

Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0131(32)

gel ESV zur öAnhörung am 30.09.

2015_PSGII

29.09.2015

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

Dr. Klaus Wingenfeld, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

28. September 2015

Allgemeine Einschätzung

Nach fast zehn Jahren intensiver Diskussion wird mit dem Pflegestärkungsgesetz II die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit die bislang wichtigste Strukturreform der Pflegeversicherung auf den Weg gebracht. Weitere wesentliche Regelungen zielen auf eine Anpassung von Leistungsregelungen, die Einführung von Personalbemessungssystemen, eine Verbesserung der Beratungsstrukturen, eine Optimierung der Strukturen der Selbstverwaltung in der pflegerischen Versorgung und nicht zuletzt eine Weiterentwicklung zentraler Bausteine der Qualitätssicherung. Der Entwurf greift auch mit diesen Sachverhalten zentrale Anforderungen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auf. Er entspricht in wesentlichen Eckpunkten den Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die dieser in seinem Gutachten aus dem Jahr 2014 für die pflegerische Langzeitversorgung formuliert hat. Zugleich führt das PSG II zur Notwendigkeit weiterer Regelungen, da die Harmonisierung der sozialen Sicherungssysteme mit dieser Reform noch nicht abschließend sichergestellt werden konnte.

Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens

Die vorgesehene Neudefinition des sozialrechtlichen Begriffs der Pflegebedürftigkeit behebt systematische Schwachstellen der Pflegeversicherung, die zu Lasten mehrerer Personengruppen gingen. Dazu gehören insbesondere Menschen mit dementiellen Erkrankungen, die nicht nur bei bestimmten Alltagsverrichtungen, sondern in ihrer ganzen Lebensführung der Unterstützung bedürfen. Dazu gehören ferner Personengruppen wie chronisch kranke Kinder, deren Bedarfskonstellationen ebenfalls außerhalb der Alltagsverrichtungen einen Schwerpunkt haben. Auch jüngere Erwachsene mit schweren chronischen Erkrankungen, die im Bereich der Alltagsverrichtungen relativ selbstständig sind, aber darüber hinausgehend Unterstützung bei der Bewältigung der Folgen gesundheitlicher Störungen benötigen, werden profitieren.

Durch das mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verknüpfte Begutachtungsverfahren („Neues Begutachtungsassessment“ – NBA) werden weitere Schwachstellen des bisherigen Systems überwunden. Das NBA ist in enger Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis entstanden. Mit ihm wird die umstrittene, wissenschaftlich nicht begründbare Methode, Minutenwerte für alltägliche Pflegehandlungen zu erfassen und auf dieser Basis eine Pflegestufe zu bestimmen, obsolet. Auch das Problem, dass für die Pflegestufenzuordnung heute die nicht-berufliche Pflege als Maßstab gilt und daher alle Formen beruflicher Pflege in sogenannte Laienpflegezeiten umgerechnet werden müssen, wird damit aufgehoben. Die Begutachtung von Heimbewohnern musste in der Vergangenheit vollständig auf fiktiven Annahmen über die Wohn- und Versorgungssituation Bezug nehmen, was mit dem neuen Verfahren nicht mehr notwendig sein wird. Das neue Begutachtungsassessment bildet die Beeinträchtigungen und den Bedarf der pflegebedürftigen Menschen umfassender ab als das bisherige Verfahren. Mit dieser Umstellung werden zugleich Verbesserungen verschiedener weiterer Regelungen verknüpft, beispielsweise Regelungen zur Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit oder des Hilfsmittelbedarfs.

Mit dem NBA werden Kriterien verwendet, die pflegewissenschaftlich begründet sind und sich an Erkenntnissen orientieren, die auf internationaler Ebene im Bereich der pflegerischen Versorgung schon seit vielen Jahren handlungsleitend sind. Dazu gehört beispielsweise die Fokussierung auf die Frage der Selbstständigkeit im Umgang mit den Folgen von Krankheit und Behinderung, aber auch eine stärkere Akzentuierung der Frage, welche Fähigkeit die

gesundheitlich beeinträchtigten Menschen noch haben. In der Fachdiskussion wird zu Recht von einem ressourcenorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff gesprochen.

