

Stellungnahme

des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der
gesetzlichen Krankenversicherung vom 21.10.2014

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG)

Berlin, 07.11.2014

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Bundesverband

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Vorbemerkung

Der DBfK begrüßt den Ansatz der Bundesregierung, durch ein Bündel von Maßnahmen die medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu sichern bzw. zu verbessern. Besonders positiv hervorzuheben ist die Vereinfachung der Initiierung von Modellprojekten nach § 63 Abs. 3 c SGB V, die bessere Berücksichtigung der Bedarfe von Menschen mit Behinderungen und die Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke. Auch die Einrichtung eines Versorgungsfonds, der eine Katalysatorfunktion zur Einführung neuer, innovativer Versorgungsformen übernehmen könnte, wird begrüßt.

Bedauerlicherweise fließen die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) kaum ein. Es wird an traditionellen Strukturen einer monoprofessionell organisierten, (haus-)ärztlichen Versorgung festgehalten. Impulse zur Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege sowie deren größeren Handlungsautonomie, zur qualitativen Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in der ambulanten Versorgung und Pflege und der stärkeren Einbeziehung der Kommunen in die Gestaltung einer pflegerischen Infrastruktur (vgl. SVR 2007, 2009, 2014) werden nicht gesetzt. Lediglich innerhalb der bestehenden Strukturen werden Änderungen im Versorgungsgeschehen angeregt. Das Festhalten an tradierten Rollenmodellen, überholten Arbeitsorganisationsmustern und eine auf ärztliche Dominanz ausgerichtete Versorgungsstruktur verhindern die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier zu einigen Punkten ergänzend Stellung.

Zu den geplanten Änderungen im Einzelnen:

Artikel 1

Zu Nr. 3 (§ 22 a), Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Referentenentwurf

Durch Einfügen des § 22 a soll die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz verbessert werden. Vorgesehen ist ein neuer Leistungsanspruch für eine individualprophylaktische Leistung. Hierbei sind auch regelmäßige Untersuchungs- und Behandlungsleistungen zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege mit einbezogen werden.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Bei vielen pflegebedürftigen Menschen werden bei der Aufnahme der ambulanten oder stationären pflegerischen Versorgung Defizite bei der Mundhygiene festgestellt. Ein dringend notwendiger Besuch bei einem Zahnarzt kann aber häufig aufgrund der kognitiven und/oder physischen Einschränkungen

nicht realisiert werden. Der DBfK unterstützt daher die kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten.

Zu Nr. 6 (§ 39), Entlassmanagement

Referentenentwurf

Durch Einfügen von § 39 Abs. 1a soll die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung gestärkt werden.

Zur Verbesserung des Entlassmanagements der Krankenhäuser soll zukünftig häusliche Krankenpflege für eine Dauer von maximal sieben Tagen verordnet werden können.

Der Versicherte soll künftig einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassmanagements gegen seine Krankenkasse erhalten. Hierbei ist zur Anschlussversorgung auch die rechtzeitige Kontaktaufnahme durch die Krankenkasse und das Krankenhaus mit einem ambulanten Pflegedienst inbegriffen.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt den Versuch, beurteilt aber die gesetzlichen Änderungen als nicht ausreichend. Die Bundesregierung versucht in einem erneuten Anlauf eine lückenlose, sektorenübergreifende Versorgung des Patienten sicher zu stellen. Es wird jedoch mit der jetzt vorgeschlagenen Ergänzung wiederum nur ein Teilaspekt aufgegriffen. Versorgungsbrüche werden nicht verhindert, da die nötigen Rahmenbedingungen nicht vorhanden sind. Um eine sektorenübergreifende, interdisziplinäre Kontinuität der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, müssen entsprechende Kommunikationsstrukturen aufgebaut werden und Kooperationen sowie eine geregelte interdisziplinäre Zusammenarbeit stattfinden. Übergänge von Patienten von einem Versorgungssektor in den anderen müssen systematisch geplant, konzeptionell begleitet und strukturiert ablaufen, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. Der weiterbehandelnde Hausarzt, die Leistungserbringer der ambulanten Pflege und/oder der stationären Pflege sowie eventuell vorhandene weitere Akteure müssen regelhaft in den Prozess einbezogen werden. Die flächendeckende Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wird als wichtige Grundlage betrachtet und dessen Umsetzung gefordert.

Die Regelung, die Verordnung von häuslicher Krankenpflege bei der Entlassung des Patienten auf sieben Tage, statt wie bisher fünf Tage, zu erweitern, begrüßt der DBfK.

Zudem ist es zu begrüßen, dass die Krankenkasse und das Krankenhaus rechtzeitig die ambulanten Pflegedienste kontaktieren müssen, um die anschließende Versorgung sicherzustellen. Der DBfK geht davon aus, dass der hierzu bis Ende 2015 zu schließende Rahmenvertrag des Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine eindeutige Definition von „rechtzeitig“ vornimmt.

