

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0131(27)
gel. VB zur öAnöhrung am 30.09.
15_PSGII
29.09.2015

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des
Deutschen Bundestages am 30. September 2015

zum

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

Bundestags-Drucksache 18/5926 vom 07.09.2015

Berlin, 28.09.2015

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 Gesetzentwurf 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 pflegfachliche 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 das gleiche Anrecht 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. Der DBfK begrüßt, dass eine verbindliche Regelung zur Personalbemessung geschaffen werden soll. Es ist jedoch nicht absehbar, wie lange es dauern wird, bis das Instrument zur Umsetzung kommt. Wegen der Dringlichkeit des Themas plädieren wir dafür, dass die Beauftragung zur Entwicklung, Erprobung und Umsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgt. 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 von daher nicht 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. Daher wird für eine qualitativ hochwertige Betreuung und Versorgung aller Pflegebedürftigen sowie eine 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 sollen. 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 Gesetzentwurf diese Empfehlung nicht 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 eine **Neustrukturierung der Entscheidungsstrukturen** im Bereich der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI, um die Vereinbarungen zwischen den Banken zu beschleunigen. Auch die wissenschaftliche

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

Unterstützung durch eine qualifizierte Geschäftsstelle halten wir für sinnvoll. Wir begrüßen es ausdrücklich, dass in dem vorliegenden Gesetzentwurf der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen mittels eines Vertreters der Verbände der Pflegeberufe im Qualitätsausschuss eine Stimme gegeben werden soll. Aus unserer Sicht greift jedoch eine Soll-Regelung nicht weit genug und sollte in eine Muss-Regelung umgewandelt werden. Die im Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen haben unmittelbare Auswirkungen auf die direkte Pflege und müssen somit pflegefachlich reflektiert werden.

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 Artikel 1, Nummer 3 (§ 7 Aufklärung, Auskunft)

Gesetzentwurf ((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.

Gesetzentwurf ((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 auf Anforderung des Antragsstellers diesem ausgehändigt werden. 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 niedrigschwelligen Betreuung und Entlastung zur Unterstützung im Alltag nach § 45a aufzunehmen. Dies soll den Umfang und die zeitnahe Verfügbarkeit von Informationen über Angebote, die im Umfeld erreichbar sind, verbessern und den Wettbewerb zwischen den verschiedenen Anbietern fördern. Die Leistungs- und Preisvergleichslisten sind durch den Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen und sollen durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen auf den jeweiligen Internetseiten, einschließlich der veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfung nach § 115 Absatz 1a sowie der veröffentlichten Informationen nach § 115 Absatz 1b öffentlich zugänglich gemacht werden.

Stellungnahme

Sowohl im Sinne einer transparenten Leistungserbringung als auch im Sinne der Pflegebedürftigen begrüßt der DBfK die Veröffentlichung der Leistungs- und Preisvergleichslisten im Internet sowie die Konkretisierung im Kabinettsentwurf hinsichtlich der Aktualisierung der Listen einmal im Quartal.

Als problematisch sieht der DBfK, dass der Wettbewerb der Einrichtungen mit den Leistungs- und Preisvergleichslisten schwerpunktmäßig über den Preis geregelt wird. Wie in den Erläuterungen zu § 115 im Gesetzentwurf beschrieben, 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

In den Leistungs- und Preisvergleichslisten sollte explizit darauf hingewiesen werden, dass die Auswahl einer Einrichtung unter mehreren Aspekten erfolgen sollte. Wir regen an, auf Aspekte wie die Qualifikation und Anzahl der Pflegefachpersonen, feste Ansprechpartner und/oder eine flexible Tagesgestaltung explizit hinzuweisen.

Zu Artikel 1, Nummer 4 (§ 7a Pflegeberatung)

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

Ratsuchenden Leistungsbeziehenden sollen die Pflegekassen vor Ort schnell und unbürokratisch zuständige 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.

