



Hochschule Osnabrück

University of Applied Sciences

Hochschule Osnabrück - Postfach 1940 - D-49009 Osnabrück

**Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften**

**Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der
Pflege (DNQP)**

Wissenschaftliche Leitung

Caprivistraße 30a
D-49076 Osnabrück

Telefon (0541) 969-0
Durchwahl 969-3591
Telefax 969-2971

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

(Bitte bei Antwort angeben)
Mein Zeichen

Bearbeitet von

Osnabrück

07.07.2015

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) im Rahmen der Verbändeanhörung

Das DNQP begrüßt ausdrücklich den Entwurf des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Es begrüßt, dass es nunmehr nach langjähriger Vorarbeit zur Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit kommen wird. Hervorzuheben ist zudem der weitgehend gelungene Ansatz zur Entflechtung des in den letzten Reformen der Pflegeversicherung entstandenen Flickenteppichs von Leistungen und Bestimmungen, die nun unter dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit wieder systematisch zusammen geführt werden können, wozu der vorliegende Gesetzesentwurf einen wichtigen Beitrag leistet.

Das DNQP begrüßt darüber hinaus den Ansatz zur Weiterentwicklung der Qualität der Pflege im SGB XI. Auch wenn es im Detail durchaus Fragezeichen gibt (s.u.), so ist deutlich erkennbar, dass Fehler aus der Vergangenheit mit zu schnellen und zu weitgehenden Festlegungen (wie z.B. bei der Einführung der Pflegenoten) nicht wiederholt wurden und stattdessen ein Ansatz erkennbar wird, der Raum für einen fachwissenschaftlich begleiteten und fundierten Diskurs zu wichtigen Fragestellungen gibt und dennoch durch zeitliche Vorgaben Antworten auf wesentliche Fragen verlangt.

Zu einzelnen Regelungen wird wie folgt Stellung bezogen:

§ 4

In § 4 werden anstelle der Begriffe „Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ die Begriffe „körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung“ eingeführt. Diese begriffliche Veränderung erscheint problema-

Paketanschrift:

Hochschule Osnabrück, Caprivistr. 30a, 49076 Osnabrück

tisch. Zwar ist es ausdrücklich positiv hervorzuheben, dass mit dem durch den neuen und erweiterten Begriff der Pflegebedürftigkeit veränderten Verständnis von Pflegebedürftigkeit auch ein entsprechend erweitertes Verständnis der pflegerischen Maßnahmen einher geht und es ist ebenso positiv hervorzuheben, dass der aus fachwissenschaftlicher Sicht bereits seit langem kritisierte Begriff der Grundpflege ersetzt werden soll. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die begrifflichen Fragen durch die Einführung der „körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ besser in den Griff zu bekommen sind. Die „Hilfen bei der Haushaltsführung“ dürften unproblematisch sein. Das DNQP schlägt vor, bei der begrifflichen Beschreibung von Neuschöpfungen, die mehr Fragen aufwerfen als Probleme lösen, zurückhaltend zu sein und auf die Einführung der Begriff „körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen zu verzichten“. Stattdessen schlägt das DNQP vor, das erweiterte Verständnis pflegerischer Maßnahmen ähnlich wie im neu gefassten § 36 in enger Verbindung mit dem neu gefassten § 14 Abs. 2 zu formulieren und von „pflegerischen Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 gefassten Bereichen“ zu sprechen. Das klingt auf den ersten Blick komplizierter als die „körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen“, schafft jedoch insgesamt, vor allem angesichts einer mangelnden fachwissenschaftlich abgesicherten Begrifflichkeit, eine deutlich verbesserte Klarheit, die sich auch leistungsrechtlich auswirken sollte. Die Erfahrung bei der Einführung und nicht einfachen Eingrenzung von Betreuungsleistungen sollte als schlechtes Beispiel für die Probleme ungeklärter neuer Begrifflichkeiten dienen.

§ 7a

Begrüßt wird die Veränderung in § 7a Abs. 2, wonach Beratung auch für Angehörige, Lebenspartner oder weitere Personen erfolgen kann. Das Potenzial der Pflegeberatung zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements wird damit eindeutig gestärkt.

