

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

zum Referentenentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung
der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer
Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Berlin, 07.07.2015

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

Vorbemerkung

Der deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e.V. (DBfK) begrüßt die mit dem Pflegestärkungsgesetz II eingeführten Neuregelungen zum *Pflegebedürftigkeitsbegriff* sowie zum neuen *Begutachtungsassessment* (NBA) ausdrücklich. Der DBfK sieht in dem vorgelegten Referentenentwurf das Bestreben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durch den neuen, umfassenderen Ansatz von Pflege einen Perspektivwechsel in der pflegerischen Versorgung herbei zu führen. Im bisherigen Begutachtungsverfahren werden vorrangig Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen als pflegebedürftig eingestuft. Der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff ist defizitorientiert und nicht pflegewissenschaftlich fundiert. Der NBA hingegen steht für eine umfassende, ressourcenorientierte und pflegfachlich fundierte Erfassung der Selbstständigkeit, unabhängig davon ob die Person vorrangig körperlich oder kognitiv beeinträchtigt ist. Hierdurch wird Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz, z.B. Menschen mit Demenz, endlich der gleiche Anspruch auf Pflege zugesprochen, wie somatisch beeinträchtigten Personen. Die im Pflegestärkungsgesetz I eingeführten Änderungen, wie beispielsweise die Flexibilisierung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie die Verbesserung der Tagespflege, werden durch das Pflegestärkungsgesetz II in ein passendes Gesamtkonzept eingefügt. Die Erweiterung der häuslichen Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI über körperbezogene Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung hinaus auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen ist ebenfalls ein Zeichen dafür, dass sich das Verständnis von professioneller Pflege ändern wird.

Hierbei sehen wir jedoch die dringende Notwendigkeit einer angepassten *Personalstruktur* und *Personalausstattung* in den stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Ohne personelle Ressourcen ist der geplante Perspektivwechsel in der Pflege nicht möglich und jegliche Reform wird ihren Zweck verfehlen. Wir benötigen ausreichend und vor allem sehr gut qualifizierte Pflegefachpersonen. Um dies zu erreichen muss in die Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit investiert werden. Das beinhaltet die Personalbemessung ebenso wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Durch eine generalistische Ausbildung und auch Ausbildung an Hochschulen müssen die Qualifikationen den heutigen Erfordernissen angepasst werden. Berufsbiographien müssen sich flexibel gestalten können, damit die Absolvent/Innen möglichst lange im Beruf bleiben wollen. Die Bundesregierung ist gefordert in ihrem Zuständigkeitsbereich die erforderlichen Regelungen vorzunehmen.

Keine Alternative stellt für uns die Substitution von professionellen Pflegefachpersonen durch gering oder gar nicht qualifizierte Hilfs- und Betreuungspersonen dar. In der Vergangenheit hat der DBfK immer wieder darauf hingewiesen, dass die *Betreuung* als Teilaspekt

pflegerischer Kompetenz zu definieren ist. Sowohl der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI als auch der beschriebene Umfang der Leistungen in § 4 SGB XI stellen nun klar, dass die Gestaltung des Alltagslebens und Betreuungsmaßnahmen Bestandteil pflegerischer Leistungen sind. Eine Taylorisierung von Leistungen ist daher umso weniger nachvollziehbar. Die Betreuung ist Teil professionell pflegerischen Handelns. Der Einsatz von un- bzw. angelerntem Betreuungspersonal führt zu einer Deprofessionalisierung in der Leistungserbringung der Pflegeversicherung und einer Loslösung von Qualitätsanforderungen für diesen Versorgungsbereich. Speziell für Pflegebedürftige mit demenziellen Erkrankungen sind Rahmenempfehlungen für herausforderndes Verhalten bei Demenz¹ erarbeitet worden. In diesen wird betont, dass die Versorgung der oben beschriebenen Personengruppe erheblicher Fachexpertise bedarf, um den Betreuungs- und Versorgungsaufgaben gerecht zu werden. Zudem beweist eine Studie von Grässel, Elmar et al.², dass Formen von Aggressionen und herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz seltener auftreten, wenn sie von Fachpflegepersonal betreut werden. Von daher wird für eine qualitativ hochwertige Betreuung und Versorgung aller Pflegebedürftigen sowie einer adäquaten Unterstützung der pflegenden Angehörigen zukünftig verstärkt pflegerisches Fachpersonal benötigt. Der DBfK fordert weiterhin, ein ausgewogenes Verhältnis von Fachpersonal und ungelerntem Personal im Betreuungsschlüssel festzuschreiben.

Wir begrüßen, dass die *pflegerische Beratung* und die Transparenz und Vergleichbarkeit von pflegerischen Angeboten gefördert werden soll. Hierbei ist es uns wichtig zu betonen, dass der Fokus nicht auf die preislichen sondern auf die inhaltlichen Aspekte der Angebote gelegt werden muss. Die Unabhängigkeit der Beratung soll in jedem Fall gewahrt werden und darf nicht von dem Anstellungsverhältnis der Beraterin / des Beraters abhängig gemacht werden. Um die Qualität zu verbessern, halten wir eine Evaluation der Beratungsgespräche für sinnvoll. Allerdings nur im Hinblick auf die Ergebnisse und nicht auf die Wirksamkeit, um das Selbstbestimmungsrecht der pflegebedürftigen Menschen nicht zu beschneiden.

Wie in der Vergangenheit deutlich gemacht, setzt sich der DBfK für das Aussetzen einer Gesamtnote bei der *Qualitätsdarstellung* ein. Dieser Vorschlag wurde auch durch den Staatssekretär Karl-Josef Laumann in seinem Anfang April 2015 veröffentlichten Papier „Endlich gute Pflege erkennen - Neues Konzept für den Pflege-TÜV“ unterstützt. Wir bemängeln sehr, dass der vorliegende Referentenentwurf diese Empfehlung nicht

¹https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf

²Grässel 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.

berücksichtigt. Die Akzelerierung der Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der ambulanten wie stationären Versorgung begrüßen wir grundsätzlich. Allerdings muss für die Entwicklung und Implementierung von geeigneten Messinstrumenten ausreichend Zeit eingeplant werden, um hierbei grundlegende Fehler wie bei der Pflegetransparenzvereinbarung zu vermeiden. Fehlende Synchronizität zwischen dem internen Qualitätsmanagement und den externen Prüfungen darf es nicht geben.

Wir begrüßen im Grunde eine Neustrukturierung der Entscheidungsstrukturen im Bereich der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI um die Vereinbarungen zwischen den Bänken zu beschleunigen. Auch die wissenschaftliche Unterstützung durch die qualifizierte Geschäftsstelle halten wir für sinnvoll. Allerdings halten wir es auch für dringend notwendig, in dem geplanten Qualitätsausschuss einen obligatorischen stimmberechtigten Platz für die Vertretung der Verbände der Pflegeberufe vorzusehen.

Zum Abschluss möchten wir noch darauf hinweisen, dass es sich bei dem vorliegenden Referentenentwurf um eine umfassende Neustrukturierung eines Großteils der Sozialen Pflegeversicherung handelt. Den zur Verfügung stehenden Zeitraum von zwei Wochen bis zur Abgabefrist der Stellungnahme halten wir für eine umfassende Auseinandersetzung der am Beteiligungsverfahren involvierten Verbände für absolut ungeeignet. Wir betonen daher, dass es sich in der vorliegenden Stellungnahme um eine vorläufige Version handelt und wir uns ergänzende Anpassungen zu gegebener Zeit vorbehalten.

Aufgrund der Komplexität des Gesetzesvorhabens wird in der folgenden Stellungnahme nur auf ausgewählte Aspekte eingegangen.

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 und Tagespflegeeinrichtungen) gesondert Stellung.

Zu den geplanten Änderungen im Einzelnen:

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 4 (§4 Art und Umfang der Leistungen)

Referentenentwurf

Die Wörter „Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung“ sollen durch die Wörter „körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt werden.

Mit der Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit soll hierdurch zugleich der Inhalt des Begriffs der „pflegebedingten Aufwendungen“ geändert werden.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt grundsätzlich, dass der Begriff der „Grundpflege“ gestrichen wird. Die neue Bezeichnung „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ ist jedoch ein undefinierter Begriff, der reichlich Interpretationsspielraum lässt und daher ebenso ungeeignet ist. Mit der vorliegenden begrifflichen Verwendung von „körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung“ wird eine auf Verrichtungen reduzierte Pflege konserviert. Dies entspricht nicht dem Ansatz des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit.

Der International Council of Nurses (ICN) definiert Pflege folgendermaßen: „Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen. Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung müsste also im Sinne der Stärkung der Prävention auch die Beratung zum Erhalt und zur Förderung von Gesundheit gehören.

