



Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur
Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflegeneuausrichtungsgesetz - PNG)

Berlin, 10.02.2012

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

Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) erkennt die in den Details des Entwurfs des Pflegeneuausrichtungsgesetzes positiven Ansätze. Der DBfK sieht in dem vorgelegten Referentenentwurf den Versuch des BMG, Verbesserungen für Pflegebedürftige und deren Angehörigen in ihrer oftmals sehr belastenden häuslichen Situation zu schaffen. Wir begrüßen die verstärkte Flexibilität der Pflegeversicherungsleistungen, die Stärkung der Leistungen und Berücksichtigung der Belange pflegender Angehöriger sowie die Erweiterung des Leistungsrahmens für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der häuslichen Pflege um den Aspekt der Betreuung. Weiterhin befürworten wir die Einbeziehung zusätzlicher Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen sowie die Anschubfinanzierung zu deren Gründung und Weiterentwicklung.

Angesichts der demographischen Herausforderungen ist es allerdings tief enttäuschend, dass das Bundesministerium für Gesundheit sich nicht auf eine grundsätzliche, nachhaltige Reform der Pflegeversicherung festlegen wollte.

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. Trotz dieser Korrekturen wird die Personengruppe immer noch nicht gegenüber somatisch erkrankten Pflegebedürftigen gleichgestellt. Die systematische Benachteiligung in der sozialen Pflegeversicherung bleibt bestehen.

Generell kritisieren wir, dass der Bereich der stationären Altenhilfe annähernd gänzlich ausgeblendet wird. Unser Versorgungssystem ist in allen Bereichen reformbedürftig. Trotz beispielsweise der Einführung der Betreuungskräfte nach §87b im Pflegeweiterentwicklungsgesetz ist die Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch im stationären Bereich noch stark verbesserungsbedürftig. Ungeachtet des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und der Förderung von ambulanten Wohngemeinschaften werden stationäre Pflegeheime dauerhaft notwendig sein. Dieser unentbehrliche Versorgungsbereich darf nicht ignoriert werden.

Der DBfK bemängelt, 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. Die Erweiterung des ambulanten Sachleistungsangebots um Betreuungsleistungen reicht bei weitem nicht aus.

Der DBfK fordert das Bundesministerium auf, noch in dieser Legislaturperiode den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs¹ zur gleichberechtigten Berücksichtigung körperlicher, kognitiver, psychischer und sozialer Aspekte des Lebens in der Definition von Pflegebedürftigkeit einzuführen. Daneben ist zur umfassenden Erfassung des Hilfebedarfs bezüglich körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte des Lebens bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit das Neue Begutachtungsassessments (NBA) anzuwenden. Differenzierte Leistungsstrukturen, die den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff widerspiegeln, sind zu etablieren.

Mit der Erweiterung des Leistungsrahmens um den Aspekt der häuslichen Betreuung begegnet der Gesetzgeber dem Versorgungsbedarf von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Allerdings wird bei dem Entwurf die Betreuung nicht mehr als Teilaspekt von Pflege verstanden, sondern davon separiert. Zukünftig sollen ungelernte Kräfte dieses Aufgabengebiet übernehmen, die weder eine fachliche Berufsausbildung noch pflegerische Grundkenntnisse vorweisen müssen.

¹ Vorschlag aus dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Betreuung ist aber ein Teil professionell pflegerischen Handelns. Dementiell Erkrankte leiden oft zusätzlich an anderen chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise Mobilitätseinschränkungen und Essstörungen. Diese Aspekte sind in der Betreuung besonders zu berücksichtigen und erfordern pflegerische Fachkompetenz. Ein nicht fachgemäßes Handeln kann zu erheblichen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Gesundheit sowie im Extremfall zu lebensgefährlichen Situationen führen. Aus den Rahmenempfehlungen für herausforderndes Verhalten bei Demenz² geht hervor, dass die Versorgung erheblicher Fachexpertise bedarf, um den Betreuungs- und Versorgungsaufgaben gerecht zu werden. Zudem beweist eine Studie von Grässel, Elmar et al³, dass Formen von Aggressionen und herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz seltener auftreten, wenn sie von Fachpflegepersonal betreut werden.

Der Einsatz von ungelerntem Betreuungspersonal bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz führt zu einer Deprofessionalisierung in der Leistungserbringung der Pflegeversicherung und einer Loslösung von Qualitätsanforderungen sowie -sicherungsmaßnahmen für diesen Versorgungsbereich. Der DBfK lehnt diese Entwicklung ab. Es fehlt ein schlüssiges Konzept, wie angesichts der heterogenen Bedürfnislagen Versorgungsstrukturen weiterentwickelt und abgesichert werden sollen. Immer mehr gering qualifizierte Mitarbeiter können die bröckelnde Basis von Pflegefachpersonen weder ersetzen noch sinnvoll unterstützen.