Änderungsvorschlag

Der DBfK schlägt vor, in § 39 Absatz 1a folgenden Wortlaut einzufügen:

„Die Krankenhäuser sind verpflichtet ein Konzept für ein interdisziplinäres Entlassungsmanagement zur Überwindung von sektoralen, professionellen und sozialversicherungsrechtlichen Schnittstellen zu entwickeln und auf dessen Grundlage den Übergang der Patienten zu gestalten.“

Zu Nr. 29 (§ 92a), Innovationsfonds

Referentenentwurf

Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die einen sektorenübergreifenden Ansatz enthalten und auf eine Verbesserung der Versorgung oder eine Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtet sind. Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen und Patientenorganisationen nach § 140 f sein. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

Stellungnahme

Zur Erprobung neuer Versorgungsformen ist es nicht zuletzt gemäß den Empfehlungen des Gutachtens des Sachverständigenrates (SVR 2009) zur „qualitativen Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in der ambulanten Pflege, die das gesamte Spektrum an Pflegestrategien von der Gesundheitsförderung bis zur palliativen Betreuung umfasst“ sinnvoll, Pflegefachpersonen mit einzubeziehen. Auch die Einbindung der Pflege in die integrierte Versorgung gemäß § 92 b SGB XI kann, laut SVR 2009, eine Verbesserung der Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich ermöglichen. In der Praxis gibt es bereits eine Vielzahl gut funktionierender Kooperationen, beispielsweise im Bereich Wundmanagement, Diabetes, Onkologie etc. Daher ist es angebracht, dass auch Pflegefachpersonen Anträge stellen können.

Änderungsvorschlag

Der DBfK regt an, das Antragsrecht auf ambulante Pflegedienste und freiberufliche Pflegefachpersonen auszuweiten. Daher plädiert der DBfK dafür, in § 92 a Absatz 1 „ambulante Pflegedienste und freiberufliche Pflegefachpersonen“ einzufügen.

Zu Nr. 29 (§ 92b), Innovationsausschuss

Referentenentwurf

Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Innovationsausschuss eingerichtet. Dem Innovationsausschuss gehören drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2 an; jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie drei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit.

Stellungnahme

Der DBfK fordert die Bildung eines multiprofessionell zusammengesetzten wissenschaftlichen Beirates. Dieser hat die Aufgabe, Kriterien zur Bewertung der Förderfähigkeit neuer Versorgungsformen festzulegen und den Innovationsausschuss bei der Auswahl zu unterstützen. Nur so kann gewährleistet werden, dass unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt werden. Die Einbeziehung pflegewissenschaftlicher Expertise ist gerade bei der Prüfung und Bewilligung neuer Versorgungsformen unverzichtbar.

Änderungsvorschlag

Der DBfK schlägt vor, in § 92 a Absatz 2 folgenden, neu zu fassenden Satz 2 einzufügen: „Zur Vorbereitung der Beschlussfassung über die Förderung nach § 92 a Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 bis 4 wird von Innovationsausschuss ein interdisziplinär besetzter, wissenschaftlichen Beirat eingesetzt.“

Artikel 9 Änderung des Krankenpflegegesetzes

Zu Nr. 1 (§ 4 Absatz 7), standardisierte Module

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des SGB V festgelegt hat, standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung entwickeln, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ohne ein vereinbartes Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt werden können.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt diese Regelungen, da sie für die Modellversuche bundeseinheitliche Voraussetzungen der Qualifizierung schaffen und den komplexen Vorbereitungs- und Entwicklungsprozess von Modellversuchen vereinfachen.

Bis zur Zusammenführung der Pflegeausbildungen in einem Gesetz (generalistische Ausbildung), ist eine gleichlautende Regelung auch in das Altenpflegegesetz aufzunehmen.

Angesichts der Erfahrungen aus der Entwicklung der Richtlinie zu § 63 Abs. 3c SGB V beim Gemeinsamen Bundesausschuss empfehlen wir die Festlegung einer Frist, binnen der die Entscheidung über die Entwicklung der genannten Module getroffen werden muss. Bei der Entwicklung ist sicherzustellen, dass die erforderliche wissenschaftliche und pädagogische Kompetenz genutzt wird. Wir empfehlen, die Vergabe eines Auftrages an eine entsprechend geeignete Institution im Gesetzestext festzuschreiben.

Zu Nr. 2 (§ 4 Absatz 8 KrPflG), eingeschlossene Personen

Im neuen Absatz 8 wird klargestellt, dass auch Pflegefachpersonen für Modellvorhaben qualifiziert werden, die über eine abgeschlossene Ausbildung zur/zum Gesundheits- und KrankenpflegerIn bzw. Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn verfügen.

Stellungnahme

Diese Regelung ermöglicht auch praxiserfahrenen Pflegefachpersonen, die Zusatzqualifikation nach § 63 Absatz 3c SGB V zu erwerben. Der DBfK begrüßt diese Änderung, da vor allem praxiserfahrene und bereits spezialisiert ausgebildete Pflegefachpersonen für die Übernahme von heilkundlichen Aufgaben in Modellvorhaben geeignet sind.