Ebenfalls berücksichtigt die beabsichtigte Formulierung auch nicht die Beratung und Anleitung sowie die Koordination zwischen den unterschiedlichen beteiligten Akteuren. Prof. Dr. Büscher der Hochschule Osnabrück stellte dazu jüngst in seinem Gutachten fest: „Das Gelingen der Beziehung und des Pflegeprozesses haben in hohem Maße eine

kommunikative und interaktive Dimension, in der Art, Umfang und Zuständigkeit von Handlungen zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegekräften auszuhandeln sind.“³

Auch im Hinblick auf die generalistische Ausbildung ist es notwendig, Pflege als eine Profession zu betrachten, die präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen ergreift, um die physische und psychische Situation der zu pflegenden Menschen zu erhalten, zu fördern oder zu verbessern. Dabei muss die konkrete Lebenssituation, das heißt unter Anderem auch der soziale, kulturelle und religiöse Hintergrund der zu Pflegenden, berücksichtigt werden.

Eine Trennung in „körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung“ wie im Referentenentwurf vorgesehen, ist aus Sicht des DBfK daher nicht sinnvoll. Auch der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit, wie in §14 SGB XI dargestellt, verdeutlicht, dass eine Trennung der unterschiedlichen Bereiche nicht möglich ist.

Änderungsvorschlag

Der DBfK regt an, dass § 4 Absatz 1 Satz folgendermaßen gefasst wird: „Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Pflege, der sich aus den sechs Bereichen nach § 14 Absatz 2 SGB XI ergibt sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht.“

Zu Nummer 5 (§7 Aufklärung, Beratung)

Referentenentwurf ((Doppel-)Buchstaben a, b, c, aa, bb)

Die Aufgaben der Pflegekassen sollen Aufklärung und Auskunft der Versicherten sein. Diese Aufgaben sollen auch durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen ohne Qualifikation als Pflegeberaterin bzw. Pflegeberater im Sinne von § 7a wahrgenommen werden können.

Stellungnahme

Wir begrüßen grundsätzlich, einen klaren Umgang mit den im Gesetz verwendeten Begriffen. Eine Abgrenzung von Aufklärung und Information zu Beratung bewertet der DBfK positiv.

³ Prof. Büscher, Andreas (2015): Gutachten zur Klärung von Grundsatzfragen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und –berichterstattung in der häuslichen Pflege auf Basis der gegenwärtigen Rahmenbedingungen. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Referentenentwurf ((Doppel-)Buchstaben cc, d, e)

Die zuständige Pflegekasse soll die Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste informieren. Diese soll erst auf Anforderung des Antragsstellers ausgehändigt werden, da sie zukünftig auf der Internetseite des jeweiligen Landesverbandes der Pflegekassen zu veröffentlichen ist. Neu eingeführt werden soll die Verpflichtung, in die bisherigen Leistungs- und Preisvergleichslisten auch konkrete Informationen zu Angebot, Kosten und regionaler Verfügbarkeit für zugelassene Pflegeeinrichtungen sowie für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach Maßgabe von § 45a Absatz 1 bis 3 (neu) aufzunehmen. Dies soll den Umfang und die zeitnahe Verfügbarkeit von Informationen über niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, die im Umfeld erreichbar sind, verbessern und den Wettbewerb zwischen den verschiedenen Angeboten fördern.

Stellungnahme

Im Sinne einer transparenten Leistungserbringung als auch im Sinne der Pflegebedürftigen begrüßt der DBfK die Veröffentlichung der Leistungs- und Preisvergleichslisten im Internet. Missverständlich ist für uns der Begriff „regionale Verfügbarkeit“. Zum einen kann die vorhandene Kapazität der Pflegeeinrichtung gemeint sein, andererseits kann sich der Begriff aber auch auf das regionale Angebot beziehen. Der DBfK sieht die Gefahr, dass die Aktualität der Angaben im Internet nicht gewährleistet werden kann, da sich die vorhandene Kapazität täglich ändern kann.

Problematisch sieht der DBfK, dass der Wettbewerb der Einrichtungen mit den Leistungs- und Preisvergleichslisten schwerpunktmäßig über den Preis geregelt wird. Wie in den Erläuterungen zum § 115 im Referentenentwurf beschriebenen, bildet das derzeitige System der Pflegenoten die Qualität der Leistungserbringung nicht aussagekräftig ab. Nach unserer Ansicht kommt es zu einer einseitigen Darstellung des Angebots. Der Verbraucher wird angeregt, seine Auswahl über den Preis zu treffen.

Änderungsvorschlag

Der DBfK regt an, den Begriff „regionale Verfügbarkeit“ zu operationalisieren.

In den Leistungs- und Preisvergleichslisten sollte explizit darauf hingewiesen werden, dass die Auswahl einer Einrichtung unter mehreren Aspekten erfolgen sollte. Auf der Internetseite

sollte ein Hinweis auf Kriterien erfolgen, die es erleichtern eine passende Einrichtung zu finden (siehe hierzu Checklisten Weiße Liste und ZQP).

Zu Nummer 6 (§7a Pflegeberatung)

Referentenentwurf ((Doppel-)Buchstaben aa, bb, cc, dd, e, f)

Ratsuchenden Leistungsbeziehern sollen die Pflegekassen vor Ort schnell und unbürokratisch feste Ansprechpartner für eine individuelle Beratung benennen.

Hierbei soll eine personelle Kontinuität gefördert werden, so dass diese auch für spätere Rückfragen oder für Folgeberatungen zur Verfügung stehen.

Für die Durchführung der Pflegeberatung sollen einheitliche, fachlich fundierte Vorgaben eingeführt werden.

In die Beratung sollen auch regelmäßig die Ergebnisse von Pflegeberatungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 einbezogen werden.

Ein Anspruch auf Beratung sollen zukünftig auch die pflegenden Angehörigen, Lebenspartner und weitere Personen haben.

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Pflegeberatung im Sinne der Pflegeversicherung durchführenden Personen und Stellen vereinbaren.

Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung ist zu gewährleisten.

Es soll eine Berichtspflicht zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 eingeführt werden. Dies bezieht sich insbesondere auch darauf, zu ermitteln, ob und mit welchen Wirkungen Erkenntnisse und Hinweise aus den Beratungsbesuchen von den Beteiligten tatsächlich in der Praxis umgesetzt werden.

Stellungnahme

Grundsätzlich möchten wir darauf hinweisen, dass pflegebedürftige Menschen sowie pflegende Angehörige ein Anrecht auf eine neutrale Beratung haben. Wenn die Pflegekassen sich aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen können und nicht müssen,

dann werden sie unter Beachtung des eigenen Wirtschaftlichkeitsgebotes, die Beratung selbst durchführen. Aus Sicht des DBfK besteht bei Beratungsangeboten durch MitarbeiterInnen der Pflegekasse jedoch die Gefahr, dass eigenwirtschaftlichen Interessen im Vordergrund stehen. Der DBfK fordert, dass ausgebildete Pflegeberater nach § 7a, unabhängig davon, ob sie freiberuflich tätig sind, bei einer Organisation oder einem Unternehmen angestellt sind als Pflegeberater zugelassen werden und ihre Leistungen entsprechend bei den Kassen abrechnen können. Analog des § 37 Abs. 7 SGB XI sollte geregelt werden, dass die Pflegekassen Beratungsstellen anerkennen, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Weiterhin möchten wir darauf hinweisen, dass die bisherige Anzahl der Pflegestützpunkte nicht ausreicht, damit alle Versicherten dieses Angebot wohnortnah in Anspruch nehmen können.

Im Abschlussbericht „Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen“ des Zentrums für Sozialpolitik wird darauf hingewiesen, dass die Beratung der Pflegestützpunkte überwiegend von Menschen aus dem nahen Umfeld der Pflegestützpunkte wahrgenommen wird. „Die räumliche Nähe ist also ausschlaggebend für die Nutzung der Pflegestützpunkte. (...) Hier ist zu prüfen, ob die Einrichtung weiterer Stützpunkte in den unterversorgten Stadtteilen notwendig ist“ (ZeS 2012, S. 100).⁴

Pflegebedürftige und ihren Angehörigen sollte freigestellt werden, ob sie eine Beratung durch die Pflegekassen oder die einer unabhängigen Beratungsstelle in Anspruch nehmen möchten. Ein fester Ansprechpartner ist grundsätzlich zu begrüßen.

Bereits im Jahr 2011 hat der DBfK in seinem Positionspapier zur Reform der Pflegeversicherung⁵ deutlich gemacht, dass die Einführung eines Qualitätssicherungssystems für die Etablierung von einheitlichen Qualitätsniveaus für die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte als wesentlich erachtet wird. Wir begrüßen, dass für die Durchführung der Pflegeberatung nunmehr einheitliche, fachlich fundierte Vorgaben eingeführt werden sollen.

Der DBfK begrüßt die Einbeziehung der Ergebnisse der Beratung nach § 37 Abs. 3 in die Beratung nach § 7a. Nach unserer Kenntnis liegen diese, wie auch das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung jedoch insbesondere bei einem Erstantrag nicht vor und können entsprechend keine Verwendung finden. Die Hilfeplanung muss in der Regel ohne diese beiden Instrumente erfolgen. Für uns ist fraglich, wie ein nicht bei der Pflegekasse angesiedelter externer Pflegeberater/ eine externe Pflegeberaterin bei einem

⁴ Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen (2012): Abschlussbericht „Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen“. Projektleitung Prof. Dr. Heinz Rothgang.