Der DBfK fordert, weiterhin die Betreuung als Teilaspekt pflegerischer Kompetenz zu definieren. Die Deprofessionalisierung und damit einhergehende Qualitätsminderung in der Leistungserbringung der Pflegeversicherung ist zu unterbinden, indem nur qualifizierte Pflegekräfte zur Betreuung eingesetzt werden dürfen und keine Abkoppelung von Qualitätssicherungsmaßnahmen stattfindet.

Wir vermissen, dass in Anbetracht der vergangenen intensiven Diskussionen zu den Pflegetransparenzvereinbarungen, hinsichtlich der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung gem. §§113ff SGB XI im vorliegenden Referentenentwurf kein ergänzender Hinweis zur Umgestaltung der Qualitätsberichterstattung eingearbeitet wurde. Mit den Ergebnissen des 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 fordert, die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung auf Basis von wissenschaftlich fundierten Qualitätsindikatoren aufzunehmen. Zudem ist die Möglichkeit zur Durchführung von Modellen auf Landesebene zur Erprobung der Umsetzung der vorliegenden Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe gesetzlich zu verankern.

Analog dazu ist ein Projekt zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren für den ambulanten Bereich einzuleiten.

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.

²https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf

³ Grässel Elmar, Wiltfang Jens, Kornhuber Johannes (2003). Non-drug therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 15(3): 115-125.

Zu den geplanten Änderungen im Einzelnen:

§7a + §18 (3.8 + 3.9) Übermittlung des Gutachtens

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass Pflegekassen ihre Versicherten und deren Angehörigen sowie Lebenspartner über den Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18 Absatz 1 und 6 aufklären.

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.

§7b Beratung, Aufklärung

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 diese Frist zu lang. **Der DBfK fordert, einen weiteren Passus anzufügen, der beinhaltet, im Falle einer Pflegeüberleitung die Pflegeberatung binnen einer Woche durchzuführen.**

§18 + §53b Unabhängige Gutachter

Zur Vermeidung von Nachteilen des Verbrauchers aufgrund langer Begutachtungsverfahren soll der Einsatz von unabhängigen Prüfern zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Verpflichtung zur Erteilung des schriftlichen Bescheides innerhalb von fünf Wochen sowie die Festlegung von Zusatzzahlungen bei Fristüberschreitungen festgelegt werden.

Darüber hinaus wird vorgesehen, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekasse einheitliche Richtlinien zur Begutachtung im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erlässt, die sowohl für den Medizinischen Dienst als auch für unabhängige Gutachter rechtsverbindlich sind.

Der Rechtsanspruch des Antragsstellers den Bescheid innerhalb von fünf Wochen zu erhalten gepaart mit dem Anreiz für die Pflegekassen diese Frist einzuhalten, ist vor allem im Sinne des Verbrauchers begrüßenswert.

Allerdings ist eine ‚Strafe‘ von 10 € für das Nicht-Einhalten der Frist wenig zielführend.

Wir schlagen deshalb vor, ab Ablauf der Frist – soweit Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden – bis zum Vorliegen des Bescheides Leistungen der Pflegestufe I bezahlt werden. Zu empfehlen wäre in diesen Fällen die telefonische Kontaktaufnahme mit dem Pflegedienst bzw. dem Pflegeheim um eine Einschätzung der Pflegestufe durch den Leistungserbringer abzufragen.

§18 (6.3) + §18 (8) Gesonderte 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.

§ 36 Pflegesachleistung (Nr. 13. a und c)

In §36 Absatz 1 Satz 1 wird der Leistungsrahmen um den Anspruch auf „*Häusliche Betreuung*“ erweitert. Damit wird dem Versorgungsbedarf von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz entsprochen. Gleichzeitig verbindet sich mit dieser Erweiterung aber eine Deprofessionalisierung der Leistungserbringung, wie sie über Satz 3 mit der Änderung der Begrifflichkeit von „*Pflegekräfte*“ auf „*Kräfte*“ deutlich wird und über §77 weiteren Ausbau erfährt. In Satz 3 soll es künftig heißen: „*Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete ~~Pflege~~Kräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind.*“ Es wird damit ausgesagt, dass für die Erbringung von Pflegesachleistungen in der häuslichen Pflege weder eine fachliche Ausbildung im Sinne einer Berufsausbildung notwendig ist, noch pflegerische Grundkenntnisse erforderlich sind. Jede Kraft – jede Person –, die sich aus welcher Motivation auch immer für die Arbeit mit Pflegebedürftigen interessiert, kann unabhängig von seiner Eignung in der Langzeitpflege arbeiten. ***Diese Öffnung der Pflegeversicherung für Betreuungsleistungen geht fataler Weise damit einher, Betreuung von Pflege abzukoppeln sowie Qualitätsstandards für diesen Versorgungsbereich auszublenden.*** Hierzu ist festzuhalten, dass die Betreuung von Menschen mit Demenz bzw. von Menschen mit erheblichen Einschränkungen im Alltag eng verknüpft ist mit grundpflegerischen Bedürfnissen und Leistungen. Betreuung ist ein Teil pflegerischer Versorgung. Eine klare Trennung wie sie bei der Hauswirtschaft erfolgen kann, ist hier nicht möglich.