Einen Anspruch auf Beratung sollen zukünftig auch die pflegenden Angehörigen, Lebenspartner und weitere Personen haben sofern der Anspruchsberechtigte dies wünscht. Die Beratung kann auch in der Häuslichkeit der anspruchsberechtigten Person oder in einer Einrichtung erfolgen, in der diese lebt. 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 sich die Pflegekassen 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 und Mitarbeiter der Pflegekasse jedoch die Gefahr, dass eigenwirtschaftliche Interessen im Vordergrund stehen. Der DBfK fordert, dass ausgebildete Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nach § 7a, unabhängig davon ob sie freiberuflich tätig sind, bei einer Organisation oder einem Unternehmen angestellt sind, als Pflegeberaterin/ Pflegeberater zugelassen werden und ihre Leistungen entsprechend bei den Kassen abrechnen können. Analog des § 37 Absatz 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 unabhängigen Pflegestützpunkte nicht ausreicht, damit alle Versicherten dieses Angebot wohnortnah in Anspruch nehmen können. Pflegebedürftigen 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 Pflegeversicherung² 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 Absatz 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 erneuten Folgeberatungstermin das Gutachten und das Ergebnis der nach § 37 Absatz 3 erfolgten Besuche erhalten kann. Eine Verpflichtung zur Vorlage durch den Pflegebedürftigen besteht nach unserer Ansicht nicht, da die Beratung § 7a auf freiwilliger Basis erfolgt.

² 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

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.

Änderungsvorschlag

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

Die strukturelle Gestaltung der Pflegestützpunkte sollte entscheidend geändert werden, damit die Beraterinnen und Berater möglichst unabhängig von den Interessen der Leistungsträger und der Leistungserbringer 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 begrüßt, dass im Kabinettsentwurf in der Begründung zum § 7a die Zustimmung des Pflegebedürftigen bzw. seiner gesetzlichen Vertretung bei der Verwendung der Ergebnisse der Pflegeberatungsbesuche aufgenommen wurde. Eine Konkretisierung, wie von den Pflegekassen unabhängige Pflegeberaterinnen/ Pflegeberater nach § 7a bei einer Folgeberatung das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Ergebnisse der § 37 Abs. 3 Besuche erhalten sollen, regt der DBfK an.

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

Zu Artikel 1, Nummer 5 (§ 7b Beratungsgutscheine)

Gesetzentwurf (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 gemäß § 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/Pflegeberater bzw. Beratungsstellen anerkannt werden sollten.

Änderungsvorschlag

Versicherte bzw. ihre Angehörigen sollte grundsätzlich ein Beratungsgutschein ausgestellt werden, um ein Wahlrecht der Beratungsstelle sicherzustellen.

Zu Artikel 1, Nummer 7 (§ 8 Gemeinsame Verantwortung)

Gesetzentwurf

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 Artikel 1, Nummer 11 (§ 17 Richtlinien der Pflegekassen)

Gesetzentwurf (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 begrüßt 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 und Pflegeberatern.

Zu Artikel 1, Nummer 13 (§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

Gesetzentwurf (Buchstabe b)

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter haben der Pflegekasse in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung mitzuteilen. Die Empfehlungen gelten jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern die Versicherte/der Versicherte zustimmt. Mit einem verbesserten bundeseinheitlich strukturierten Verfahren, sollen deutlich mehr Rehabilitationsempfehlungen erreicht werden.

Stellungnahme

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 angedachten Antragsverfahren auf Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittel 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 Pflegende) 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 Artikel 1, Nummer 15 (§ 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

Gesetzentwurf

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 und schätzt die pflegefachliche und pflegewissenschaftliche Kompetenz als unabdingbar für eine praxisnahe und fachlich fundierte Klärung pflegebezogener Fragestellungen ein. Es sollte hierzu eine Regelung zum jeweiligen Kompetenzprofil (beispielweise pflegefachlicher oder gerontologischer Hintergrund) der Mitglieder des Begleitgremiums aufgestellt werden.

Zu Artikel 1, Nummer 18 (§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen)

Gesetzentwurf

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.

Stellungnahme

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.

Zu Artikel 1, Nummer 23 (§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen)

Gesetzentwurf (Buchstaben a, b)

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 der Pflegebedürftigen stattfinden.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt grundsätzlich, dass die bisherige Formulierung in eine verpflichtende Regelung umgewandelt wird. Wir finden es wichtig an dieser Stelle zu betonen, dass die Pflegekassen hierzu auch mit zertifizierten

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater 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 eines Kleidungswechsels 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 immer informiert sind.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen folgende Formulierung vor:

„Die Schulung muss auch in der häuslichen Umgebung angeboten werden“.