Es sei darauf hingewiesen, dass es, initiiert durch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), eine Perspektivenwerkstatt zu Fragen der Pflegeberatung gibt, in der viele der im Rahmen der weiteren Entwicklungen zur Pflegeberatung durch den Entwurf des PSG II angesprochenen Fragen diskutiert werden und in einen zu Beginn des Jahres 2016 veröffentlichten Qualitätsrahmen zur Pflegeberatung einfließen werden. In den Prozess sind wesentliche Akteure der Selbstverwaltung, des Verbraucherschutzes, der Organisationen der Pflegeberufe sowie der zuständigen Ministerien eingebunden. Die Ergebnisse dieser Perspektivenwerkstatt sollten in die Überlegungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberatung einbezogen werden.

§§ 14 und 15

Die in den §§ 14 und 15 konkretisierte Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit wird durch das DNQP ausdrücklich begrüßt. Es ist in hohem Maße erfreulich, dass die in jahrelangen Vorbereitungsarbeiten sich bestätigenden Erkenntnisse und Überlegungen nunmehr Eingang in den Gesetzesentwurf gefunden haben.

Es ist grundsätzlich legitim, dass das BMG im Einvernehmen mit dem BMAS die Punktbereiche und gewichteten Punktwerte durch Rechtsverordnung festlegt. Es wird jedoch dringend angeraten, sich dabei fachwissenschaftlich beraten zu lassen. Nicht nachvollziehbar ist die im Entwurf des PSG II vorgenommene Festlegung der Schwellenwerte für die einzelnen Pflegegrade. Sämtliche Beiratsberichte und auch sämtliche durchgeführte Studien gehen von den Schwellenwerten 15, 30, 50, 70 und 90 Punkte aus. Die Grenzziehungen lassen sich fachwissenschaftlich und empirisch fundieren. Warum nun eine Veränderung dieser Grenzziehungen erfolgt, ohne dass diese auch nur ansatzweise begründet wird, ist nicht nachvollziehbar und es wird dringend davon abgeraten, die Grenzziehungen in der im Entwurf be-

schriebenen Form vorzunehmen. Zum einen würde der Gesetzgeber damit die (immerhin achijährigen) Vorarbeiten der Beiräte und einiger wissenschaftlicher Institutionen für irrelevant erklären, was kaum nachvollziehbar wäre. Zum anderen wirft die neue Grenzziehung der Schwellenwerte einige Fragen auf. So wäre nach dem im Entwurf geäußerten Vorschlag die Spannweite für den Pflegegrad I 14,5 Punkte, den Pflegegrad 2 20,5 Punkte, den Pflegegrad 3 22,5 Punkte und den Pflegegrad 4 20 Punkte. Warum von der vorherigen Gleichverteilung Abstand genommen wird, wird nicht begründet und ist in keiner Weise nachvollziehbar. Wodurch zu rechtfertigen wäre, dass die Spannweite für den Pflegegrad 2 um 0,5 Punkte von der des Pflegegrads 4 abweicht, wird nicht erläutert.

§§ 36, 37, 41 und 42 Leistungshöhen

Wie bereits einleitend ausgeführt begrüßt das DNQP, dass es gelungen ist, den durch die letzten Reformen entstandenen leistungsrechtlichen „Flickenteppich“ der Pflegeversicherung weitestgehend aufzulösen. Die Höhe der vorgesehenen Leistungen entspricht der gelungenen Integration vieler in den letzten Jahren angestoßener Reformen und Leistungen.

Das DNQP möchte zu bedenken geben, dass, insbesondere im Bericht des Beirats zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom Mai 2009, Vorschläge vorliegen, eine bessere Entsprechung von leistungsrechtlichem Tatbestand (Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbständigkeit) und Leistungshöhe herzustellen. Diesen Vorschlägen ist offensichtlich nicht gefolgt worden. Es wird angeregt, noch einmal darüber nachzudenken, diese Entsprechung herzustellen. Die jetzigen Leistungshöhen stehen offensichtlich (wie auch die bisherigen Leistungshöhen) in keinem logischen Zusammenhang zu irgendetwas, weder zu Intensität und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit noch zu sinnvollen und nachvollziehbaren Überlegungen zur Verteilung und zu den Abständen zwischen unterschiedlichen Stufen (so liegt z.B. der Abstand bei der Pflegesachleistung zwischen Pflegegrad 2 und 3 bei 689 Euro, der zwischen Grad 3 und 4 bei 314 und der zwischen 4 und 5 bei 383 Euro – ähnlich unterschiedliche Abstände, jedoch nicht die gleichen, finden sich in allen Leistungsarten). Die Chance, diese „Willkür“ zu beenden und den Zusammenhang zwischen Grad der Pflegebedürftigkeit und Leistungshöhe herzustellen, besteht jetzt. Wird die im Entwurf vorgesehene Leistungshöhe erst einmal eingeführt, ist es kaum noch begründbar, warum daran im Zuge zukünftiger Reformen etwas geändert werden sollte.