Dem §36 Absatz 2 wird ein weiterer Satz angefügt, der eine Definition zur Häuslichen Betreuung enthält. Diese lautet: „*Häusliche Betreuung umfasst sonstige Hilfen, Unterstützung und Beaufsichtigung im häuslichen Umfeld durch eine anwesende Person, einschließlich Hilfen zur Orientierung und Hilfen zur Gestaltung des Alltags und sozialer Kontakte, soweit sie nicht in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers fallen.*“ In der Begründung wird dazu ausgeführt: Unter häuslicher Betreuung können Leistungen gefasst werden, die nicht Bestandteil von Angeboten der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sind. Eine gemeinsame Rahmenvereinbarung zu Art, Inhalt und Umfang ist zu schließen.

Es stellt sich die Frage, wie über einen solchen Ansatz eine qualitätsgesicherte Versorgung gesichert werden soll? Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz benötigen Anleitung und Unterstützung bei der Körperpflege. Damit verbindet sich Krankenbeobachtung. Sie benötigen Anleitung, Zusprache bei der Einnahme der Mahlzeiten – gleichzeitig ist auf ausreichend Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr zu achten, um Exsikkose und Mangelernährung auszuschließen. Es sind auch die Anzeichen dafür zu erkennen. Die ggf. geringe Compliance bei der Medikamenteneinnahme kann hier über das Vertrauensverhältnis verbessert werden, in dem die erfahrene Pflegefachkraft dies in die Mahlzeiten einbindet. Fachlichkeit ist immer dann gefragt, wenn die Kooperation seitens des Pflegebedürftigen nicht gegeben ist. Welche Medikamente wurden eingenommen, welche wurden verweigert? Entspricht die Nahrungsaufnahme dem Energieverbrauch der Person? Wie motiviere ich diese Menschen, um ihnen einen erfüllten Tagesstrukturierung zu geben und ggf. vorliegende Nachtaktivität zu senken? Die häusliche Betreuung ist nicht nur Zeitung lesen und Mensch-ärgere-dich-nicht-spielen. ***Der hohe Anspruch häuslicher Betreuung zeigt sich im Umgang mit den depressiven, ängstlichen, verhaltensauffälligen und aggressiven Veränderungen dieser Menschen und anderen herausfordernden Verhaltensweisen.*** Grundpflegerische Leistungen gehen über in Phasen der Aktivierung und Beschäftigung. Diese werden aber auch immer wieder von grundpflegerischen

Bedürfnissen, wie Toilettengänge oder Hilfen beim Trinken oder Einnehmen von Zwischenmahlzeiten unterbrochen. **Die Aussage, dass künftig unqualifizierte Kräfte die Versorgung sichern, ist nicht zu akzeptieren, zumal keine vergleichbaren Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie es das Gesetz flankierend zur Leistungserbringung von ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen fordert, vorgesehen sind.**

Der DBfK fordert, dass:

- **Häusliche Betreuung weiterhin als Teil pflegerischen Handelns anerkannt wird,**
- **Einzelpflegekräfte über den Berufsabschluss als Altenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in verfügen,**
- **falls trotz unserer Bedenken an dem Einsatz von Kräften festgehalten wird, die eingesetzten Pflegekräfte über eine Qualifizierung zur häuslichen Betreuung verfügen,**
- **diese Qualifizierung einen Gesamtumfang von mindestens 160 Unterrichtsstunden sowie ein zweiwöchiges Betreuungspraktikum umfasst, angelehnt an die Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-RI vom 19. August 2008), ausgerichtet für den häuslichen Versorgungsbereich,**
- **die qualifizierten Pflegekräfte unter Anleitung und Aufsicht einer Pflegefachkraft im Rahmen der Beschäftigung in einem ambulanten Pflegedienst arbeiten oder**
- **bei Verträgen der Pflegekassen mit selbständigen Pflegepersonen nach §77 SGB XI vierteljährliche (PS 3) bzw. halbjährliche Pflegekonsile (PS 0-2) durch geeignete Pflegefachpersonen erfolgen,**
- **als geeignete Pflegefachpersonen für die Durchführung von Pflegekonsilen Altenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen oder Gesundheits- und Krankenpfleger/innen mit Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft, zur Pflegeberater/in gem. §7a SGB XI, zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie oder eine vergleichbare Weiterbildung im Gesetz definiert wird sowie**
- **weitere qualitätssichernde Maßnahmen, wie z.B. jährliche Fortbildungen, verankert werden.**

§ 71 (3a)

§71 (3a) sieht die Zulassung von ambulanten Diensten mit schwerpunktmäßiger häuslicher Betreuung, insbesondere von Menschen mit Demenz, vor. Für die Leitung dieser ambulanten Betreuungseinrichtungen sind beispielhaft Heilerzieher oder Sozialpädagogen anzuerkennen.