Zu Artikel 1, Nummer 32 (§ 113 Maßstäbe und Grundsätze)

Gesetzentwurf (Buchstaben a, b)

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 geplanten 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, darf die Anwendung beispielsweise auf einem nach dem Böhm³ Modell arbeitenden Wohnbereich nicht als „unwirtschaftlich“ bewertet werden, wenn dieser von den Pflegefachpersonen als notwendig erachtet wird.

Gesetzentwurf (Buchstabe b)

Weiterhin soll das indikatorengestützte 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 Einrichtungen erhobenen Daten zentral – unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen - zusammengeführt, ausgewertet und aufbereitet werden.

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 haben 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, da diese aufgrund des neuen indikatorengestützten Verfahrens erforderlich wird.

³ Prof. Erwin Böhm, österreichischer Pflegewissenschaftler, ist der Begründer der psychobiografischen Pflegelehre und der sich daraus ergebenden „reaktivierenden und symptom-spezifischen Pflege“.

Zu Artikel 1, Nummer 34 (§ 113b Qualitätsausschuss)

Gesetzentwurf (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 bzw. eine Vertreterin der Verbände der Pflegeberufe soll 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 effektive Zusammenarbeit der Vertragsparteien durch unterschiedliche Sichtweisen und Verfahrensregelungen 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 unnötig verzögert.

Von daher befürwortet der DBfK grundsätzlich die Einrichtung eines Qualitätsausschusses sowie die Möglichkeit, den Qualitätsausschuss zu erweitern, um die Entscheidungsstrukturen und Verhandlungsprozesse der Selbstverwaltung zu optimieren.

Eine Erweiterung des Auftrages des Qualitätsausschusses über die im Gesetzentwurf beschriebenen Inhalte hinaus halten wir wegen des damit verbundenen bürokratischen Aufwandes und angesichts der im Vergleich zu den Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für nicht verhältnismäßig. Eine Strukturierung der Arbeit der Selbstverwaltung im SGB XI kann durch einfachere Mittel, wie beispielsweise eine Geschäftsordnung, effizient gemacht werden.

Wir begrüßen es außerordentlich, dass unsere Forderung in dem vorliegenden Kabinettsentwurf berücksichtigt wurde und nunmehr die pflegefachliche Perspektive in den Verhandlungsprozess eingebracht werden **soll**. Aus unserer

Sicht greift jedoch auch eine Soll-Regelung nicht weit genug und kann ggf. unterlaufen werden. Die Entscheidungen des Qualitätsausschusses wirken sich unmittelbar auf die direkte Pflege aus. Von daher ist es aus unserer Sicht notwendig, dass der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen mittels der Verbände der Pflegeberufe im Qualitätsausschuss eine Stimme gegeben werden **muss**.

Änderungsvorschlag

Zur Stärkung der Vertretung der Pflegefachpersonen ist es erforderlich, einen echten Anspruch auf Teilnahme im Qualitätsausschuss zu schaffen. Wir fordern im Qualitätsausschuss zwei Sitze für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe außerhalb der Bank der Leistungserbringer.

Von daher schlagen wir folgende Formulierung vor: „Dem Qualitätsausschuss **müssen** auch zwei Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören.“

Gesetzentwurf (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 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. Mit der flächendeckenden Umsetzung der Indikatoren kann im Jahr 2017 begonnen werden.

Hinsichtlich der Entwicklung eines Instruments zur Prüfung der Qualität und der Qualitätsberichtserstattung in der ambulanten Pflege halten wir 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 Qualitätssicherung und –berichtserstattung in der häuslichen Pflege auf Basis der gegenwärtigen Rahmenbedingungen“ an Prof. Büscher⁴ wird zunächst die Entwicklung und die Nutzung 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 (Bücher 2015, S.25). Dies zeigt, dass die Entwicklung von validen Indikatoren für die Prüfung der Qualität und die Qualitätsberichtserstattung nicht im Schnellverfahren erfolgen kann. 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 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 kann. Die anschließende Pilotierung, beginnend im internen Qualitätsmanagement, die Auswertung der Ergebnisse und die Weiterentwicklung der Indikatoren kann nochmals einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen.

⁴ Prof. Büscher, Andreas (2015): Gutachten zur Klärung von Grundsatzfragen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und –berichtserstattung in der häuslichen Pflege auf Basis der gegenwärtigen Rahmenbedingungen. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Gesetzentwurf (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.

Um die Erstellung der Geschäftsordnung zügig zu gewährleisten, sollte der Gesetzgeber eine Frist hinterlegen.