Die im Gesetzentwurf formulierten Regelungen orientieren sich an den Empfehlungen der beiden Beiräte, die das Bundesgesundheitsministerium bei der Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs über viele Jahre hinweg begleitet haben, und an den wissenschaftlichen Studien, die der Arbeit der Beiräte zugrunde lagen. Dies gilt insbesondere für die fachlichen Definitionen und die wissenschaftlichen Grundlagen, auf denen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem dazugehörigen Begutachtungsverfahren aufbaut, was sich im Einzelnen in den Vorschriften der neuen §§ 14 und 15 SGB XI widerspiegelt.

Bei der Ausgestaltung der Leistungen in Verbindung mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff setzt der Entwurf allerdings eigene Akzente. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen System der Pflegegrade wurde es notwendig, die Leistungen und Leistungsbeträge im Rahmen der Pflegeversicherung neu zu bestimmen. Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen sehen Verbesserungen für die pflegebedürftigen Menschen vor, die zum Teil weiter reichen als die in den beiden Beiräten diskutierten Lösungen. Dies betrifft nicht nur die Höhe der Leistungen für häusliche versorgte Pflegebedürftige, sondern auch bestimmte Teile der Bewertungssystematik, auf denen die Bestimmungen der neuen Pflegegrade beruht. Sie wurden so definiert, dass der jeweilige Pflegegrad schneller (d.h. mit weniger Beeinträchtigungen) erreicht werden kann als in der ursprünglichen Fassung der Bewertungsregeln, die von den Entwicklern des Systems vorgeschlagen und von den Beiräten bestätigt wurden. Diese Abweichungen berühren allerdings nicht die methodische Konsistenz des Verfahrens, sie sind als eine rein sozialpolitische Entscheidung zu bewerten. Aus fachlicher und wissenschaftlicher Sicht ist diese Veränderung unproblematisch. Sie wird die Situation der Leistungsberechtigten weiter verbessern, führt allerdings im Vergleich zu den ursprünglichen Lösungen auch zu höheren Kosten.

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, dass bereits mit dem Pflegestärkungsgesetz I wesentliche Leistungsverbesserungen im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgenommen wurden. Beide Reformgesetze müssen, was die Frage der Leistungsgestaltung auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs betreffen, im Zusammenhang betrachtet werden. Damit führen die mit der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verknüpften Regelungen zu deutlichen Verbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Nicht nur verschiedene Regelungen zur Ausgestaltung der Leistungen, sondern auch die Überleitungsregelungen und die Bestandsschutzregelungen sind vergleichsweise großzügig ausgefallen.

Suboptimal ist die Bestimmung der neuen Kategorien ausgefallen, mit denen Pflegemaßnahmen beschrieben werden. Das gilt insbesondere für die Neufassung der §§ 4 und 36, wo mit den Kategorien „körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ eine aus fachlicher Sicht sehr unglückliche Begrifflichkeit gewählt wurde. Es wird empfohlen, von dieser Begrifflichkeit Abstand zu nehmen, da das Risiko besteht, ähnlich wie im Falle des umstrittenen Begriffs der „Grundpflege“ Unklarheiten und fachliche Probleme zu fördern.

Offen lässt das PSG II die Frage, wie die Schnittstelle zwischen dem SGB XI und der Eingliederungshilfe zukünftig ausgestaltet werden soll. Es handelt sich um eine besonders wichtige, aber auch komplizierte Frage, die bereits seit Einführung der Pflegeversicherung diskutiert und als dringend lösungsbedürftig angesehen wurde. Hierzu haben die beiden Beiräte keine Empfehlungen abgegeben. Auch die Ungleichzeitigkeit der Reformprozesse rund um das SGB XI einerseits und der Vorbereitung des Bundesteilhabegesetzes andererseits ist zu berücksichtigen. Insofern ist nachvollziehbar, dass diese Frage nicht im PSG II gelöst wurde. Die Regelung der Schnittstelle zur Eingliederungshilfe und einiger anderer Fragen im Zusammenhang mit dem SGB XII bleibt jedoch eine zeitnah anzugehende Aufgabe.