Die im Entwurf vorgenommene willkürliche Trennung von Pflege und Betreuung und das damit vorgesehene flexible Einsetzen einer Vielfalt von Akteuren, ungeachtet ihrer Eignung und Qualifikation, kann nur als Perspektivlosigkeit hinsichtlich des demografischen Wandels und der erheblichen Zunahme an Menschen mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenzen vor dem Hintergrund eines weiter zunehmenden Personalmangels im Gesundheits- und Sozialwesens angesehen werden.

Die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter steil an und verdoppelt sich etwa alle fünf Altersjahre. Bei über 80 Jährigen liegt der Anteil an Menschen mit Demenz bei über 10%, bei den über 90-Jährigen ist jeder Dritte an Demenz erkrankt. (Demenz-Report Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2011).

Mit der Diagnose Demenz gehen Co-Morbiditäten einher, denen dieser Gesetzesentwurf mit einem Betreuungskonzept ohne Pflegefachkompetenz keine Bedeutung beimisst. Somatische Begleiterkrankungen sind aber für die Versorgung von Menschen mit Demenz entscheidend. Sie verursachen einen erhöhten Pflegebedarf und führen auch zu Krankenhauseinweisungen oder zur Unterbringung in einer stationären

Einrichtung. Häufig treten neurologische Erkrankungen (Anfallsleiden, Parkinson, Schlaganfall), Infektionen (Pneumonie und Harnwegsinfekt), Mangelernährung, hüftgelenknahe Frakturen und Herz-Kreislaufkrankungen auf. Zudem zeigten Studien, dass bei Menschen mit Demenz die Inzidenz von Diabetes mellitus erhöht ist (F. Böhmer; I. Füsgen, 2008).

Der Wunsch nach mehr Zeit für Tagesaktivierung schließt nicht aus, dass gleichzeitig die Sicherheit einer guten pflegerischen Anleitung, Unterstützung und Betreuung bei pflegebezogenen Alltagsaktivitäten wie Ankleiden, Körperpflege (erhöht z.B. durch vorliegende Inkontinenz), Einnahme von Mahlzeiten und Bewegung vom Versicherten und seinen Angehörigen erwartet wird und auch weitere vorliegende Erkrankungen und daraus bedingte Einschränkungen in der Pflege und Betreuung Berücksichtigung finden sollen.

Dies lässt sich nur über ambulante Dienste, die auch Fachpersonal beschäftigen sowie eine Leitungsperson mit der Berufsqualifikation Altenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in, erreichen. Der im Entwurf vorgesehene Absatz 3a wird daher abgelehnt.

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.

§77 Ambulante Versorgung durch Einzelpersonen

Die vorgenommenen Änderungen im §77 SGB XI (Entwurf) soll den Versicherten die Versorgung über Einzelpersonen ermöglichen. So ist vorgesehen die Kann-Regelung zur Vertragsschließung zwischen Pflegekassen und geeigneter Kraft zu streichen und mit einer Soll- Aufforderung zu ersetzen. Zudem wird der Leistungsinhalt um den Bereich der Häuslichen Betreuung entsprechend §36(1) erweitert. Im neu angefügten Absatz 1a wird die besondere Bedeutung der pflegenden und betreuenden Einzelpersonen hinsichtlich des Ausbaus von neuen Wohnformen zum Ausdruck gebracht. Durch Einzelpersonen sollen nicht stationäre Wohn- und Betreuungsformen möglich werden.

Der DBfK unterstreicht seine Position, dass die Tätigkeit als selbständige Einzelperson 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.

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 bzw. deren verantwortlicher Delegation 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 Einzelpflegepersonen eigenständig, ohne übergeordnete fachliche Leitung arbeiten.

Der DBfK fordert als Grundlage von Verträgen mit Einzelpersonen den Berufsabschluss als Altenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in.

Sollte an dem Einsatz von Kräften festgehalten werden, ist eine Qualifizierung zur häuslichen Betreuung dieser Personen sowie eine Anleitung und Aufsicht über regelmäßige Pflegekonsile durch geeignete Pflegefachpersonen, wie unter §36 ausgeführt, erforderlich.