⁵ DBfK (2011): Positionspapier des DBfK zur Reform der Pflegeversicherung. <http://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-Pflegeversicherungsreform-2011-03-22.pdf> aufgerufen am 05.07.2015

erneuten Folgeberatungstermin das Gutachten und das Ergebnis der § 37 Abs. 3 Besuche erhalten kann. Eine Verpflichtung zur Vorlage durch den Pflegebedürftigen besteht nach unserer Ansicht nicht, da die Beratung § 7a auf freiwilliger Basis erfolgt.

Der DBfK sieht es als folgerichtig an, Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zu erstellen, in denen eine strukturierte Zusammenarbeit der die Pflegeberatung durchführenden Personen geregelt werden sollen. Nach unserer Kenntnis gibt es jedoch Bundesländer, in denen die komplette soziale Beratung an einen Verbandsverbund vergeben ist. Da wir in den Bundesländern eine Trägervielfalt haben, ist auch eine Vielfalt bei der sozialen Beratung anzustreben.

Der DBfK begrüßt die Erstellung eines Berichts über die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Beratung nach § 7a ff. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass eine professionelle Beratung das Ziel hat, die Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen zu verbessern und bei Bedarf die Entscheidungsfindung zu unterstützen. Beratung ist als ergebnisoffener Prozess zu sehen (vgl. DNQP 2014, S.23)⁶. Der Begriff „Wirkung“ bedeutet „durch eine verursachende Kraft bewirkte Veränderung, Beeinflussung, bewirktes Ergebnis“⁷. Das Selbstbestimmungsrecht des Versicherten darf aus unserer Sicht nicht eingeschränkt werden.

Änderungsvorschlag

Der DBfK fordert, das Netz von unabhängigen Beratungsstellen sowie unabhängigen PflegeberaterInnen auszubauen und eine flächendeckende Versorgung mit Pflegestützpunkten sicherzustellen.

Die strukturelle Gestaltung der Pflegestützpunkte sollte entscheidend geändert werden, damit die Berater möglichst unabhängig von den Interessen der Leistungsträger und Leistungserbringern agieren können.

Der DBfK regt an, das Recht der Versicherten hinsichtlich der Wahl eines Pflegeberaters/ einer Pflegeberaterin bzw. Beratungsstelle in §§ 7a und 7b SGB XI gesetzlich zu verankern.

Der DBfK bittet um Konkretisierung wie von den Pflegekassen unabhängige PflegeberaterInnen nach § 7a bei einer Folgeberatung das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Ergebnisse der § 37 Abs. 3 Besuche erhalten.

⁶ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2014): Arbeitsunterlagen zur Fachkonferenz zum Expertenstandard nach §113a SGB XI.

⁷ <http://www.duden.de/rechtschreibung/Wirkung> aufgerufen am 07.07.2015

Der DBfK sieht es als notwendig an, die Leistungserbringerverbände bei der Erarbeitung der Rahmenvereinbarungen nicht nur anzuhören sondern zu beteiligen.

Der DBfK regt an, den Begriff „Wirkung“ zu prüfen.

Zu Nummer 7 (§7b Beratungsgutscheine)

Referentenentwurf (Doppelbuchstaben aa)

Die Frist von 14 Tagen, die für die Benennung eines konkreten Beratungstermins und einer Kontaktperson bzw. für die Aushändigung eines Beratungsgutscheines durch die Pflegekasse einzuhalten ist, soll nicht mehr auf den Erstantrag begrenzt sein.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt die Erweiterung der Antragsbereiche für die Beratungsgutscheine gem. § 7b. Wie schon in unserer Stellungnahme zum § 7 aufgeführt, sehen wir es kritisch, dass ein Beratungsgutschein nur dann ausgestellt werden soll, wenn die Beratung nicht von den Pflegekassen selbst durchgeführt werden kann. Wir möchten auch hier nochmals betonen, dass den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ein Wahlrecht eingeräumt werden sollte und unabhängige PflegeberaterInnen bzw. Beratungsstellen anerkannt werden sollten.

Zu Nummer 9 (§8 Gemeinsame Verantwortung)

Referentenentwurf

Aus den Mitteln nach § 8, Absatz 3 SGB XI (Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr) soll die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 sichergestellt werden.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt diese Regelung. Nur durch eine unabhängige Finanzierung, kann die Erstellung von unabhängigen wissenschaftlichen Gutachten sichergestellt werden.

Zu Nummer 13 (§14 Begriff der Pflegebedürftigkeit)

Referentenentwurf

Pflegebedürftige im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes sollen zukünftig alle Menschen sein, die aufgrund der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsinstrument einen Pflegegrad erhalten, unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer Beeinträchtigungen im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt.

Als pflegebedürftig im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes sollen Personen definiert werden, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen bei den im Gesetz abschließend festgelegten Aktivitäten und Fähigkeiten in abschließend festgelegten Bereichen der Hilfe durch Andere bedürfen. Der Hilfebedarf muss auf den bezeichneten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder den Fähigkeitsstörungen beruhen, andere Ursachen für einen Hilfebedarf bleiben außer Betracht. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen sollen personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-) Umfeld ermittelt werden.

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den nachfolgenden sechs Bereichen, die sich auf die in den Bereichen angegebenen Aktivitäten und Fähigkeiten beziehen:

Mobilität, Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Dabei sollen nur solche Personen pflegebedürftig sein, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher, kognitiver oder psychischer Funktionen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt es sehr, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf die lange geforderte Einführung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) vorgenommen wird.

Wir sehen jedoch die Gefahr, dass sich durch die Aufzählung behandlungspflegerischer Maßnahmen im Bereich 5 „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf...“ weitreichende Auswirkungen auf das SGB V ergeben können.

In dem vorliegenden Referentenentwurf werden aufgezählt: „Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen oder Sauerstoffgabe, Einreibungen, Kälte- und

Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel, Verbandswechsel und Wundversorgung, Wundversorgung bei Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung, zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnter Besuch medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen und Besuch von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern).“ Diese aufgeführten Leistungen sind nach aktueller Gesetzgebung Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Es besteht zu befürchten, dass diese Leistungen von den Kostenträgern im Rahmen der Sachleistung nach § 36 Absatz 3 SGB XI als abgegolten bewertet werden.

Wenngleich die Begründung zum Referentenentwurf als auch die Ausführungen zum NBA deutlich machen, dass es ausdrücklich nicht um die Einschätzung des Bedarfs an ärztlich verordneten Pflegeleistungen nach dem SGB V geht, muss davon ausgegangen werden, dass diese Formulierung zu Schwierigkeiten in der Praxis führen wird.

Daher ist im Sinne des Expertenbeirates eine deutliche Klarstellung im *Gesetzestext* an dieser Stelle sowie in § 36 SGB XI dringend notwendig. Ohne diesen Hinweis würden nur die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen im SGB V verbleiben. Insbesondere im Zusammenhang mit der geplanten Änderung im SGB V, das Wort „verrichtungsbezogene“ zu streichen, wird dies zu einer unüberschaubaren leistungsrechtlichen Schieflage führen.

Eine weitere Gefahr sieht der DBfK darin, dass die Pflegebedürftigen bzw. ihre Pflegeperson durch den Kostenträger dazu gedrängt werden, möglichst viele Leistungen aus dem Bereich 5 selbstständig zu erbringen, nachdem sie durch den ambulanten Pflegedienst dazu angeleitet, motiviert oder geschult wurden.

Ebenfalls zu befürchten ist, dass die Sozialhilfe nach SGB XII, insbesondere der Bereich „Teilhabe“ (§ 34a SGB XII), von den Neuregelungen betroffen sein wird. Daher sollte auch hier eine deutliche Abgrenzung im vorliegenden Gesetz getroffen werden. Ansonsten wären die Leistungen nach dem SGB XII, wie beispielsweise Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft, an der Unterstützung bei der Aufnahme und Gestaltung veränderter persönlicher und sozialer Bezüge und an der Unterstützung bei einer selbstbestimmten und einer möglichst selbständigen Lebensführung, gefährdet.

Änderungsvorschlag

Aus Sicht des DBfK muss dringend der Hinweis im Gesetzestext aufgenommen werden, dass die aufgezählten Leistungen in §14 Absatz 2 Nummer 5 SGB XI auch weiterhin in der häuslichen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden und

somit § 13 Absatz 2 des Elften Buches unberührt bleibt. Dieser Hinweis muss ebenfalls im § 36 SGB XI festgehalten werden.

Ebenfalls ist eine Abgrenzung zum § 34a SGB XII notwendig.

Zu Nummer 14 (§15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument)

Referentenentwurf (Absatz 1)

Pflegebedürftige sollen nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) erhalten. Ab dem Stichtag soll der Pflegegrad mit einem neuen, pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstrument ermittelt werden. Damit soll es ab dem Stichtag nur noch ein Feststellungsverfahren für Pflegebedürftigkeit geben. Die gesonderte Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz soll nach § 45a ab dem Stichtag nicht mehr erforderlich sein. Dadurch soll auch die Gleichbehandlung von körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen in der Begutachtung der Pflegeversicherung und in der Konsequenz beim Leistungszugang verwirklicht werden.