Rehabilitation und Hilfsmittel

Das im Jahr 2007 neu entwickelte Begutachtungsverfahren sieht eine verbesserte Form der Erfassung von Rehabilitationsbedürftigkeit im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI vor. Mit der Einführung dieses neuen Verfahrens trägt die Gesetzesreform somit auch der anhaltenden Diskussion über die Notwendigkeit Rechnung, den Zugang zu Rehabilitationsmöglichkeiten für pflegebedürftige Menschen bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen zu erleichtern.

Allerdings ist die Optimierung des Verfahrens, in dem die gutachterliche Empfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme entsteht, nicht der allein entscheidende Faktor zur Behebung von Schwellen bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen. Nach wie vor besteht ein Bedarf an struktureller Weiterentwicklung der Rehabilitationsangebote, die es den in

ihrer Selbstständigkeit stark beeinträchtigten pflegebedürftigen Menschen erleichtert, Rehabilitationsmöglichkeiten zu nutzen und die mit ihnen verbundenen Belastungen zu bewältigen. Insofern bleibt es eine Zukunftsaufgabe, das Rehabilitationsangebot an die Möglichkeiten und Grenzen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen anzupassen, die nicht allein durch eine Optimierung des gesetzlichen Rahmens gelöst werden kann.

Ergänzend wurde im Verlauf des Verfahrens ein vereinfachter Zugang zu verordneten Hilfsmitteln geschaffen. Auch hier begründet die Empfehlung des MDK-Gutachters nach den Vorschriften des Gesetzentwurfs einen Leistungsanspruch.

Qualitätssicherung

Neben der Neugestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bildet die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, der externen Qualitätsprüfungen und der öffentlichen Qualitätsberichterstattung einen weiteren wichtigen Schwerpunkt der Gesetzesreform. Das Gesetz knüpft hier an den Regelungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes aus dem Jahre 2012 an, deren Umsetzung von den Partnern in der Selbstverwaltung nur zögerlich angegangen wurde.

In diesem Bereich setzt der Gesetzentwurf mehrere Akzente. Zum einen soll der Prozess der Einführung neuer, notwendiger Formen der Qualitätssicherung befördert werden, zum anderen zielt der Gesetzentwurf auf die Behebung von Schwachstellen und dysfunktionalen Strukturen im Prozess der Entscheidungsfindung durch die Selbstverwaltung.

In Anknüpfung an die Vorschriften, die erstmals mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Jahr 2012 in das SGB XI aufgenommen wurden, wird mit dem PSG II noch einmal nachdrücklich die Einführung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Beurteilung der Ergebnisqualität für die vollstationäre Pflege vorgeschrieben. Bezugspunkt ist ein neuartiges Konzept, das in den Jahren 2009 und 2010 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit erarbeitet worden ist und mittlerweile regelmäßig bei rund 20.000 Heimbewohnern in mehreren Bundesländern durchgeführt wird. Die Präzisierung im PSG II war erforderlich und ist zu begrüßen, da verschiedene Entscheidungsträger auf Seiten der Kassen zögerlich reagierten und die durch das PNG geschaffenen Vorschriften somit zu keinen greifbaren Ergebnissen führten.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausgestaltung des § 113 ist auch deshalb zu begrüßen, weil sie den sachlichen Zusammenhang berücksichtigt, in dem interne Qualitätssicherung, externe Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichterstattung zueinander stehen. Es gibt nach wie vor Tendenzen, das externe Prüfverfahren durch die Medizinischen Dienste aus der Erfassung der Ergebnisqualität auszuklammern. Gegenüber diesen Tendenzen unterstreicht der Gesetzentwurf den sachlichen Zusammenhang zwischen den genannten Bereichen der Qualitätssicherung und dementsprechend das Erfordernis einer in sich stimmigen Lösung. Erweitert wird der Auftrag an die Selbstverwaltung um die Entwicklung und Einführung eines analogen Systems für die ambulante Versorgung. Zukünftig soll auch in diesem Versorgungsbereich ein in sich abgestimmtes, fachlich überzeugendes und aussagekräftiges Verfahren der Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung umgesetzt werden.