Uneinheitliche Begriffsverwendung

Die wechselnden Bezeichnungen im Gesetzestext (Entwurf) von Pflegekräften (Abs. 1,3, 5 und 6), von Einzelpersonen (Abs.1 Punkt 1 und 2), und in Absatz 1a von geeigneten Kräften lässt vermuten, dass auch beim BMG noch keine abschließende Positionierung zur Qualifikation stattgefunden hat. Zudem erfolgt in der Begründung die Verwendung der Begriffe Einzelpflegekraft, Einzelkräfte und Präsenzkräfte. Die Verwendung einer einheitlichen Begrifflichkeit wird angeregt.

Qualitätssicherung

Es entsteht der Eindruck, dass angesichts der demographischen Herausforderungen der Quantität Vorrang vor der Qualität gegeben wird. Leider sieht das Gesetz bisher nicht vor, hier bundesweit einheitliche Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung von häuslicher Pflegehilfe als Basis für die Vertragsschließung mit den Pflegekassen zu vereinbaren. Die bisherige Regelung ist eine Blackbox.

Aus Sicht des DBfK sind gleiche Qualitätsmaßstäbe an pflegende Einzelpersonen wie an zugelassene ambulante Dienste zu stellen. **Es ist daher aus der Sicht des DBfK folgende Ergänzung erforderlich:**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Vereinigungen freiberuflicher Pflegefachpersonen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung von häuslicher Pflegehilfe durch Einzelpersonen.

Des Weiteren sieht der DBfK im Zusammenhang mit Einzelverträgen die **Gefahr von Lohndumping. Es ist deshalb ist Gesetz mit aufzunehmen, dass ortsübliche Leistungsvergütungen bezahlt werden.**

§ 36 (1a) Pflegesachleistung (Nr. 13. b)

Mit dem Einfügen des Absatzes 1a wird klargestellt, dass Personen, mit denen ein Vertrag gemäß §77 SGB XI abgeschlossen wurde, auch Pflegesachleistungen gem. §36 Abs. 1 Satz 1 erbringen können.

Satz 2, so lässt es sich der Begründung entnehmen, dient der Klarstellung der Vorgehensweise bei Vertragsabschluss der Pflegekassen mit einer Einzelperson für einen Pflegebedürftigen in einer Wohngruppe, wenn hier mehrere Pflegebedürftige wünschen von dieser Pflegeperson versorgt zu werden.

Aus dem Gesetzestext geht dieser Bezug nicht hervor. Der DBfK regt eine Klarstellung im Gesetzestext mit der Aufnahme des Bezugs zu den neuen Wohnformen an.

Einzelpersonen für die pflegerische Versorgung und häusliche Betreuung

Der Gesetzesentwurf sieht vor, über Einzelpersonen die pflegerische Versorgung und häusliche Betreuung in neuen Wohnformen zu sichern. Unterschiedliche Kontexte sind vorstellbar, welche Aufgaben von dieser Person übernommen werden kann. **Gerade angesichts des aufgezeigten Tätigkeitsspielraumes der Einzelpersonen in neuen Wohnformen und der Finanzierung über Pflegesachleistungen sowie weiteren**

Zuschüssen verweist der DBfK auf seine Forderungen zur Qualitätssicherung wie unter §36 und §77 beschrieben.

§37 (2) + § 38 Pflegegeld während einer Kurzzeit-oder Verhinderungspflege

Die Regelungen sehen vor, auch während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege die Hälfte des Pflegegeldes zu gewähren.

Der DBfK begrüßt diese finanzielle Verbesserung im Sinne der Verbraucher, da während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege dennoch monetäre Belastungen und somit abgemildert werden können.

§ 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 hier 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 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

§72 (3)

Die Ausführungen zur ortsüblichen Arbeitsvergütung bestätigen uns in unserer Einschätzung, dass die Leistungserbringung nahezu komplett durch nichtpflegerisches Fachpersonal erfolgen soll oder das Fachpersonal zum Mindestlohn arbeiten soll. Im Entwurf heißt es: „(...) sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, soweit diese nicht von der Mindestlohnregelung entsprechend dem Gesetz über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen erfasst sind, ...“

Die Formulierung 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 der Mindestlohnregelung entsprechend dem Gesetz über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen 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!

§75 (8)Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen

§75 (8) sieht den Abschluss einer Rahmenvereinbarung zu Art, Inhalt und Umfang häuslicher Betreuung durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund

der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Vereinigungen der Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vor.