§§ 113, 113a und 113b

Das DNQP begrüßt grundsätzlich die Überlegungen zur Weiterentwicklung der Qualität der Pflege innerhalb des SGB XI. Es möchte jedoch einige Aspekte zu bedenken geben:

§ 113 a

Trotz des noch nicht abgeschlossenen Verfahrens der Entwicklung und Veröffentlichung des ersten Expertenstandards nach § 113a SGB XI zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ gibt es aus Sicht des DNQP bereits Erfahrungen, aus denen Erkenntnisse abgeleitet werden können. Das DNQP betrachtet nach wie vor die von den Vertragsparteien vorgenommene Trennung der Entwicklung und modellhaften Implementierung der Expertenstandards als in hohem Maße problematisch. Zudem hat sich in vielen Beratungen gezeigt, dass die gesetzliche Verpflichtung zur Anwendung der Expertenstandards offensichtlich falsche Impulse setzt. Die gesetzliche Verpflichtung bedingt die Notwendigkeit von Operationalisierungen, damit ggf. die Nicht-Einhaltung der Vorgaben sanktioniert werden kann. Angesichts der Komplexität der pflegerischen Maßnahmen, die mit einem Expertenstandard angesprochen werden, ist eine solche Operationalisierung jedoch nur bedingt zielführend. Beim entwickelten Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität geht es fachlich um ein auf den Einzelfall abgestimmtes Verfahren der Anwendung von alltagsintegrierenden Maßnahmen, Einzel- und

Gruppenaktivitäten. Diese lassen sich kaum so operationalisieren, dass zweifelsfrei das richtige Vorgehen daraus abzuleiten ist. Dieses ist immer nur im Zusammenhang von Einschätzung, Planung und Vereinbarung von Maßnahmen, deren Durchführung und Evaluation zu beurteilen. Die gesetzliche Verpflichtung zur Anwendung von Expertenstandards setzt den Impuls, externe Sanktionen zu verhindern, jedoch nicht die individuelle Mobilität pflegebedürftiger Menschen zu befördern.

Aus Sicht des DNQP sind die grundlegenden Normen in SGB XI (und SGB V), die Versorgung am aktuellen Stand der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse auszurichten, ausreichend um sicherzustellen, dass die Versorgung auf dem Boden fachwissenschaftlich fundierter Qualitätsinstrumente erfolgt. Man würde auch im SGB V nicht auf die Idee kommen, dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Verantwortung für die Leitlinienentwicklung zu übertragen. Dennoch wird ein leitliniengerechtes Vorgehen erwartet. Ähnliches ließe sich für das SGB XI ebenfalls festhalten, da die Versorgung auf Basis von Expertenstandards und ggf. anderer Verfahren Gegenstand der Qualitätsprüfungen ist.

Zudem sei darauf hingewiesen, dass die Begründung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes eindeutig Bezug auf die Expertenstandards des DNQP genommen hat. Die Verfahrensordnung zur Entwicklung der Expertenstandards nach § 113 a SGB XI orientiert sich ebenfalls stark am methodischen Vorgehen des DNQP. Seit Inkrafttreten der Bestimmung des § 113 a SGB XI hat das DNQP ohne öffentliche Förderung die Aktualisierung von mittlerweile sieben Expertenstandards sichergestellt, einen weiteren Expertenstandard entwickelt und die Entwicklung eines neuen Expertenstandards zur Pflege von Menschen mit Demenz initiiert. Das DNQP hat auch den Entwurf des Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im Auftrag der Vertragsparteien entwickelt. Es erscheint aus Sicht des DNQP vor diesem Hintergrund angezeigt, die Bestimmungen des § 113 a SGB XI zu überdenken oder sie zumindest im Rahmen der Überlegungen des Qualitätsausschusses zu den anstehenden Qualitätsfragen unter institutioneller Beteiligung des DNQP neu zu beraten.