Referentenentwurf (Absatz 2)

Das Begutachtungsinstrument soll in sechs Module gegliedert sein, die den Bereichen nach § 14 Absatz 2 (neu) entsprechen. Der Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Störungen bei den Aktivitäten und Fähigkeiten ist hierbei zu erfassen. In jedem Modul sind den Kategorien oder Kombinationen von Kategorien entsprechend ihrem Schweregrad pflegfachlich begründete Punktwerte zuzuordnen (Einzelpunktwerte). Innerhalb jedes Moduls sind für die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten auf Modulebene fünf Punktbereiche vorzusehen. Jedem Punktbereich innerhalb eines Moduls ist unter Berücksichtigung der Schwere der Beeinträchtigungen und der nachstehenden Gewichtungen der Module ein gewichteter Punktwert zuzuordnen. Bei der Begutachtung sind die erreichten Einzelpunktwerte auf Modulebene zu addieren. Entsprechend dem hierbei erreichten Punktbereich sind die Einzelpunktwerte in die entsprechenden gewichteten Punktwerte umzurechnen. Aus den gewichteten Punktwerten ist für jedes einzelne Modul eine Teilsumme zu bilden. Aus den summierten Teilsummen aus allen sechs Modulen ist der Gesamtpunktwert zu bilden, der auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten liegt.

Referentenentwurf (Absatz 3)

Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich anhand des mit dem Begutachtungsinstrument ermittelten Gesamtpunktwerts:

- ➔ Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)
- ➔ Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte)
- ➔ Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte)
- ➔ Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (70 bis unter 90 Punkte)
- ➔ Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Bei einigen Pflegebedürftigen ist es möglich, dass der Pflegegrad 5 nicht automatisch erreicht wird, obwohl er nach der Schwere der Beeinträchtigung angemessen wäre. Daher soll für wenige, besonders gelagerte Fallkonstellationen die Einstufung in Pflegegrad 5 auch ohne Erreichen des regulären Schwellenwerts ermöglicht werden.

Referentenentwurf (Absatz 4 und 5)

Bei pflegebedürftigen Kindern soll der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeitsstörungen mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt werden.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt, dass mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs körperliche, kognitive, psychische und soziale Aspekte des Lebens gleichberechtigt Berücksichtigung finden. Wir möchten aber auch hier, wie auch schon bei unserer Stellungnahme zum § 14 deutlich machen, dass leistungsrechtliche Abgrenzungsprobleme vermieden werden müssen.

Änderungsvorschlag

Auch im § 15 muss ein Hinweis erfolgen, dass bei der Ermittlung der Beeinträchtigung der Selbständigkeit im Modul 5 „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingter Anforderungen und Belastungen“, die Leistungen des SGB V unberührt bleiben.

Zu Nummer 16 (§17 Richtlinien der Pflegekassen)

Referentenentwurf (Buchstabe a)

Der Entwurf sieht vor, dass mit Inkrafttreten der Vorziehregelung nach § 17a im Präventionsgesetz, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Konkretisierungen des Begutachtungsinstruments und Begutachtungsverfahrens auf pflegfachlicher Grundlage mit dem Ziel, eine einheitliche Begutachtungspraxis zu fördern, vornimmt.

Referentenentwurf (Buchstabe b)

Es soll eine neue Richtlinienkompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des MDS eingeführt werden, mit der einheitliche Maßstäbe und Grundsätze – insbesondere für das Verfahren, eine qualitätsgesicherte Durchführung und wesentliche Inhalte der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI – vorgegeben werden (Pflegeberatungs-Richtlinie).

Stellungnahme

Der DBfK sieht in der Vorziehregelung im Präventionsgesetz eine deutliche Beleg der Bundesregierung, den Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungs-Assessment wie geplant zum 01.01.2017 einzuführen. Der DBfK hat in den vergangenen Jahren auf Bundesebene mehrfach eine zeitnahe Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angemahnt und begrüßt nun ausdrücklich den Zeitplan der Bundesregierung.

Ebenso begrüßt der DBfK die Entwicklung von Pflegeberatungs-Richtlinien. In den Erläuterungen im Absatz 1b ist zu möglichen Inhalten der Richtlinie beispielhaft aufgeführt, eine unentgeltlich zugängliche, anwenderfreundliche und aufwandsarme Software in der Beratung vorzusehen, um die vorhandenen personellen Kapazitäten der Pflegekassen zu entlasten. Aus Sicht des DBfK muss in den Erläuterungen zum § 17 deutlich gemacht werden, dass die Software allen in der Beratung tätigen Personen und Organisationen zur Verfügung gestellt werden muss, d.h. auch freiberuflich tätigen PflegeberaterInnen

Zu Nummer 17 (§18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

Referentenentwurf (Buchstabe b)

Dem Antragsteller soll mit der Zusendung des Bescheides durch die Pflegekasse auch das Gutachten des Medizinischen Dienstes zu übersendet werden und frühzeitig – d.h. bereits

bei der Begutachtung – auf dessen Bedeutung für die Planung und Gestaltung der Versorgung hingewiesen werden.

Referentenentwurf (Buchstabe d)

Neben den in § 14 Absatz 2 (neu) aufgezählten sechs Bereichen, in denen der Grad der individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen ermittelt wird, sollen zwei weitere Bereiche (Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung) in der Begutachtung berücksichtigt werden. Diese werden jedoch bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht berücksichtigt.

Referentenentwurf (Buchstabe e)

Mit einem verbesserten bundeseinheitlich strukturierten Verfahren, sollen deutlich mehr Rehabilitationsempfehlungen erreicht werden.

Referentenentwurf (Buchstabe f)

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse in ihrer Stellungnahme zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung mitzuteilen. Die Empfehlungen gelten jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt.

Stellungnahme

Der DBfK hat sich bereits in seiner Stellungnahme zum Pflegeneuausrichtungsgesetz dafür eingesetzt, dass im Sinne einer Transparenzerhöhung für die Versicherten die regelhafte Zusendung des Gutachtens als notwendig erachtet wird. Von daher begrüßen wir die Änderung ausdrücklich.

Rehabilitationsempfehlungen werden in der Praxis derzeit nur in geringem Maße ausgesprochen. Im Sinne der Pflegebedürftigen begrüßt der DBfK, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die medizinischen Dienste nunmehr auch gesetzlich verpflichtet werden einen einheitlichen Begutachtungs-Standard bundesweit umzusetzen.

Der DBfK sieht in dem nunmehr angedachten Antragsverfahren einen wichtigen Schritt in Richtung Entbürokratisierung. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen werden durch das vereinfachte Antragsverfahren entlastet.

Wir möchten darauf hinweisen, dass Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel hauptsächlich durch Dritte (pflegende Angehörige oder Pflegenden) zur Anwendung gebracht werden. Das ist ggf. mit Risiken für deren Sicherheit und Gesundheit verbunden, z.B. körperliche Überlastung

sowie Verletzungs- und Infektionsgefahren. Ergebnisse der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) sollte bei der Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen vor, dass nach Absatz 6a Satz 1 folgender Satz eingefügt wird: „Dabei sind die Gesundheit und der Arbeitsschutz der pflegenden Personen zu berücksichtigen, in Einrichtungen ist der betriebsärztliche Dienst zu involvieren“.

Zu Nummer 20 (§19 Begriff der Pflegeperson)

Referentenentwurf

Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 soll zukünftig eine Pflegeperson nur dann erhalten, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt.

Stellungnahme

Der DBfK sieht in diesem Vorgehen die Gefahr, dass durch die Festlegung auf zwei Tage statt bisher 14 Stunden, eine deutliche Ausweitung der Verfügbarkeit der Pflegeperson entsteht. Zwei Tage haben insgesamt 48 Stunden. Es ist zudem unwahrscheinlich, dass eine Person nur an zwei Tagen pro Woche Unterstützung benötigt. Vielmehr handelt es sich in der Regel um einen täglichen Unterstützungsbedarf zu festen Tageszeiten, beispielsweise beim zu Bett gehen. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI an diese beiden Tage geknüpft werden. Ebenfalls steht zu befürchten, dass die Kostenträger eine Kostenübernahme für pflegerische oder behandlungspflegerische Leistungen an diesen Tagen mit der Begründung verweigern, dass eine Pflegeperson vor Ort sei.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen vor, die bisherige Formulierung beizubehalten. Alternativ sollte deutlich im Gesetzestext klargestellt werden, dass es sich an den beiden Tagen nicht um eine 24-Stunden Betreuung durch die Pflegeperson handelt.

Zu Nummer 19 (§18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

Referentenentwurf

Das Bundesministerium für Gesundheit soll ein Begleitgremium einrichten, das die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit pflegfachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz unterstützt. Aufgabe des Begleitgremiums soll sein, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung der Umstellung zu unterstützen.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt diese Regelung ausdrücklich und schätzt die pflegfachliche und pflegwissenschaftliche Kompetenz als unabdingbar für eine praxisnahe und fachlich fundierte Klärung pflegebezogener Fragestellungen ein. Es sollte hierzu eine Regelung zum jeweiligen Kompetenzprofil (beispielweise pflegfachlicher oder gerontologischer Hintergrund) der Mitglieder des Begleitgremiums aufgestellt werden.