Wie bereits unter §36 und §71 ausgeführt, halten wir eine Trennung von Pflege und Betreuung für nicht angezeigt. Zum einen, wie bereits genannt, teilen wir nicht die Definitionen von Pflege und Betreuung, die sozialgesetzlich verankert werden soll, zum anderen ist gesundheits- und pflegepolitisch eher die Zusammenführung von Leistungsaspekten angezeigt (im Sinne von „verzahnter pflegerischer Versorgung“) statt des fachlich widersinnigen Zergliederns. **Die Inhalte der häuslichen Betreuung sind in die Vereinbarungen gem. §75 (1) aufzunehmen.**

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung (ambulant)

Das BMG plant mehr Flexibilität bei der Gestaltung von Versorgungsleistungen. Neben dem grundsätzlichen neuen Leistungsbereich der Häuslichen Betreuung soll es den Versicherten künftig möglich sein, Leistungen dieses und auch allen bisherigen Leistungsbereichen 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) nicht erneut eingeschränkt wird.

§120(3) Pflegevertrag

Die Ausführungen zum Pflegevertrag werden entsprechend der Änderungen nach §89 angepasst. Je nach gewählter Leistung sind im Pflegevertrag die Zeitvergütungen oder die Vergütungen für Einzel- oder Komplexleistungen zu beschreiben. Des Weiteren wird dem Pflegedienst die Pflicht übertragen, bei Leistungsvereinbarungen den Pflegebedürftigen vergleichend die verschiedenen Vergütungsvarianten i.d.R. schriftlich aufzuzeigen. Im Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren.

Dieser geforderte Vergleich ist jedoch 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 Gesundheitsberufesberichterstattung (beispielsweise in Anlehnung an gelungene Beispiele aus Nordrheinwestfalen und Rheinland Pfalz) auf den Weg bringen.

§113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Der Referentenentwurf sieht die Möglichkeit vor, ausschließlich Betreuungsleistungen als ambulante Einrichtung anzubieten.

Aus Sicht des DBfK fehlt, wie die ambulante Betreuungsdienste sowie die Einzelpflegepersonen in die Strukturen der Qualitätssicherung gem. §§ 113 ff SGB XI eingebunden werden sollen (vgl. §36 (1)+(2)+(1a) sowie §71(3) und §77).

§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 sind keine Versicherten zweiter Klasse.

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 Prüfungsablauf 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.

§115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Die Debatten der letzten zwei Jahre um die aktuellen PTVen haben gezeigt, dass für den sensiblen Bereich der Ergebnis- und Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen wissenschaftlich gesicherte Methoden erforderlich sind. Wissenschaftliche Fundierung gilt aber nicht nur für die Anforderungen gem. §115 Abs.1a SGB XI (Pflege-Transparenzvereinbarungen), sondern schließt alle Qualitätsbewertungen gemäß §§ 114 ff SGB XI (MDK - Qualitätsprüfungen) ein. 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. Wingefeld (Universität Bielefeld) und Dr. Engels (ISG Köln) liegen

erstmalig in Deutschland wissenschaftlich fundierte Indikatoren zur Ergebnis- und Lebensqualität für die stationäre Pflege vor.

Angesichts der geführten Debatten verwundert es, dass hinsichtlich der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung gem. §§113ff SGB XI kein ergänzender Hinweis zur Umgestaltung der Qualitätsberichterstattung hin zu wissenschaftlich fundierten indikatorengestützten Verfahren aufgenommen und die Möglichkeit von Modellvorhaben nicht aufgegriffen wurde.

Der DBfK ist der Ansicht, dass aufgrund der fachlichen Fundierung und methodischen Qualität der Ergebnisse von Wingenfeld und Engels (2011), eine neue Ära der externen Qualitätssicherung und –bewertung eingeleitet werden muss.

Eine Umsetzung dieses Indikatorensets im beschriebenen Verfahren führt weiterhin

- zu einer Aufwertung des internen Qualitätsmanagements,
- zu einer Konzentration auf die Kernprozesse der Versorgung,
- zu einer Versachlichung der Qualitätsdiskussion und ermöglicht den
- Anschluss an die internationale Entwicklung.

Der DBfK fordert,

- ***in das Pflege-Neuausrichtungsgesetz eine Aussage zur wissenschaftlich fundierten, auf Qualitätsindikatoren basierenden Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung aufzunehmen sowie***
- ***die Möglichkeit, ein Modellvorhaben mit dem Ziel der Erprobung der Umsetzung der vorliegenden Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe auf Landesebene durchführen zu können, zu ergänzen. Insbesondere sollte auch in diesem Zusammenhang ein sich verändernder Aufgabenbereich des Medizinischen Dienstes erprobt werden.***
- ***Weiterhin ist für die ambulante Altenhilfe ein entsprechendes Projekt zur „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität einzuleiten.***

§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.

