

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V.

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
eines **Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung**
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Berlin, 16. August 2018

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
Bundesverband, Alt-Moabit 91, 10559 Berlin
Tel. 030 219157 0, Fax 030 219157 77
dbfk@dbfk.de

Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG).

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz soll die Versorgung der gesetzlich Versicherten verbessert werden. Hierzu soll ein Maßnahmenpaket dienen, dass Wartezeiten auf Arzttermine verkürzen, das Sprechstundenangebot erweitern und die Vergütung für vertragsärztliche verbessern soll. Zudem werden die Grundlagen der Bedarfsplanung und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert, die Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen erhöht und die Möglichkeiten der Versicherten für den Zugriff auf die individuellen Gesundheitsdaten in der Einrichtungs- und fallübergreifenden elektronischen Patientenakte erweitert.

Aus Sicht des DBfK ist allgemein zu bemängeln, dass einzelne Aspekte des Gesetzesvorhabens zu kurz greifen. So sind die geplanten Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Regionen aus unserer Sicht nicht ausreichend, da sie in den bestehenden Strukturen beharren. Es müsste z. Bsp. dringend der Vorschlag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen, lokale Gesundheitszentren zu einzurichten, aufgegriffen werden. Mit diesem Modell ließen sich eine Reihe von Problemen mit der medizinischen Versorgung in diesen Regionen lösen. Die Kommunen müssen zudem eine stärkere Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeit erhalten.

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

Unsere Stellungnahme zu einzelnen Paragraphen:

Artikel 1

Zu Nummer 66 (§ 132d Absatz 1 SGB V)

Der DBfK begrüßt, dass die Musterverträge über die Durchführung der Leistungen nach § 37b auf Landesebene vereinheitlicht werden und damit Rechtssicherheit für die Beteiligten geschaffen wird. Das Regelvertragsmodell soll dazu beitragen, eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) für alle Versicherten zu gewährleisten. Es kann dazu führen, ein Preis- und Lohndumping auf Kosten der Versicherten und der Pflegefachpersonen zu vermeiden. In den Musterverträgen ist sicherzustellen, dass die zur Versorgung berechtigenden Verträge der einzelnen Leistungserbringer über die Zielvorstellungen einzelner Krankenkassen hinaus einheitlich gestaltet sind, um eine etwaige Konkurrenz zwischen den Leistungsangeboten zu unterbinden.

In der Neufassung § 132d Absatz 1 SGB V und in der Begründung bleibt unklar, nach welchen Kriterien sich die Maßgeblichkeit bemisst, Musterverträge mit den maßgeblichen Vertretern der SAPV auf Landesebene zu schließen. Bisher sind Leistungserbringerverbände oder Ihre Zusammenschlüsse oder auch die ärztlichen Vertreter die maßgeblichen Entscheider über die pflegerische Versorgung in der SAPV. Hier gilt es sicherzustellen, die pflegfachliche Expertise angemessen zu berücksichtigen. Wir bitten daher um Konkretisierung der Voraussetzungen für die Beteiligung von Leistungserbringervertretern an den Verhandlungen zur SAPV auf Landesebene.

Zu Nummer 83 (§ 291a Absatz 5c SGB V)

Der DBfK begrüßt erneut, dass der Gesetzgeber eine klare Frist zur Umsetzung der elektronischen Patientenakte festlegt, diesmal den 1. Januar 2021. Zu bemängeln ist, dass schon im Vorfeld zum eHealth Gesetz 2015 wichtige Zeit verstrichen ist, eine konzertierte Aktion elektronische Patientenakte unter Beteiligung aller Gesundheitsberufe und Fachexpertise gesetzlich zu regeln, sowie finanziell auszustatten und mit den notwendigen gesundheitsfachlichen, informatorischen, industriellen und wissenschaftlichen Ressourcen interdisziplinär und multiprofessionell auszustatten. Dass so etwas erfolgreich funktionieren kann, zeigt der Blick ins Ausland. Um die Strategie eHealth Schweiz umzusetzen, haben das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) 2007 eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen. Bund und Kantone tragen seitdem gemeinsam die Kompetenz- und Koordinationsstelle eHealth Suisse. Ihnen geht es darum, gemeinsame organisatorische, rechtliche und technische Leitplanken für die Entwicklung von eHealth-Anwendungen, insbesondere des elektronischen Patientendossiers (EPD), zu definieren. Denn damit eHealth wirklich nützt, braucht es eine

nationale Planung und Koordination. Bund und Kantone sind bereit, Entscheide im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeit umzusetzen.

Das österreichische Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz treibt seit 2005 ebenfalls eine elektronische Patientenakte voran. Sektorenübergreifend, multiprofessionell, interdisziplinär. ELGA steht für eine moderne und sichere Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) im österreichischen Gesundheitswesen. Bereits heute erleichtert ELGA Patientinnen und Patienten sowie berechtigten ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern (ELGA-GDA) – das sind behandelnde Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen sowie Apotheken – den Zugang zu bestimmten Gesundheitsdaten. Ein dadurch verbesserter Informationsfluss unterstützt die medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung und Betreuung der Patientinnen/Patienten.