Zu Nummer 23 (§28a Leistungen bei Pflegegrad 1)

Referentenentwurf

Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung für den Pflegegrad 1 mit geringeren Leistungen als für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Damit Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die ihnen zustehenden Ansprüche leicht finden und realisieren und somit möglichst selbständig in der gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können, soll in § 28a ein Überblick über die Leistungen, die bei Pflegegrad 1 gewährt werden (z.B. Erstellung eines Versorgungsplans, Beratung über die Versorgung mit Hilfsmitteln, Wohngruppenzuschlag, Entlastungsbetrag) gewährt werden.

Stellungnahme

Beide Berichte zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009 und 2013) haben empfohlen, den Pflegegrad 1 zum Zweck der Erhaltung der Selbstständigkeit und Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit leistungrechtlich auszugestalten. Der Expertenbeirat 2013 hat zudem dafür plädiert, im Pflegegrad 1 einen

Anspruch auf solche Leistungen vorzusehen, die entweder häufige Bedarfslagen im Pflegegrad 1 adressieren oder die der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit dienen. Wir begrüßen daher, dass der Gesetzgeber diesem Vorschlag gefolgt ist.

Zu Nummer 27 (§36 Pflegesachleistung)

Referentenentwurf (Absatz 1 und 2)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 sollen Anspruch auf häusliche Pflegehilfe haben. Häusliche Pflegehilfe umfasst als Sachleistung körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Der jeweilige Sachleistungsbetrag soll nunmehr für alle drei Leistungsbereiche zur Verfügung stehen. Die bisherige Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sein müssen, soll aufgegeben werden. Die Pflegebedürftigen sollen aus den Angeboten zugelassener Pflegedienste nach ihren Wünschen und Bedürfnissen frei wählen können.

Referentenentwurf (Absatz 3)

Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat für Pflegebedürftige des Pflegegrades

- 2: Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
- 3: Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 298 Euro,
- 4: Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 612 Euro,
- 5: Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 995 Euro.

Referentenentwurf (Absatz 4)

Häusliche Pflegehilfe soll durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, soll häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden können.

Stellungnahme

Bezüglich der neuen Begrifflichkeit der „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ beziehen wir uns auf unsere Erläuterungen zu Nummer 4.

Die neue Regelung, dass der Versicherte frei wählen kann, für welchen Bereich er den zur Verfügung stehende Sachleistungsbetrag einsetzen möchte, begrüßen wir ausdrücklich. So

können auch „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ komplett ausgeschöpft werden, ohne dass, wie zuvor, die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sein muss. Dadurch kann sichergestellt werden, dass insbesondere kognitiv beeinträchtigte Personen von der neuen Wahlfreiheit der Pflegesachleistung profitieren werden.

In der Begründung zum Referentenentwurf wird darauf hingewiesen, dass durch es durch den neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (neu) und die Regelung der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI (neu) zu keinen Verschiebungen aus dem SGB XI in das SGB V kommen soll. Hierzu muss es auch eine deutliche Formulierung im § 36 SGB XI geben (vergleiche Anmerkungen zu § 14 SGB XI).

Änderungsvorschlag

Der DBfK schlägt vor, einen Absatz 5 mit folgendem Wortlaut in den § 36 SGB XI anzufügen: „Mit den Neuregelungen des § 14 SGB XI sowie § 36 SGB XI sind keine Leistungsverchiebungen zwischen dem Sozialgesetzbuch XI und dem Sozialgesetzbuch V verbunden.“

Zu Nummer 28 (§37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen)

Referentenentwurf

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 sollen anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen können. Dieses beträgt

1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes soll während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt werden.

Die verpflichtenden Beratungseinsätze für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 sollen auf einen halbjährlichen und für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 auf einen vierteljährlichen Turnus festgesetzt werden. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, so sollen sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen können. Um dem neuen Pflegebegriff Rechnung zu tragen, soll sich die pflegfachliche Beratung, anstatt sich auf die pflegfachlichen Belange im herkömmlichen Sinne zu beschränken, künftig weiterentwickeln

und insbesondere in noch stärkerem Maße an den jeweiligen individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfen ausgerichtet werden. Die Vergütung hierfür soll nicht angepasst werden. Die Vereinbarung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche auf Bundesebene soll durch die Partner der Selbstverwaltung bis zum 01.01.2018 beschlossen werden.

Stellungnahme

Die notwendigen Anpassungen des Pflegegeldes an die neuen Pflegegrade bewerten wir als sachgerecht.

Die Anpassungen zur Regelung zur Fortgewährung des Pflegegeldes bei der Inanspruchnahme von Kurzzeit- oder Verhinderungspflege auf die neuen zeitlichen Höchstgrenzen begrüßen wir. Hierdurch wird die in der Praxis verwirrende Differenz zwischen der zeitlichen Höchstgrenze für die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege einerseits und der Dauer der hälftigen Pflegegeldzahlung andererseits aufgehoben.

Ebenfalls begrüßen wir die zusätzliche Möglichkeit für Versicherte, die Pflegesachleitungen erhalten, halbjährlich eine Beratung nach § 37 SGB XI in Anspruch nehmen können. Somit wird für diesen Personenkreis ein verbindlicher Anspruch auf eine regelmäßige Beratung zur pflegerischen Situation geschaffen.

Wir bewerten zwar den Ansatz, dass die Beratung sich weiterentwickeln und in noch stärkerem Maße an den jeweiligem individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf ausgerichtet werden muss als positiv, allerdings darf die Vergütung hierfür nicht in ihrer bisherigen Struktur bleiben. 23 € (für Pflegegrade 2 und 3) bzw. 33 € (für Pflegegrade 4 und 5) sind für den Gesamtaufwand, das heißt unter anderem Terminvereinbarung/-änderung, An- und Abfahrt, Beschaffungskosten für Informationsmaterial, Stundenlohn für eine Pflegefachperson, nicht kostendeckend. Die Vergütung kann daher aus unserer Sicht nicht durch eine Festlegung im SGB XI erfolgen, sondern muss in den Vergütungsverhandlungen nach § 89 SGB XI auf Länderebene zwischen den Leistungs- und Kostenträgern ausgehandelt werden.

Die Vereinbarung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche auf Bundesebene durch die Vertragsparteien nach § 113 begrüßen wir.

Änderungsvorschlag

Der DBfK regt an, die Höhe der Vergütung aus dem § 37 SGB XI zu entfernen und Regelungen diesbezüglich den Vertragsparteien auf Länderebene zu überlassen.

Zu Nummer 30 (§38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)

Referentenentwurf

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen sollen Leistungen der Tages- und Nachtpflege nur in Anspruch nehmen können, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

Stellungnahme

Diese Änderung ist aus Sicht des DBfK nicht mit § 2 Absatz 2 Satz 1 („Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen.“) vereinbar. Die betreute Wohngruppe ist gleichzusetzen mit einer privaten Wohnung. Die Mieter der Wohngemeinschaft teilen sich die Miet- und Betriebskosten und beauftragen gemeinschaftlich einen Pflegedienst, der ambulante Pflegeleistungen erbringt. Das Wohnraum- und Dienstleistungsangebot sind dabei strikt getrennt und werden nicht durch ein und denselben Dienstleister erbracht. Daher findet auch keine leistungsrechtliche Verschiebung in die stationäre Versorgung nach § 43 a SGB XI statt. Die Wahlfreiheit kann und darf daher keinesfalls für Personen, die sich für eine private Unterkunft in einer Wohngemeinschaft entschieden haben, eingeschränkt werden. Tagespflege bedeutet in erster Linie Teilhabe. Menschen, die sich für ein Leben in einer Wohngemeinschaft entschieden haben, darf diese Teilhabe nicht verwehrt werden. Auch sie haben ein Anrecht, ihre persönliche Wohnung zu verlassen und die Angebote von Tagespflege wahrzunehmen. Diese Art der Tagesstrukturierung ist nicht vergleichbar mit der Sicherstellung von Pflege und Betreuung in der Wohngemeinschaft. Der DBfK regt daher an, pflegebedürftigen Menschen die sich für ein Leben in einer betreuten Wohngemeinschaft entschieden haben, alternativ zur Tagespflege 50% der hierfür aufzuwendenden Kosten für Maßnahmen zur Teilhabe erstatten. Diese Maßnahmen können dann innerhalb der tagesstrukturierenden Maßnahmen in der Wohngemeinschaft, z.B. gemeinsame Ausflüge, integriert werden.

Änderungsvorschlag

Nach Ansicht des DBfK muss die geplante Änderung gestrichen werden. Aufgenommen werden sollte hingegen ein neuer Absatz 3: „Sollten keine Angebote der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI beansprucht werden, so kann das hierfür vorgesehene

Budget in Höhe von 50 vom Hundert zur Erstattung von zusätzlichen Leistungen zur Teilhabe des von der Wohngemeinschaft beauftragten Pflegedienstes eingesetzt werden.“

Zu Nummer 37 (§44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen)

Referentenentwurf

Mit der Neufassung soll der Anspruch auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen durch die Pflegeversicherung unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geregelt werden. Alle Personen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegen (Pflegeperson im Sinne des § 19), sollen grundsätzlich einen Anspruch auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen haben. Der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson soll im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) mindestens 30 Prozent der Pflege betragen.