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:

§37 (3) Beratung in der eigenen Häuslichkeit

Im Rahmen der Ausweitung der Tagespflege kommt es im Zusammenhang mit den Beratungsbesuchen nach §37 Abs. 3 vielfach zu Diskussionen mit einzelnen Pflegekassen. Diese argumentieren, dass der Besuch einer Tagespflege den Pflichtbesuch nach §37 Abs. 3 verzichtbar macht. Teilweise wird in der Argumentation auch Bezug genommen auf das „gemeinsame Rundschreiben der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“⁴ Zu §37 Abs. 3 wird dort Folgendes ausgeführt:

„(1) Pflegebedürftige, die ausschließlich das Pflegegeld beziehen, haben ... einen Beratungsbesuch abzurufen.“⁵

Im Umkehrschluss wird daraus abgeleitet, dass die Pflegebedürftigen, die nicht ausschließlich Pflegegeld beziehen, sondern ergänzend auch andere Leistungen wie z. B. die der Tagespflegeeinrichtungen nutzen, keinen Beratungsbesuch abrufen dürfen. Dies widerspricht der Zielstellung der Beratungsbesuche. Diese sollen nach §37 Abs. 3 Satz 2 SGB XI dazu dienen, die Qualität der häuslichen Pflege sicherzustellen und den häuslich Pflegenden regelmäßige Hilfestellung und praktische pflegfachliche Unterstützung zu geben.

Der Besuch einer Tagespflegeeinrichtung kann den Beratungsbesuch zu Hause nicht ersetzen, da die häuslichen Bedingungen der Versorgungssituation nicht beurteilt werden und daraus keine Empfehlungen zur Optimierung abgeleitet können. Dieser Auftrag ist nur vor Ort und mit dem Einbezug der zu Pflegenden und der pflegenden Angehörigen zu leisten.

Überdies gehört es nicht zum Auftrag und zur Konzeption der Tagespflegeeinrichtungen, Beratungen zur Qualität der Angehörigen- und Laienpflege zu leisten bzw. deren Qualität zu sichern, zumal die personellen Ressourcen dafür nicht vorhanden sind.

Der DBfK fordert eine gesetzliche Regelung zu treffen, damit zur Sicherung der häuslichen Pflege durch Angehörige und Laien Beratungsbesuche gem. §37 Abs. 3 SGB XI auch von den Pflegebedürftigen genutzt werden können, die neben dem Bezug von Pflegegeld auch Tagespflegeeinrichtungen besuchen.

§40 (1)

Die Bewilligung insbesondere der Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege (Pflegebetten etc.) wird nach unseren Informationen neuerdings deutlich eingeschränkt. Dies hat zur Folge, dass Pflegepersonen dadurch körperlichen Mehrbelastungen ausgesetzt werden. ***Der DBfK empfiehlt, den Ermessensspielraum der Pflegekassen deutlich einzuschränken, um körperliche Folgeschäden der Pflegepersonen entgegenzuwirken.***

§45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Der Gesetzesentwurf sieht eine Reihe von Leistungen vor, die dem Versicherten den Zugang und die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung erleichtern sollen. Umso mehr verwundert es, dass zwar der Erstberatung nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit eine hohe Priorität eingeräumt wird, jedoch die Schulungen nach §45 SGB XI wiederum bleiben unbetrachtet. Es wird in Projekten regelmäßig bestätigt, wie wichtig die Schulung und Anleitung von pflegenden Angehörigen sind (Senken der physischen und psychischen Belastungen, Vorbeugen von sozialer Isolation; vgl. auch Empfehlungen aus

⁴ Stand: Beratungsvorlage Vermerk – Seite 2 von 2, 13.04.2011

⁵ § 37 Abs. 3, Seite 118. unter Ziffer 4

Projektergebnisse EDe II; www.projekt-ede.de). Neben der Beratung nach §7a und §7b SGB XI kommt daher dem §45 SGB XI in einer immer älter werdenden Gesellschaft, in der wir auf das Engagement der pflegenden Angehörigen angewiesen sind, eine hohe Bedeutung zu. Diese besteht darin, zum einen die Pflegebereitschaft und zum anderen die Gesundheit des pflegenden Angehörigen zu erhalten, um erhebliche Kosten für die Sozialsysteme zu vermeiden.