In Deutschland ist die Gematik nicht über technische Fragen und Datenschutz hinaus gekommen, trotz 4 Milliarden Euro Investitionen. In der Schweiz und Österreich wurde der elektronische Datenträgeraustausch zwischen den Sektoren gelöst, in beiden Ländern hat man die semantischen Fragen rund um Terminologien und Datennutzung beantwortet. Verbraucher- und Datenschutz sind umgesetzt, in Österreich wurde mit ELGA ein Portal auf den Weg gebracht, dass die Bürgerinnen und Bürger in Fragen der Prävention wie auch der akuten und chronischen Erkrankung oder in Fragen zur Pflege berät und informiert.

Hier in Deutschland ist es nicht möglich, vergleichbare Anstrengungen zu bewältigen. Zementiert werden überholte Strukturen. Dabei ist die Umsetzung einer elektronischen Patientenakte Neuland, bei dem es auch gesetzgeberisch gilt neue Wege zu gehen und andere Expertise zu beteiligen. Im Übrigen wird es der Gesetzgeber nicht schaffen, seine Ziele zu erreichen ohne die Einbindung der Ressourcen aus der Pflegepraxis, der Pflegewissenschaft und der Pflegeinformatik. Über den Deutschen Pflegerat wurde zuletzt in 2015 Unterstützung durch Experten angeboten (es liegen Befunde zum ePflegerbericht und weiteren Instrumenten vor).

Aufgrund der bisher fehlenden Konsentierungsprozesse zwischen Einrichtungen, Sektoren und beteiligten Gesundheitsberufe hin zu einer vereinheitlichenden Semantik und einer mangelhaften technischen Infrastruktur bezweifeln wir, dass es die Akteure schaffen werden, den gesetzlichen Einföhrungstermin 2021 einzuhalten. Ein grundsätzlicher Mangel ist bisher zudem, dass die Pflegefachpersonen keine ausreichenden Rechte beim Zugriff auf die elektronische Patientenakte haben. Es fehlt hiermit ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der Qualität und der Kontinuität der Versorgung.

Artikel 8

Zu Nummer 3 (§ 37 Absatz 9 SGB XI)

Beratungsbesuche nach der Vorschrift des § 37 dienen der Qualitätssicherung. In § 37 Absatz 4 bzw. Absatz 8 ist die für eine Beratung notwendige pflegefachliche Qualifikation geregelt. Der neue Absatz 9 regelt folgerichtig den Ausschluss von Beratung, wenn Betreuungsdienste keine „Kräfte mit ausreichenden Kenntnissen im Bereich der körperbezogenen Pflege“ vorhalten.“ Erläuterungsbedürftig ist der letzte Satz der Begründung, in der ein Einbezug von einzelnen Mitarbeitern eines Betreuungsdienstes, „die die entsprechenden Befähigungen vorweisen“ in die Beratung eingebunden werden können. Die Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI ist eindeutig geregelt. Betreuungsdienste, die die Anforderungen an die Beratung per se nicht erfüllen, können nicht beraten. Die Qualifikation von einzelnen Mitarbeitern spielt dabei keine Rolle. In der Gesetzesbegründung ist dies zu berücksichtigen und zu korrigieren.

Zu Nummer 5a (§ 71 Absatz 1a SGB XI)

Der DBfK begrüßt die Regelung, auf ambulante Betreuungseinrichtungen (Betreuungsdienste), die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen, die Vorschriften für Pflegedienste entsprechend anzuwenden. Zum einen ergeben sich angesichts der Unterversorgung in der ambulanten Pflege weitere Möglichkeiten für Versicherte, qualitätsgestützte Versorgung zu erhalten. Zum anderen müssen sich alle Leistungserbringer denselben Qualitätsprüfungen für die nach Sozialbuch erbrachten Leistungen unterziehen lassen. Ein hoher Anteil von ambulanten Pflegediensten erbringt ebenfalls Leistungen, die von Betreuungsdiensten angeboten werden.

Da die Regelungen mit jeder Gesetzesänderung komplexer werden und für pflegebedürftige Menschen und ihre Bezugspersonen und Angehörigen immer schwerer verständlich sind, weisen wir an dieser Stelle erneut darauf hin, dass die Möglichkeit der Beratung nach § 7a durch die Pflegekassen intensiviert werden muss (Stichwort: Hausbesuch, Beratung bei Pflegegrad I) oder mehr freiberufliche Kolleginnen diese Beratung durchführen sollten. Wir regen erneut an, ähnlich wie in den skandinavischen Ländern, einen präventiven Hausbesuch flächendeckend zu etablieren.

