegefachkräfte vor Ort „am Bett“ bzw. in der Wohnung der Pflegebedürftigen. Pflegeberatung ist bisher nicht Gegenstand der Sachleistung als eigenständige Leistung der Pflegeeinrichtungen, obwohl diese gerade in der ambulanten Pflege die Lebenssituation, das soziale Umfeld und die Bedarfe sowohl der Pflegebedürftigen als auch der Angehörigen kennen und ihre Intervention regelmäßig gefragt ist. Ziel muss eine flexible und zugehende Pflegeberatung als Sachleistung der Pflegeeinrichtung auch im Sinne der Vorbeugung und Rehabilitation sein. Der Ausbau der Beratung und Begleitung ist bei den zugelassenen Pflegeeinrichtungen anzusiedeln, weil diese an den erforderlichen Leistungen und den Beratungsbedarfen nah dran und in die lokalen Versorgungsnetzwerke eingebunden sind. Außerdem ist dort eine ausgewiesene pflegerische Kompetenz vorhanden und die Nähe zur Lebenssituation der Pflegebedürftigen ist gewährleistet. § 45 SGB XI sollte so ausgestaltet werden, dass sowohl die e Pflegebedürftigen als auch die pflegenden Angehörigen auf die drei Leistungen (Kurse, Überleitungspflege, individuelle häusliche Beratung und Schulungen) einen Rechtsanspruch haben und alle Beratungsleistungen in diesem Paragraphen gebündelt werden. Die Leistung sollte als Einzelleistungsanspruch im Rahmen eines zusätzlichen Leistungskomplexes oder aber auch in Form eines Beratungsgutscheins ausgestaltet werden.

Beschleunigung von Bewilligungsverfahren (Ziffer II., A., 6., sechster Spiegelstrich, Seite 6)

Der bpa unterstützt diese Forderung nachdrücklich. Obwohl mit der letzten Pflegereform in § 18 Abs. 3 SGB XI festgelegt wurde, dass dem Antragsteller fünf Wochen nach Eingang des Antrags auf eine Pflegestufe der Bescheid der Pflegekasse vorliegen soll, hat sich in der Praxis gezeigt, dass die Einhaltung dieser Frist regelmäßig nicht gelingt. Der Gesetzgeber



sollte deswegen die Soll-Vorschrift in eine Muss-Vorschrift umwandeln. Zudem wäre zu überlegen, ob bei **Überschreitung der Frist eine Pflegefachkraft einer zugelassenen Pflegeeinrichtung eine Pflegestufe vorläufig festlegen** kann, bis der endgültige Bescheid der Pflegekasse vorliegt.

Der bpa setzt sich außerdem dafür ein, dass der **Genehmigungsvorbehalt für häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe gestrichen** wird. Obwohl Vertragsärzte auf der Grundlage ihres medizinischen Urteils Verordnungen über häusliche Krankenpflege ausstellen, werden diese Verordnungen regelmäßig von Verwaltungsmitarbeitern der Krankenkassen ganz abgelehnt oder gekürzt. Eine bürokratische Odyssee für die Versicherten und die Einrichtungen, z. B. Einsendung von umfänglichen zusätzlichen Unterlagen vor der Genehmigung oder erneute kurzfristige Untersuchung durch den behandelnden Arzt usw., ist die Folge. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, „vor allem zur Vermeidung finanzieller Problemlagen“, wie der Antrag zu Recht feststellt.