Im Gefolge dieser Maßgaben wurden verschiedene Regelungen in den Gesetzentwurf aufgenommen, die eine Verknüpfung der verschiedenen Teilbereiche, die mit der Qualitätssicherung zusammenhängen, verbessert werden soll. Dazu gehört beispielsweise die Ergänzung des Absatzes 1 in § 113 SGB XI, wonach die Entwicklung einer die Pflegequalität fördernden Pflegedokumentation unterstützt werden soll. Das PSG II lässt somit erkennen, dass ein in sich abgestimmtes System der Qualitätssicherung angestrebt wird.

Der Gesetzentwurf setzt beim Thema Qualitätssicherung einen zweiten Akzent bei der Optimierung von Entscheidungsprozessen. Es soll am Grundsatz festhalten werden, die Gestaltungsverantwortung im Bereich der Qualitätssicherung der Selbstverwaltung zu überlassen. Ergänzende Regelungen sollen dazu beitragen, dysfunktionale Strukturen der Selbstverwaltung zu kompensieren bzw. in ihren negativen Wirkungen zu begrenzen. Dazu gehört die Einrichtung eines erweiterten Qualitätsausschusses (§ 113b SGB XI), der in besonders schwierigen Verhandlungssituationen in Aktion tritt und in dem die Rolle der unparteiischen Mitglieder gestärkt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit benennt danach einen unparteiischen Vorsitzenden des Qualitätsausschusses.

Diese Regelung ist eine Konsequenz aus der Erfahrung der letzten Jahre, in denen es der Selbstverwaltung im Zusammenhang mit den sogenannten Pflegenoten (Pflege-Transparenzvereinbarungen) nicht gelungen ist, eine fachlich tragfähige, das öffentliche Interesse befriedigende und in der Sache nützliche Lösung zu finden. Die öffentlichen Schuldzuweisungen aus den Reihen der Vertragspartner, die im Zusammenhang mit dem Scheitern der Pflegenoten formuliert wurden, dokumentieren noch einmal die Grenzen der Einigungsfähigkeit in kritischen Fragen und die Dominanz der Partikularinteressen einzelner Organisa-

tionen. Das tiefere Problem liegt jedoch darin, dass die Lösung komplexerer konzeptioneller und fachlicher Fragen am Verhandlungstisch schlecht möglich ist, wenn die Vertragsparteien ihre Interessen berührt sehen. Dies gilt nach den bisherigen Erfahrungen für alle Beteiligten, auch für die Kostenträger.

Der Gesetzentwurf schafft nunmehr in Reaktion auf diese Erfahrungen neue Strukturen, mit denen die Wirkung der Partikularinteressen begrenzt werden sollen. Die Schaffung eines Qualitätsausschusses in erweiterter Personenkonstellation, mit dem Blockadetendenzen in der Selbstverwaltung in ihrer Wirkung beschnitten werden sollen, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Zu begrüßen ist außerdem, dass entgegen intensiv erhobener Forderung Abstand davon genommen wurde, dass Problem durch die Neudefinition einer Richtlinienkompetenz für die Qualitätssicherung zu lösen.

Inwieweit die vorgesehenen Regelungen ausreichen werden, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt allerdings schwer zu beurteilen. Möglicherweise werden – ähnlich wie in anderen Versorgungsbereichen und wie auch in anderen Ländern zu beobachten – weitergehende Schritte erforderlich sein, mit denen die Klärung konzeptioneller Fragen der Qualitätssicherung eher in die Verantwortung unparteiischer Instanzen gelegt werden. Es ist sorgfältig zu beobachten, ob die Selbstverwaltung unter den vom PSG II geschaffenen Bedingungen tatsächlich eine höhere Funktionalität entwickelt und die notwendigen Entscheidungen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zeit- und sachgerecht treffen kann.