Änderungsvorschlag

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

Der DBfK schlägt vor, für die Erarbeitung einer Geschäftsordnung eine Frist von 12 Monaten festzulegen.

Zu Artikel 1, Nummer 35 (§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen)

Gesetzentwurf

Die Vertragsparteien nach § 113 sollen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bis zum 30. Juni 2020 die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen

Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicherstellen. Sie sollen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen.

Stellungnahme

Bis dato liegt in Deutschland kein anerkanntes Verfahren für die Erhebung einer bedarfsgerechten Personalausstattung vor.

Seit über 50 Jahren dauert die Beschäftigung mit Patientenklassifikationssystemen bereits an. In unterschiedlichen Ländern wurden zahlreiche Versuche mit unterschiedlichen Methoden unternommen, um eine Personalbemessung auf der Ebene eines transparenten und rationalen Systems durchführen zu können. Ansatzpunkte der Kritik an Personalbemessungssystemen sind schon seit langem die große Spannweite der ermittelten Ergebnisse beim Einsatz anderer Methoden bei selben Patienten. Dies weist auf grundsätzliche Probleme in der Konstruktion hin.⁵

Der DBfK fordert seit Jahren, ein bundesweit einheitliches analytisches Verfahren der Personalbedarfsermittlung zu entwickeln und zu implementieren. Dies sollte mit Expertinnen und Experten unter wissenschaftlicher Leitung zu geschehen. Dabei sollte es sich um ein systemkonformes, mittelfristig zu erreichendes Verfahren handeln, das die strukturellen Vorgaben für die Leistungserbringung nutzt und zudem dazu führt, den Pflegeaufwand leistungsrechtlich abzubilden.

Aus unserer Sicht wird im vorliegenden Gesetzentwurf nicht deutlich, in welchem Zeitrahmen das neu entwickelte Personalbemessungsinstrument flächendeckend in der Praxis verortet werden soll. Hierzu finden sich keine verbindlichen Vorgaben.

Bewohner haben Anspruch auf eine ausreichende und verbindliche Versorgung durch Pflegefachpersonen und andere. Dies ist nur durch ein, wie oben beschriebenes Instrument zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund des Mangels an Pflegefachpersonen muss gegenüber der Berufsgruppe der Pflegenden ein Zeichen gesetzt und verbindliche Vorgaben – unabhängig von zukünftigen Regierungskoalitionen – gemacht werden.

Wegen der Dringlichkeit sollte die Expertengruppe direkt vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beauftragt werden.

Änderungsvorschlag

Der DBfK fordert umgehend eine Expertenkommission unter wissenschaftlicher Leitung durch das Bundesministerium für Gesundheit und dem

⁵ vgl. Isfort, Michael (2008): Patientenklassifikation und Personalbemessung in der Pflege. Grundlagen und Studienergebnisse. Münster: Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG Münster.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu beauftragen. Ebenso wie die Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsinstruments plädieren wir dafür, die Regelung der Umsetzung in das Gesetz aufzunehmen.

Wir schlagen folgende Formulierung vor:

Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend stellen die Entwicklung, Erprobung und Umsetzung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher.

Zu Artikel 1, Nummer 36 (§ 114 Qualitätsprüfungen)

Gesetzentwurf (Buchstabe a)

Im Rahmen der Regelprüfungen soll die Prüfung der Abrechnungen regelhaft durch den MDK erfolgen.

Stellungnahme

Der DBfK befürwortet grundsätzlich die Schutzinteressen der Pflegebedürftigen/ des Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft. Jedoch geht die geforderte Verpflichtung einer Abrechnungsprüfung über die Interessen der Pflegebedürftigen an der Qualität einer Pflegeeinrichtung weit hinaus. Vielmehr handelt es sich hierbei um eine betriebswirtschaftliche Prüfung, die den Generalverdacht des Abrechnungsbetrugs impliziert. Fraglich ist ebenfalls, ob die Prüfinstitute die fachliche Qualifikation zur Prüfung der Abrechnung überhaupt gewährleisten können, da die bisherigen Abrechnungsprüfungen durch die Pflegekassen und nicht durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. der Privaten Prüfdienst erfolgen. So können zwar Plausibilitätsprüfungen erfolgen; ob eine vollständige und korrekte Abrechnungsprüfung mit den vorhandenen Kenntnissen der Prüfer, beispielsweise bzgl. der Gebührenvereinbarungen möglich ist, ist jedoch fraglich.