Stellungnahme

Zu der geplanten Neuregelung, zwei Tage anstatt der bisherigen 14 Stunden, zur Leistungsbemessungsgrundlage zu machen, haben wir bereits in Nummer 19 (§20) Stellung genommen. Auch in dem Kontext des Anspruchs auf Rentenversicherungsbeiträgen sehen wir die geplante Änderung äußerst kritisch.

Hinsichtlich der 30%-Regelung plädiert der DBfK für eine Richtlinie, die darüber bestimmt, wie die Berechnung hierzu im Detail erfolgen soll.

Zu Nummer 39 (§45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen)

Referentenentwurf

Die Pflegekassen sollen nunmehr dazu verpflichtet werden– entweder als Gruppen- oder als Einzelschulungen – Pflegekurse durchzuführen. Dies gilt sowohl für die Pflegepersonen, beispielsweise die pflegenden Angehörigen, als auch für die betroffenen Pflegebedürftigen. Auf Wunsch sollen die Schulungen auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt grundsätzlich, dass die bisherige Formulierung in eine verpflichtende Regelung umgewandelt wird. Wir finden wichtig an dieser Stelle zu betonen, dass die Pflegekassen hierzu auch mit zertifizierten PflegeberaterInnen entsprechend den Anforderungen gemäß § 45 SGB XI zusammenarbeiten können. Diese können entweder selbstständig oder in einem ambulanten Pflegedienst angestellt sein. Insbesondere die individuellen Schulungen in der eigenen Häuslichkeit sind hierbei für die Pflegepersonen von hoher Bedeutung. Nur so kann ein Transfer des pflegebedürftigen Menschen, z.B. vom Bett in den Rollstuhl, dann ins Bad zum Duschen inklusive einem schonenden Kleidungswechsel, situationsgerecht eingeübt werden. Diese individuelle Schulung darf keinesfalls nur auf Wunsch angeboten werden, da davon ausgegangen werden muss, dass die Versicherten sowie ihre Pflegepersonen über diese „Wunsch-Leistung“ nicht informiert sind.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen vor, die bisherige Formulierung „Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden“ beizubehalten und auf eine neue Formulierung zu verzichten.

Zu Nummer 40 (§45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung)

Referentenentwurf

Die bisherigen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote sollen unter dem neuen Oberbegriff der „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ zusammengefasst werden. Je nach der Ausrichtung der Angebote kann es sich dabei um „Betreuungsangebote“ (z. B. Tagesbetreuung, Einzelbetreuung), „Angebote zur Entlastung von Pflegenden“ (z. B. durch Pflegebegleiter) oder „Angebote zur Entlastung im Alltag“ (z. B. in Form von praktischen Hilfen) handeln.

Die Angebote sollen über ein Konzept verfügen, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept soll ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine

kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist, umfassen.

Für die Leistung können sowohl der Entlastungsbetrag nach § 45 b (neu) oder 40 Prozent des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags für ambulante Pflegesachleistungen eingesetzt werden.

Stellungnahme

Zu den in § 1 Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 3 beschriebenen „Betreuungsangeboten“ und „Angebote zur Entlastung im Alltag“:

Kritisch betrachten wir weiterhin, wie bereits in unserer Stellungnahme zum Pflegestärkungsgesetz I deutlich gemacht, dass auf der Basis des Ehrenamtes oder des zweiten Arbeitsmarktes eine Abwertung der professionellen Pflege erfolgt. Insbesondere die Betreuung von Menschen mit Demenz ist keine Tätigkeit, die durch unerfahrene „Alltagsbegleiter“ oder „Pflegebegleiter“ ausgeführt werden kann und darf. Häufig sind mit der Diagnose Demenz weitere Erkrankungen verbunden, z.B. neurologische Erkrankungen, Infektionen, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen sowie Blasenfunktionsstörungen. Diese Multimorbidität erhöht den medizinisch-pflegerischen sowie grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf. Hier ist es erforderlich, eine sach- und fachkundige, dem allgemeinen Stand der Wissenschaft entsprechende, umfassende Pflege zu erbringen. Dies bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen umzusetzen, erfordert eine hohe psychosoziale Kompetenz der Pflegeperson, da die Einsicht in die Notwendigkeit von ärztlich verordneten Maßnahmen oder pflegerisch indizierten Handlungen fehlt. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, dass die Planung, Durchführung, Koordination und Evaluation der Pflege, Betreuung und Versorgung bei Inanspruchnahme eines professionellen Dienstes unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachperson erfolgt. Aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen wäre es wünschenswert, dass es mehr „Pflege und Betreuung aus einer Hand“ gibt. Hierbei ist ebenfalls auf die Qualität der Leistung großer Wert zu legen. Die zur Betreuung eingesetzten Personen müssen in jedem Fall über eine anerkannte Qualifizierung verfügen, eine „sachgerechte Schulung“ wie es die Erläuterung vorsieht, ist hierbei keinesfalls ausreichend. Ebenfalls völlig unzureichend ist „das Vorhandensein eines gewissen, angemessenen Grund- und Notfallwissens im Umgang mit Pflegebedürftigen“, wie es in der Begründung des Referentenentwurfs heißt.

Vor diesem Hintergrund müssen nach § 72 SGB XI zugelassene ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen automatisch eine Anerkennung für die Angebote zur Unterstützung im Alltag erhalten. Dies sollte im Gesetz klargestellt werden.

Den Umwandlungsanspruch, d.h. die Umwidmung von 40% des zur Verfügung stehenden Sachleistungsbudgets, haben wir bereits bei der Einführung durch das Pflegestärkungsgesetz I kritisiert. Der DBfK sieht hier weiterhin eine Gefahr in der Konkurrenz der Sozialgesetzbücher. Wenn hauswirtschaftliche Leistungen zukünftig als Entlastungsleistungen erbracht werden, dann wird dies dazu führen, dass bei einem SGB XII Leistungsbezug Hilfe zur Pflege und Hilfe in anderen Lebenslagen (Kapitel VII und IX), Betreuungsleistungen aufgrund der Nachrangigkeit von SGB XII Leistungen für die hauswirtschaftliche Versorgung und Leistungen der Teilhabe aufgebraucht werden müssen. Da die Leistungen der Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung durch den neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit laut § 14 SGB XI (neu) integraler Bestandteil der Leistungen ambulanter Pflegedienste sind, sehen wir keine Notwendigkeit, diese Leistungen durch eine gesonderte Gruppe von Leistungserbringern erbringen zu lassen. Daher sehen wir die Regelungen in § 45 a SGB XI als eigentlich obsolet an.

Zu Nummer 40 (§45b Entlastungsbetrag)

Referentenentwurf

Der bisherige Anspruch auf „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ soll nun besser verständlich als „Entlastungsbetrag“ bezeichnet werden und beträgt 125€. Allen Anspruchsberechtigten wird ein einheitlicher Entlastungsbeitrag gewährt. Der Betrag ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger einzusetzen sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Die Pflegebedürftigen erhalten die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse. Der Beitrag soll nicht dafür genutzt werden, um körperbezogene Pflege abzudecken, sondern Pflegepersonen zu entlasten und die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen zu fördern (betrifft Pflegegrade 2 bis 5). Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 hingegen können den Entlastungsbetrag auch für Aufwendungen einsetzen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der körperbezogenen Pflege im Sinne des § 36 entstehen.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt diese Regelung grundsätzlich, da ein einheitlicher Entlastungsbetrag für alle Anspruchsberechtigten zu einer deutlich übersichtlicheren Leistungsgestaltung führt.

Wir fordern jedoch die Klarstellung, dass zwar die Erstattung der Aufwendungen beantragt werden muss, nicht aber der Leistungsanspruch selbst. Somit sind die nachgewiesenen Aufwendungen auch rückwirkend zu erstatten, sofern sich der Antrag auf einen Zeitraum bezieht, in dem der Leistungsanspruch bereits bestand. Innerhalb eines Kalenderjahres muss der Anspruch auf Erstattung kumuliert werden, bis er erstmalig in Anspruch genommen wird. Ebenfalls muss das Einreichen der Rechnung über erbrachte Leistungen als Antrag auf Kostenerstattung gelten, um nicht unnötige bürokratische Hürden aufzubauen.

Es sollte klargestellt werden, dass ausschließlich ambulante Pflegedienste körperbezogene Pflege bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 im Rahmen des § 45 b SGB XI (neu) erbringen dürfen. Diese Leistung darf nicht durch Anbieter nach § 45a SGB XI (neu) abgerechnet werden dürfen.

Zudem möchten wir betonen, dass nicht nur pflegebedürftige Menschen die von einer Pflegeperson betreut werden, leistungsberechtigt sein dürfen. Dies sollte in der Begründung klar gestellt werden.

Zu Nummer 42 (§53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte)

Referentenentwurf

Angesichts der leistungsrechtlichen Neuregelung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen in § 43b, soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte erlassen.