§ 113 b

Der Qualitätsausschuss erscheint zum derzeitigen Zeitpunkt als ein gangbarer pragmatischer Ansatz zur Bearbeitung der insbesondere in § 113b Abs. 4 genannten Fragestellungen. Erkennbar ist das Bemühen der Weiterentwicklung der bisherigen Verfahrensweisen zur Festlegung von Qualitätsmaßstäben und -regelungen. Die Zeiträume für die Bearbeitung der Fragen der Prüfung und Qualitätsberichterstattung stationärer Pflegeeinrichtungen, der Entwicklung von Instrumenten zur Prüfung der Qualität in der ambulanten Pflege und weiterer Aspekte erscheinen angesichts vorliegender Vorarbeiten realistisch zu sein.

Mit einigen Fragezeichen zu versehen ist die Ausgestaltung und Funktion der qualifizierten Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses. Deutlich zu erkennen und auch zu begrüßen ist der Ansatz, die Beratungen der Vertragsparteien fachwissenschaftlich zu flankieren und zu fundieren. Wünschenswert wäre es jedoch grundsätzlich, die Beratungen der Vertragsparteien durch unabhängige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler begleiten zu lassen. Bislang war es üblich, Aufträge für wissenschaftliche Vorarbeiten zu vergeben (z.B. zur Entwicklung des Neuen Begutachtungsassessments oder zur Entwicklung von Ergebnisindikatoren für die stationäre Altenhilfe) oder sich wissenschaftlicher Vorarbeiten zu bedienen und diese in die Bestimmungen des SGB XI zu integrieren (z.B. Expertenstandards). Die Beteiligung der Wissenschaft erfolgte jedoch vorrangig durch die Vergabe von Aufträgen. Wünschenswert erscheint demgegenüber eine strukturell verankerte Beteiligung unabhängiger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Sofern diese Beteiligung im Rahmen der Geschäftsordnung der qualifizierten Geschäftsstelle sichergestellt werden kann, sollte sie dort festge-

schrieben werden. Denkbar wäre jedoch auch eine reguläre Beteiligung im Qualitätsausschuss durch Benennung von Wissenschaftler/innen durch das BMG, ggf. im Einvernehmen mit dem BMAS.

Grundsätzlich sei auch noch auf die sich zusehends verschärfende Problematik verwiesen, dass die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und –sicherung ausschließlich auf den SGB XI-Bereich bezogen sind und vollkommen unabhängig davon Regelungen zur Qualitätsentwicklung und –sicherung für den SGB V-Bereich formuliert werden. Aus fachlicher Perspektive ist dies kaum zu rechtfertigen. Nicht ohne Grund entwickelt beispielsweise das DNQP Expertenstandards zu relevanten Themen sektorübergreifend für die ambulante Pflege, das Krankenhaus und die pflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Auch in der Versorgungsrealität und aus Sicht der Nutzer pflegerischer Dienstleistungen ist die Trennung nicht zu rechtfertigen. Insbesondere nicht, da das Leistungsspektrum der Leistungserbringer im SGB XI in der Regel auch Leistungen nach dem SGB V erbringen. In der ambulanten Pflege ist diese Tatsache offensichtlich, in der stationären Pflege ist dieser Aspekt dadurch verdeckt, dass Leistungen der sog. Behandlungspflege nicht gesondert vergütet werden. Unabhängig davon haben jedoch ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zusammenzuarbeiten, für die andere Qualitätsregelungen gelten.

Vor diesem Hintergrund wäre die allersinnvollste Lösung sicherlich, wenn man das im SGB V neu gegründete Institut IQTIG um eine integrierte, jedoch gleichzeitig eigenständige Pflegeabteilung erweitern würde, die zur pflegerischen Qualitätsentwicklung im SGB V und SGB XI-Bereich arbeiten würde. Dies wäre ein wichtiger Schritt, der viel geforderten sektorübergreifenden Qualitätsentwicklung einen Schub zu verleihen und die Patientenperspektive zu stärken.