Das PSG II strebt auch eine stärkere Einbindung wissenschaftlicher Expertise in die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung an. Diese Stärkung ist zu begrüßen, doch wird auch hier zu beobachten sein, ob die gewünschten Wirkungen eintreten. Im Falle der Pflegenoten wurde bereits zu einem frühen Zeitpunkt von mehreren Wissenschaftlern unabhängig voneinander darauf hingewiesen, dass das mit den Transparenzvereinbarungen geschaffene System der Pflegenoten systematische Schwachstellen aufweist und auch in modifizierter Form auf Dauer nicht tragfähig ist. Dies blieb bei der Selbstverwaltung jedoch ohne Konsequenz, was zu dem bekannten Desaster der Pflegenoten führte und die an sich sehr positive Idee, Qualitätstransparenz zu schaffen, immer mehr beschädigt hat. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen ist zu hoffen, dass der (ggf. erweiterte) Qualitätsausschuss einen Rahmen bildet, in dem der aktuelle Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse besser zum Tragen kommt.

Personalbemessung

Die geplante Reform gibt einen wichtigen Impuls, die seit Jahren geforderten einheitlichen Methoden zur Personalbemessung festzulegen und umzusetzen. Mit dem neuen, erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff ergibt sich die Notwendigkeit, aber auch eine neue, bessere Grundlage, Personalbemessung und Pflegestufen- bzw. Pflegegradsystem in Einklang zu bringen.

Vergleichbare Vorgaben existierten allerdings auch schon früher (beispielsweise auch in den Landesrahmenverträgen zur vollstationären Pflege), ohne dass es den zuständigen Entscheidungsträgern gelungen wäre, sich auf ein einheitliches Verfahren zu verständigen. Die bereits seit mehr als vier Jahren vorliegenden Vorschläge für ein NBA-basiertes Personalbemessungsverfahren sind bislang nicht aufgegriffen worden. Ähnlich wie im Falle der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung stellt sich die Frage, wie ein geeigneter Rahmen für die notwendigen Entwicklungsarbeiten aussehen könnte.

Dass der Entwurf des PSG II auch die ambulante Versorgung ausdrücklich in die Regelungen zur Personalbemessung einbezieht, ist prinzipiell positiv zu bewerten. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass Personalbemessung nach einheitlichen Maßstäben in der ambulanten Pflege aufgrund des eingeschränkten, von Fall zu Fall abweichenden Auftrags von Pflegediensten grundlegend anders konzeptioniert sein muss.

Pflegeberatung

Die bislang bestehenden Rechtsvorschriften zum Themenkomplex Pflegeberatung werden, auch unter Einbeziehung des Beratungsauftrags von Pflegestützpunkten, in den §§ 7 ff SGB XI zusammengeführt. In weiten Teilen handelt es sich dabei jedoch um eine Systematisierung des Gesetzestextes ohne substanzielle inhaltliche Veränderung bestehender Vorschriften.

Darüber hinaus strebt das PSG II Mindestvorgaben zur Vereinheitlichung des Verfahrens, zur Durchführung und zu den Inhalten an (§ 17 Abs. 1a SGB XI). Eine Erweiterung stellen auch Berichtspflichten dar, die darauf abzielen, die Wirksamkeit und Entwicklung der Pflegeberatung und der Beratung in der eigenen Häuslichkeit transparent zu machen und die Qualität der Beratung zu verbessern.

Dies sind sinnvolle Maßnahmen, die einen Beitrag zur Qualitätssicherung der Pflegeberatung leisten. Empfohlen wird in diesem Zusammenhang jedoch, die Qualität der Berichterstattung über die Entwicklung der Pflegeberatung kritischer zu reflektieren und zu verbessern. Die Erkenntnisse, die mit den bislang vorliegenden Untersuchungen gewonnen wurden, sind eher überschaubar.