Stellungnahme

Der Anteil der Betreuungskräfte wurde bereits mit dem PSG I deutlich erhöht. Wir möchten an dieser Stelle erneut darauf hinweisen, dass immer mehr gering qualifizierte Mitarbeiter die schlechte Personalausstattung insbesondere im Bereich der Pflegefachpersonen nicht kompensieren können. Der Einsatz von un- bzw. angelerntem Betreuungspersonal führt zunehmend zu einer Deprofessionalisierung in der Leistungserbringung der Pflegeversicherung. Der DBfK fordert weiterhin, die Betreuung als Teilaspekt pflegerischer Kompetenz zu definieren und ein ausgewogenes Verhältnis von Fachpersonal und ungelertem Personal im Betreuungsschlüssel festzuschreiben.

Die derzeitige Qualifikation zusätzlicher Betreuungskräfte beläuft sich auf 160 Stunden sowie ein zweiwöchiges Praktikum. Aus Sicht des DBfK sollte die Qualifizierung der zusätzlichen Betreuungskräfte deutlich verbessert werden.

Zu Nummer 44 (§75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung)

Referentenentwurf

Die Personalanzahlzahlen sollen sich künftig nach den Pflegegraden richten. Der Verweis auf die Heimpersonalverordnung soll gestrichen werden. Im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sollen von den Vereinbarungspartnern die Personalstruktur und die Personalrichtwertvereinbarungen geprüft und auf die neuen Pflegegrade hin angepasst werden.

Stellungnahme

Der Gesetzgeber hat es versäumt, dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit einem konzeptionellen neuen Rahmen hinsichtlich der personellen Ausstattung in Pflegeeinrichtungen zu hinterlegen. Wir fordern, hieran die Pflegefachkraftquote in Abhängigkeit vom Pflegebedarf der BewohnerInnen mittels eines validen Personalbemessungssystems abzustimmen und dementsprechend anzuheben. Ansonsten steht zu befürchten, dass der angestrebte Perspektivwechsel in der Pflege mangels ausreichender personeller Ressourcen nicht umzusetzen sein wird. Die Pflegereform darf nicht zu Lasten der Beschäftigten im Pflegesystem gehen. Generell ist stark zu bemängeln, dass der Gesetzesentwurf keinerlei Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden, weder in finanzieller noch in personeller Hinsicht, vorsieht.

Zu Nummer 46 (§84 Bemessungsgrundsätze)

Referentenentwurf (Doppelbuchstabe bb)

Für die Pflegesätze im vollstationären Bereich sollen in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Kosten vorgesehen werden (einrichtungseinheitliche Eigenanteile).

Referentenentwurf (Buchstabe c)

Mit den Vergütungszuschlägen sollen alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten sein. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, eine Mehrbelastung von Pflegebedürftigen mit höheren Pflegegraden abzuwenden. Wir sehen jedoch die Gefahr, dass Heimbewohner mit niedrigen Pflegegraden die Eigenanteile der Heimbewohner mit hohen Pflegegraden zukünftig ausgleichen sollen. Da auch die Leistungsbeträge der Pflegegrade 2 und 3 im Verhältnis zur derzeitigen Pflegestufe absenkt werden sollen, werden Pflegebedürftige mit niedrigen Pflegegraden deutlich schlechter gestellt, wenn sie sich für eine vollstationäre Pflegeeinrichtung entscheiden. Mit einem Anstieg des Eigenanteils in den niedrigen Pflegegraden kann es zu einer Verzögerung der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege kommen, auch wenn diese aufgrund der sozialen Situation angezeigt wäre.

Änderungsvorschlag

Nach Ansicht des DBfK müssen steigende Eigenanteile in den niedrigen Pflegegraden mit einer entsprechenden Anhebung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung ausgeglichen werden.

Zu Nummer 62 (§ 113 Maßstäbe und Grundsätze)

Referentenentwurf (Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb)

Die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sind durch den Qualitätsausschuss nach § 113b für die stationäre Pflege bis zum 30. Juni 2017 und für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 neu zu vereinbaren. Die Vereinbarungen sollen um den Begriff „Qualitätsdarstellung“ erweitert werden.

Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen, sollen geregelt werden. Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sollen aufgegriffen werden.

Stellungnahme

Der DBfK unterstützt die flächendeckende Umsetzung des Strukturmodells um die Fachlichkeit der Pflege zu stärken und gleichzeitig Pflegefachpersonen zu entlasten sowie eine an der Person orientierte Pflege auch in der Pflegedokumentation abzubilden. Wir begrüßen die große Resonanz von Pflegediensten und Einrichtungen, die sich derzeit an der Implementierungsstrategie beteiligen.

Wir möchten jedoch schon jetzt darauf aufmerksam machen, dass die Freiwilligkeit der Umsetzung mit der Aufnahme der Ergebnisse in die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nicht in Frage gestellt werden darf. Im noch gültigen Krankenpflegegesetz ist im § 3 Abs. 2 (Ausbildungsziel) beschrieben, dass Pflegefachpersonen dazu befähigt werden sollen die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege sowie die Evaluation der Pflege, die Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege eigenverantwortlich auszuführen. Auch im Rahmen der generalistischen Ausbildung sollen Pflegefachpersonen qualifiziert werden, eigenverantwortliche Entscheidungen im Rahmen des Pflegeprozesses zu treffen.

Pflegefachpersonen müssen auch in Zukunft - wie in den o. a. Ausbildungszielen dargestellt - selbst entscheiden, welche (pflegewissenschaftlichen) Inhalte und welche Form der Dokumentation sie für die Ausgestaltung des Pflegeprozesses benötigen. Auch wenn ein solitärer Biographiebogen im Strukturmodell nicht mehr vorgesehen ist, dann darf die Anwendung beispielsweise auf einem nach dem Böhm⁸ Modell arbeitenden Wohnbereich nicht als „unwirtschaftlich“ bewertet werden, wenn dieser von den Pflegefachpersonen als notwendig erachtet wird.

Referentenentwurf (Buchstabe b)

Weiterhin soll das indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität – insbesondere die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten – in den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität beschrieben werden. Ergänzend sollen die Vertragspartner festlegen, wo die in den Einrichtungen⁸ erhobene Daten zentral – unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen - zusammengeführt, ausgewertet und aufbereitet werden.

⁸ Prof. Erwin Böhm, österreichischer Pflegewissenschaftler, ist der Begründer der psychobiografischen Pflegetheorie und der sich daraus ergebenden „reaktivierenden und symptom-spezifischen Pflege“.

Stellungnahme

Der DBfK sieht es als wegweisend an, dass die Umsetzung des indikatorengestützten Verfahrens in den Gesetzestext aufgenommen wurde. Positiv hervorzuheben ist aus unserer Sicht, dass der Gesetzgeber hierdurch die zügige Einführung dieses Verfahrens unterstützt. Die Vertragspartnern nach § 113 habe bereits eine Anlage 2 nach § 113 Absatz 1 Nummer 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zu den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI entwickelt, die am 15.06.2015 im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde. Die Anlage nimmt Bezug auf ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements, eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglichen soll. Zusätzlich sind die Vertragspartner nach § 113 aufgefordert die Datenzusammenführung und –aufbereitung neu zu regeln. Der DBfK unterstützt diese notwendige Regelung, die diese aufgrund des neuen indikatorengestützten Verfahrens erforderlich wird.

Zu Nummer 64 (§ 113b Qualitätsausschuss)

Referentenentwurf (Absatz 1 - 3)

Die bis dato bestehende Schiedsstelle Qualitätssicherung soll in einen Qualitätsausschuss überführt werden. Die Besetzung des Qualitätsausschusses soll analog der Schiedsstelle erfolgen. U.a. können die Leistungserbringer und die Leistungsträger jeweils höchstens zehn Mitglieder benennen. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann dem Qualitätsausschuss unter Anrechnung auf die Zahl der Leistungserbringer angehören. Wenn im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nicht zustande kommt, dann kann auf Verlangen einer Vertragspartei nach §113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit der Ausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei unparteiische Mitglieder erweitert werden.

Inhaltlich soll sich der Qualitätsausschusses weiterhin mit den Richtlinien zur Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung nach den § 113 und 115 Abs. 1a auseinandersetzen sowie mit den Expertenstandards nach § 113a. Neu aufgenommen sind die Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 für die Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 sowie die Qualitätssicherung für neue Wohnformen.

Stellungnahme

Der DBfK sieht nach wie vor den Vertrauensbeweis der Bundesregierung hinsichtlich der Übertragung der Regelung von Umsetzungsfragen zu gesetzlichen Vorgaben an die Selbstverwaltung. In der Vergangenheit ist eine konstruktive Zusammenarbeit der Vertragsparteien durch unterschiedliche Sichtweisen zunehmend erschwert worden. Insbesondere bei der Umsetzung des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ gab es unter den Vertragspartnern nach § 113 grundlegend unterschiedliche Auffassungen zu vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen. Dies hat eine flächendeckende Implementierung der Ergebnisse unnötigen verzögert.