Oftmals kennen Angehörige die Möglichkeit der Schulung nach §45 SGB XI nicht oder es bestehen Ängste und Vorbehalte diese zu nutzen. Hinzu kommt, dass die Inanspruchnahme durch pflegende Angehörige oder andere Pflegepersonen eine gesonderte Vereinbarung der ‚Bezugs‘-Pflegeeinrichtung mit der einzelnen Pflegekasse voraussetzt. Derzeit bieten nur wenige Pflegekassen hierzu Angebote an und haben Rahmenvereinbarungen mit Trägerverbänden ambulanter Pflegeeinrichtungen abgeschlossen. Derzeit ist es den Kassen über eine Soll-Regelung freigestellt, ob und wie sie sich dem Thema Schulung und Anleitung in der eigenen Häuslichkeit annehmen, ob sie ein Angebot selbst durchführen oder geeignete Einrichtungen dazu beauftragen. Dies erschwert den pflegenden Angehörigen die Nutzung der Schulungsangebote und verwehrt die nötige Unterstützung für ihren pflegerischen Alltag. Demensprechend rar sieht die Verbreitung dieses Angebotes aus, ganz abgesehen vom Bekanntheitsgrad dieser Leistungsmöglichkeit unter den Kassenangestellten und demzufolge unter der Bevölkerung.

Aus Sicht des DBfK benötigen wir die regelhafte Verankerung von Anleitung und Schulung pflegender Angehörige als niedrigschwellige zugehende Unterstützungsleistung im SGB XI. Mit der Verpflichtung jeder gesetzlichen Pflegekasse, ein Beratungs- und Schulungsangebot für seine Versicherten vorzuhalten, ließe sich diese Lücke schließen. Wesentlich ist dabei, dass die Schulung und Anleitung durch Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung im ambulanten Pflegebereich erfolgt.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Beratungsbesuche nach §37(3) SGB XI nicht den Bedarf an Schulung und Anleitung decken. Diese Beratungen verfolgen das Ziel, die Qualität der häuslichen Versorgung bei Bezug von Pflegegeld zu sichern. Gleichzeitig, so das Gesetz, sollen Hilfestellungen und praktische pflegefachliche Unterstützung den häuslich Pflegenden gegeben werden. Aus den unterschiedlichen Zielsetzungen resultiert bei der Durchführung der Beratungsbesuche nach §37(3) jedoch ein Spannungsverhältnis zwischen der einerseits stattfindenden Einschätzung der Versorgungssituation des Pflegebedürftigen durch den Pflegedienst und der andererseits durchzuführenden individuellen Beratung. Die äußeren Umstände des „Kontrollbesuches“ stehen einem unbelasteten Beratungsgespräch entgegen, ganz abgesehen von dem zu engen finanziellen Rahmen, der einer gezielten Beratung zu wenig Zeit bietet.

Der DBfK fordert, die Angebote nach §45 SGB XI als Regelleistungen ambulanter Pflegedienste sowie selbständiger Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung im ambulanten Pflegebereich gesetzlich aufzunehmen. Dies ermöglicht einen flächendeckenden niedrigschwelligen Zugang zu den Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen. Durch die Schulung und Anleitung in der eigenen Häuslichkeit können pflegebedingte physische und psychische Belastungen gemindert sowie die Pflege und Betreuung erleichtert und verbessert werden.

§75 (2) Nr.9 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen

In Hinblick auf den geltenden §75 möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die vorgenommene Ergänzung im Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes in Nummer 9 mit der Vereinbarung zu Möglichkeiten der Beteiligung von Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlichen Pflegepersonen etc. an der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger eine unsachgemäße Verortung darstellt.

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. Nach Ansicht des DBfK ist Nummer 9 aus dem §75 (2) SGB XI zu streichen.

§105 ff Umsetzung des Datenträgeraustausches

Auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen der §§ 105ff ist für die Abrechnung ambulanter Leistungen nach der Pflegeversicherung den Datenträgeraustausch einzuführen. Dieses Verfahren soll eine Hilfe und Erleichterung der Abrechnungsbearbeitung darstellen und damit zur Bürokratieentlastung beitragen.

Aus der Praxis der ambulanten Dienste erfahren wir leider Gegenteiliges: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zwar die gesetzlich vorgegebenen Richtlinien zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen erstellt, deren Umsetzung erfolgt jedoch von jeder Kasse für sich und nach ihren eigenen Vorstellungen. Diese Zersplitterung des Vorgehens und die unabgestimmte Umsetzung des DTA bereiten den Einrichtungen größte Schwierigkeiten. Jede Kasse bestimmt eigenständig über Zeitpunkt der DTA-Einführung, Dauer der Erprobungsphase, Beginn der Echtabrechnung, Inhalte der DTA-Anforderung und anderes mehr. Angesichts der Vielzahl der Pflegekassen stellt dies eine unerträgliche Belastung für die Dienste dar, die aus unserer Sicht beendet werden muss.

Hinsichtlich dieses Sachverhalts sehen wir eine politische Verantwortung auf Bundesebene.

Der DBfK fordert die Einheitlichkeit des Verfahrens des Datenträgeraustausches durch eine entsprechende verbindliche Vorgabe abzusichern, um den Verwaltungsaufwand für die ambulanten Einrichtungen möglichst gering zu halten.

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 zu sprechen.