Änderungsvorschlag

Nach der bisherigen Regelung informieren die Prüfdienste die zuständige Pflegekasse oder deren Landesverband, sollten im Rahmen der Qualitätsprüfung Unregelmäßigkeiten festgestellt werden. Der DBfK plädiert dafür, dieses Vorgehen beizubehalten.

Zu Artikel 1, Nummer 37 (§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen)

Gesetzentwurf (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 und regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt angepasst 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 Artikel 1, Nummer 38 (§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)

Gesetzentwurf

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. Ergänzende Daten zur Struktur- und Prozessqualität sehen wir nur als sinnvoll, wenn kein aussagekräftiger Ergebnisindikator vorliegt.

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.

Verbraucherinnen und Verbraucher haben schon heute das Recht auf eine Qualitätsdarstellung, die sich an ihren Bedarfen orientiert. Mit der bestehenden Veröffentlichung der Noten werden die Verbraucherinnen und Verbraucher 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.

Artikel 2

Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch Zu Artikel 2, Nummer 3 (§ 4 Art und Umfang der Leistungen)

Gesetzentwurf

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.“⁶

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 Gesetzentwurf 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 Artikel 2, Nummer 7 (§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument)

Gesetzentwurf

Pflegebedürftige sollen nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten 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.

Das Begutachtungsinstrument soll in sechs Module gegliedert sein, die den Bereichen nach § 14 Absatz 2 (neu) entsprechen.

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.

Die Erfassung des Pflegegrads erfolgt in einem mehrschrittigen Verfahren, das in den Anlagen 1 und 2 zu § 15 Absatz 2 SGB XI neu beschrieben wird.

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.

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

Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt, dass mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs körperliche, kognitive, psychische und soziale Aspekte des Lebens gleichberechtigt Berücksichtigung finden.

Zu Artikel 2, Nummer 8 (§ 17 Richtlinien der Pflegekassen)

Gesetzentwurf (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.

Stellungnahme

Der DBfK sieht in der Vorziehregelung im Präventionsgesetz einen deutlichen 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.

Zu Artikel 2, Nummer 10 (§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

Gesetzentwurf (Buchstabe b)

Dem Antragsteller soll das Gutachten durch die Pflegekasse übersandt werden sofern er dem nicht widerspricht. Der Antragssteller soll bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens für die Planung und Gestaltung der Versorgung hingewiesen werden. Die Ergebnisse des Gutachtens sind transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern.

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.

Zu Artikel 2, Nummer 11 (§ 19 Begriff der Pflegeperson)

Gesetzentwurf (Buchstabe a)

Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 soll zukünftig eine Pflegeperson nur dann erhalten, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen regelmäßig zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegt.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt die Änderung gegenüber dem Referentenentwurf.

Zu Artikel 2, Nummer 14 (§ 28 a Leistungen bei Pflegegrad 1)

Gesetzentwurf

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 § 28 a 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 leistungsrechtlich 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 Artikel 2, Nummer 16 (§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche)

Gesetzentwurf (Buchstaben a, b)

Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht, soweit ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 SGB XI entspricht.

Stellungnahme

Wir halten die hier vorgesehene Regelung über das Ruhen der Leistungspflicht für Leistungen der HKP nicht für ausreichend um die Versicherten vor Leistungsverschiebungen von Leistungen der Behandlungspflege von der Krankenkasse in die Pflegekasse zu bewahren. Lehnt die Krankenkasse die Kostenübernahme für eine ärztliche Verordnung von HKP-Leistungen der Behandlungspflege trotz medizinischer Notwendigkeit und Verordnungsfähigkeit ab, sind diese dann automatisch Bestandteil der Sachleistung aus § 36 und müssen vom Versicherten selbst finanziert werden, weil die Sachleistung ohnehin nicht ausreicht, um den Pflegebedarf aus den Bereichen Mobilität und Selbstversorgung zu decken.

Änderungsvorschlag

Eine Herausnahme der HKP-Leistungen muss bereits im § 36 SGB XI erfolgen.

Zu Artikel 2, Nummer 17 (§ 36 Pflegesachleistung)

Gesetzentwurf

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.

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.