Von daher begrüßt der DBfK grundsätzlich die Einrichtung eines Qualitätsausschusses sowie die Möglichkeit den Qualitätsausschuss zu erweitern, um die Entscheidungsstrukturen und Verhandlungsprozesse der Selbstverwaltung zu optimieren. Die pflegefachliche Perspektive muss aus Sicht des DBfK in den Verhandlungsprozess eingebracht werden.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen vor den § 113b Abs.2 Satz 4 wie folgt zu ändern:

„Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe ~~kann~~ **muss** dem Qualitätsausschuss ~~unter Anrechnung auf die Zahl der Leistungserbringer~~ zusätzlich angehören.“

Referentenentwurf (Absatz 4)

Die Vertragsparteien nach § 113 sollen fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen die

bis zum 31.03.2017 Instrumente für die Prüfung der Qualität und der
Qualitätsberichtserstattung in der stationären Pflege entwickeln

bis zum 31.03.2017 Instrumente für die Prüfung der Qualität und der
Qualitätsberichtserstattung in der ambulanten Pflege entwickeln, eine
anschließende Pilotierung durchführen

bis zum 31.03.2018 einen Abschlussbericht über die Pilotierung in der ambulanten Pflege
vorlegen

sowie Module für die Befragung von Pflegebedürftigen für die Bewertung von Pflegequalität entwickeln, die Umsetzung der o.a. Verfahren zur Qualitätsmessung und – darstellung wissenschaftlich evaluieren und Vorschläge zur Anpassung anhand der neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse unterbreiten sowie ein Qualitätssicherungskonzept-Konzept für neue Wohnformen entwickelt.

Stellungnahme

Der Abschlussbericht „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Pflege von Wingefeld und Engels liegt seit dem Jahr 2011 vor und somit auch ein Instrument für die Prüfung der Qualität stationärer Pflege. Aus Sicht des DBfK ist es von daher nicht zielführend, ein neues Instrument zu entwickeln. Derzeit werden die von Wingefeld entwickelten Indikatoren im Auftrag der Selbstverwaltung modellhaft in der stationären Pflege pilotiert. Mit den Ergebnissen ist Ende 2016 zu rechnen. Die Erkenntnisse müssen im Anschluss von der Selbstverwaltung bewertet werden, ggf. muss eine Weiterentwicklung stattfinden.

Hinsichtlich der Entwicklung eines Instruments zur Prüfung der Qualität und der Qualitätsberichtserstattung in der ambulanten Pflege halten wir die die Zeitvorgabe 31.03.2017 für sehr ambitioniert. Für die stationäre Pflege sind von der Entwicklung des Instruments bis hin zur Pilotierung allein sechs Jahre vergangen. In dem von der BAGFW in Auftrag gegebenen „Gutachten zur Klärung von Grundsatzfragen zur Weiterentwicklung der der Qualitätssicherung und –berichterstattung in der häuslichen Pflege auf Basis der gegenwärtigen Rahmenbedingungen“ an Prof. Büscher⁹ wird zunächst die Entwicklung und Nutzen von Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement empfohlen. „Mittelfristig wird sich auf dieser Basis ggf. die Frage beantworten lassen, ob und welche dieser Indikatoren auch zu einem anderen Verwendungszweck, wie z.B. der externen Qualitätssicherung oder der Berichterstattung, genutzt werden können. Im Zuge einer schrittweisen Entwicklung sollte dabei auch entschieden werden, ob und zu welchem Qualitätsaspekt eher relationale und zu welchem auf Soll-Vorgaben durch Standards und Leitlinien basierende Indikatoren sinnvoll erscheinen (Büscher 2015, S.25). Dies zeigt, dass die Entwicklung von valide Indikatoren für die Prüfung der Qualität und die Qualitätsberichtserstattung nicht im Schnellverfahren entwickelt werden können. Auch die Wissenschaft braucht einen zeitlichen Spielraum um valide Indikatoren zu entwickeln, zu pilotieren und darauf aufbauend ggf. weiterzuentwickeln.

Der DBfK sieht die Entwicklung von Modulen für die Befragung von Pflegebedürftigen für die Bewertung von Pflegequalität als sinnvollen Baustein in der Qualitätsdarstellung. Nach Ansicht des DBfK muss neben der Entwicklung von Modulen vorab geklärt werden, welchen Stellenwert dieser Bereich bei der Bewertung der Qualität einnehmen soll und welches

⁹ Prof. Büscher, Andreas (2015): Gutachten zur Klärung von Grundsatzfragen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und –berichterstattung in der häuslichen Pflege auf Basis der gegenwärtigen Rahmenbedingungen. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Organisationsmodell mit welcher Kostenbeteiligung der Einrichtung zugrunde gelegt werden soll.

Die Vorgabe, ein Qualitätssicherungskonzept für neue Wohnformen zu entwickeln, sehen wir ebenfalls als dringend notwendig an. Die derzeitige Qualitätsprüfung ist in keiner Weise auf die notwendigen Qualitätskriterien, wie z.B. die Trennung des Wohn- und Dienstleistungsangebots, die Einbeziehung von Angehörigen und nahen Verwandten sowie die Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen, ausgelegt.

Änderungsvorschlag

Der Zeitraum für die Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität und der Qualitätsberichtserstattung in der *ambulanten Pflege* sollte weiter gefasst werden. Erfahrungswerte zeigen, dass die Entwicklung von Indikatoren mehrere Jahre in Anspruch nehmen können. Die anschließende Pilotierung, beginnend im internen Qualitätsmanagement, die Auswertung der Ergebnisse und die Weiterentwicklung der Indikatoren kann nochmals einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen.

Referentenentwurf (Absätze 6 + 7)

Zur Unterstützung der Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit richten die Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam eine qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses für die Dauer von fünf Jahren ein. Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr. Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. Die Geschäftsstelle soll auch die Aufgaben der bestehenden Geschäftsstelle Expertenstandards nach § 113a wahrnehmen.

Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren eine Geschäftsordnung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den Verbänden nach §118. In der Geschäftsordnung sollen die wesentlichen Fragen der Organisation und der Verfahren der Vertragsparteien im Qualitätsausschuss geregelt werden.

Stellungnahme

Der DBfK steht der Einrichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle positiv gegenüber. Es ist jedoch nicht ersichtlich welche Anforderungen an die finanzielle und personelle Ausstattung

gestellt werden. Der DBfK sieht es als notwendig an, dass eine neutrale Besetzung der qualifizierten Geschäftsstelle gewährleistet wird, ansonsten sind Konflikte und Verzögerungen nicht auszuschließen. Weiterhin soll die Geschäftsstelle begrenzt auf fünf Jahre eingerichtet werden. Es erschließt sich uns nicht, wie die Befristung auf fünf Jahre begründet ist.

Änderungsvorschlag

Die Befristung der Geschäftsstelle auf fünf Jahre sollte entfallen. Der DBfK hält es jedoch für erforderlich, die Arbeit der qualifizierten Geschäftsstelle - insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Qualitätsausschuss - sowie die finanzielle und personelle Ausstattung zu evaluieren und ggf. anzupassen.

Zu Nummer 66 (§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen)

Referentenentwurf (Absatz 7)

Die Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sollen für den stationären Bereich bis zum 31. Oktober 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2017 entsprechend der neuen Prüfgrundlagen der §§ 113 und 113b konkretisiert werden.

Stellungnahme

Der DBfK hält es - wie bereits in der Stellungnahme zum § 113b Abs.4 beschrieben - für notwendig, die Fristen für die Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität und der Qualitätsberichtserstattung in der ambulanten Pflege zu erweitern. Folgerichtig müssen dann auch die Fristen für die Anpassung der Qualitätsprüfrichtlinien angepasst werden.

Änderungsvorschlag

Eine Anpassung der Fristen für den ambulanten Bereich sollte erfolgen.

Zu Nummer 67 (§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)

Referentenentwurf (Absatz 7)

Die Vertragsparteien nach § 113 sollen insbesondere auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 und der Richtlinien zur Durchführung der Qualitätsprüfungen nach § 114a Absatz 7 vereinbaren und festlegen welche Ergebnisse bei der Darstellung der

Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zu Grunde gelegt werden sollen und inwieweit diese durch weitere Informationen ergänzt werden sollen. Für den stationären Bereich sollen insbesondere die ausgewerteten Daten des Indikatorenmodells berücksichtigt werden. Ergänzende Daten zur Struktur- und Prozessqualität sollen ebenfalls dargestellt werden. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind für den stationären Bereich bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 zu schließen.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt eine zukünftige Qualitätsdarstellung auf Basis einer indikatorengestützten Ergebnisdarstellung. Für den ambulanten Bereich gilt - wie bereits in der Stellungnahme zum § 113b Abs. 4 + 7 beschrieben – das die Fristen aus unserer Sicht nicht zu halten sein werden.

Aus Sicht des DBfK haben die Verbraucher/innen schon heute das Recht auf eine Qualitätsdarstellung, die sich an ihren Bedarfen orientiert. Mit der bestehenden Veröffentlichung der Noten werden die Verbraucher/innen eher verwirrt und fehlgeleitet. Es ist nicht nachvollziehbar, warum Bereichsnoten gegeneinander aufgerechnet werden können und zu einer guten Gesamtnote führen.

Änderungsvorschlag

Eine Anpassung der Fristen für den ambulanten Bereich sollte erfolgen.

Wie bereits bei der Anhörung zum „Pflege TÜV“, fordert der DBfK die Aussetzung der Gesamtnote.