Zu Nummer 5b (§ 71 Absatz 3 SGB XI)

Der DBfK weist darauf hin, dass Betreuungsdienste Leistungen nach SGB XI erbringen, die im Grundsatz im Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste enthalten sind. Es ist klarzustellen, dass Betreuungsdienste keine körperbezogenen Pflegemaßnahmen erbringen dürfen - auch nicht bei Pflegegrad I. Im Vordergrund der Versorgung von Versicherten geht es nicht um gesetzlich neu geschaffene Möglichkeiten der Entlastung von Pflegediensten durch einen weiteren Leistungserbringer, sondern um eine Leistungserbringung aus einer

Hand, zu der die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung zu verbessern sind.

Der DBfK lehnt die Regelung ab, Qualifikationsanforderungen unterhalb des Niveaus von Pflegefachpersonen als äquivalent zu pflegefachlich fundierter Versorgung zu setzen. Der Begriff der „pflegerischen Betreuungsmaßnahme“, Betreuung schlechthin, ist untrennbarer Bestandteil von Pflegefachlichkeit. Die im Begründungstext aufgeführten Gesundheitsfachberufe sind unzweifelhaft mit Kenntnissen über pflegerische Versorgungsinhalte ausgestattet bzw. in bestimmten Bereichen qualifiziert. Die Vorstellung des Gesetzgebers „an Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkräfte mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf, vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, als verantwortliche Fachkräfte“ anzuerkennen, ist nicht sachgerecht. Gleich mehrere Kriterien sind hochgradig erläuterungsbedürftig: „Zuverlässigkeit“ und eine „zweijährige Berufserfahrung“ ersetzen nicht die angestrebte Äquivalenz zu fach- bzw. hochschulisch erworbener Qualifikation von Pflegefachpersonen.

Zu Nummer 6a (§ 72 Absatz2, Satz 3 SGB XI)

Der DBfK merkt kritisch an, dass die Erkenntnisse des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen auf einer geringen Anzahl überwiegend kleinerer Betreuungsdienste in privater Trägerschaft, z.T. in Neugründung basiert (n=49, geplant waren 120). In der Vergleichsgruppe haben sich 16 Pflegedienste (von 1.914 angefragten Diensten) und 35 niedrighschwellige Betreuungsangebote (von 510 angefragten) beteiligt. Die Studie wird vom IGES Institut als Auftragnehmer nicht repräsentativ und die Ergebnisse als nicht deutschlandweit gültig eingestuft. Es wurden Befunde ausgewertet, die klar darlegen, dass eine klare Trennung von körperbezogenen Pflgetätigkeiten und reinen Betreuungsleistungen schwierig im Alltag der Versicherten umzusetzen sein wird. Im Sinne der Versicherten stellt es aus Sicht des DBfK kein großes Problem dar, dass Betreuungskräfte in der Häuslichkeit im Einzelfall Maßnahmen durchführen, die in die Alltagsstruktur der Betroffenen passen und situativ notwendig sind, insbesondere bei pflegebedürftigen Menschen mit dem Pflegegrad I. Schwierig wird es an der Stelle, wo systematisch Leistungen von Betreuungsdiensten als Ersatz bzw. als preiswerte Alternative zu ambulanten Pflegediensten erbracht werden. Zum einen aus qualitativen Gesichtspunkten in der nicht fachgerechten Leistungserbringung. Aspekte der Patientensicherheit können nicht vernachlässigt werden, wenn fachliche Expertise angezeigt, aber in den Betreuungsdiensten nicht vorhanden ist. Pflegebedürftige Menschen wünschen sich keine tayloristische Versorgung durch unterschiedlichste Leistungserbringer sondern eine „Versorgung aus einer Hand“.

Zu Nummer 7 (§ 112a SGB XI)

Der DBfK sieht es als sinnvoll an, eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems auszusetzen, da bisher keine Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität der Betreuung vorliegen.

Zu Nummer 9 (Aufhebung § 125 SGB XI)

In Ergänzung zur Nummer 6a ist offensichtlich, dass der Gesetzgeber auf die lange bekannten schlechten Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung mit dem Einschluss von Betreuungsdiensten in das Leistungsrecht reagiert, um den gesetzlich geregelten Ansprüchen der Versicherten im Bedarfsfall Genüge zu tun. Hier sind Betreuungsdienste die willkommene Lösung. Die ursprüngliche Intention im PNG zum Modellparagraphen § 125 lautete: „Die Auswirkungen einer Zulassung von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung sollen mittels einer Vielzahl von teilnehmenden Betreuungsdiensten in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen wissenschaftlich erforscht werden, um eine belastbare Grundlage für die Entscheidung über eine regelhafte Einführung von Betreuungsdiensten zu erhalten.“ Mit den mageren Befunden aus der Studie ist dies jedenfalls nicht zu belegen.

Berlin, 16. August 2018