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 § 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 gewährleistet werden, dass insbesondere kognitiv beeinträchtigte Personen von der neuen Wahlfreiheit der Pflegesachleistung profitieren werden.

Wir verweisen auf unsere Ausführungen zu § 34 und regen im Interesse und zum Schutz der Versicherten an, auch im § 36 nochmals explizit eine Abgrenzung von Leistungen des Fünften und Elften Sozialgesetzbuches vorzunehmen um einer Verschiebung von Leistungen vorzubeugen.

Änderungsvorschlag

§ 36 Abs. 1 Satz zwei sollte wie folgt ergänzt werden:

„(...) Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, *sofern es sich nicht um Leistungen der Behandlungspflege gemäß den HKP-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss handelt (...).*“

Zu Artikel 2, Nummer 18 (§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen) (Buchstaben a, b, c)

Gesetzentwurf

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 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, nicht nur auf die pflegfachlichen Belange im herkömmlichen Sinne beschränken sondern 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.

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

Wir bewerten zwar den Ansatz, dass sich die Beratung weiterentwickelt 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. Wir möchten bereits an dieser Stelle darauf hinweisen, sollte die o.a. Vergütung aufrechterhalten bleiben, bei der Vereinbarung der Empfehlungen zu Qualitätssicherung der gesetzliche Höchstbetrag für die Vergütung der Beratung berücksichtigt werden muss.

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 Artikel 2, Nummer 20 (§ 38 a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)

Gesetzentwurf (Buchstabe b)

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 Artikel 2, Nummer 27 (§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen)

Gesetzentwurf (Buchstaben a, c)

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 mit mindestens Pflegegrad 2, regelmäßig an wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage 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

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

Zu Artikel 2, Nummer 29 (§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung)

Gesetzentwurf

Die bisherigen niedrighwelligen 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. Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des Landesrechts.

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 Pflege durch Pflegefachpersonen 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 Gesetzentwurfs 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 gewissermaßen als obsolet an.

Zu Artikel 2, Nummer 29 (§ 45b Entlastungsbetrag)

Gesetzentwurf

Der bisherige Anspruch auf „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ soll nun besser verständlich als „Entlastungsbetrag“ bezeichnet werden und beträgt 125 €. Allen Anspruchsberechtigten wird ein einheitlicher Entlastungsbetrag 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 Selbstversorgung 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 Selbstversorgung im Sinne des § 36 entstehen.

Stellungnahme

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

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 Artikel 2, Nummer 31 (§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte)

Gesetzentwurf

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 Mitarbeiterinnen und 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 un- bzw. angelerntem 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.

Wir begrüßen, dass in den Gesetzentwurf aufgenommen wurde, dass die Verbände der Pflegeberufe zu den Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte angehört werden.

Zu Artikel 2, Nummer 34 (§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung)

Gesetzentwurf

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, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit einem konzeptionellen neuen Rahmen hinsichtlich der personellen Ausstattung in Pflegeeinrichtungen zu hinterlegen. Es besteht die Gefahr, dass der angestrebte Perspektivwechsel in der Pflege mangels ausreichender personeller Ressourcen nicht umsetzbar ist. Die Pflegereform darf nicht zu Lasten der Beschäftigten im Pflegesystem gehen. Aus Sicht des DBfK müssen, sollte bei den Landesrahmenverhandlungen keine Einigungen erzielt werden, Übergangsregelungen für die Bemessung der Personalausstattung getroffen werden. Generell ist stark zu bemängeln, dass der Gesetzentwurf keinerlei Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden, weder in finanzieller noch in personeller Hinsicht, vorsieht.

Zu Artikel 2, Nummer 36 (§ 84 Bemessungsgrundsätze)

Gesetzentwurf (Buchstabe b + c)

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).

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. Die vorgesehene Regelung lastet allerdings das Risiko der Kostenentwicklung den Versicherten und ggf. dem Sozialhilfeträger an und ist zudem eine bürokratisch aufwendige Regelung.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen vor, dass der Eigenanteil als einheitlicher, gesetzlich definierter Zuzahlungsbetrag festgelegt wird. Die Leistungen der Pflegeversicherung für vollstationäre Pflege sind entsprechend der Entwicklung der nach § 89 SGB XI vereinbarten Vergütungen zu dynamisieren. Die Leistung der Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege muss somit den Differenzbetrag zwischen Eigenanteil und dem pflegebedingtem Aufwand umfassen.