

# **BVMed-Stellungnahme**

## **zu den Eckpunkten für eine Reform der Pflegeversicherung**

Am 19. Juni 2007 hat der Koalitionsausschuss die Eckpunkte für eine Reform der Pflegeversicherung beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit soll bis zum Ende der Sitzungsfreien Zeit des Deutschen Bundestages einen Gesetzentwurf für die Bundesregierung erarbeiten. Der Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed), der u. a. Homecare-Unternehmen vertritt, die nach den Vorgaben des SGB V Menschen regelmäßig mit beratungsintensiven Hilfsmitteln versorgen, möchte sich frühzeitig aktiv in die Diskussion einbringen und zur Ausgestaltung ausgewählter Eckpunkte Anregungen aus Sicht unserer Mitgliedsunternehmen geben.

### **Leistungen für Pflegehilfsmittel dynamisieren**

Die Dynamisierung von Leistungen und die besonderen Hilfen für Demenzkranke sind ein richtiger Schritt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass neben dem Pflegegeld und den Pflegeleistungen auch die Leistungen für Pflegehilfsmittel regelmäßig dynamisiert werden.

### **Bestehende Strukturen nutzen**

Positiv zu bewerten ist der Ansatz der Reform zu einer integrierten wohnortnahen Versorgung. In Zukunft wird es verstärkt darauf ankommen, innovative und sektorenübergreifende Versorgungsformen anzubieten. Der BVMed weist darauf hin, dass Homecare-Unternehmen, die im Rahmen des SGB V die medizinische Versorgung in häuslicher Umgebung durchführen, die notwendigen, jetzt mit der Pflegeversicherungsreform geplanten, sektorübergreifenden Strukturen schon vorhalten.

Patienten eine ambulante Therapie mit beratungsintensiven Hilfsmitteln und den dazugehörigen Dienstleistungen zu ermöglichen, ist das Ziel von Homecare. Einige der BVMed-Mitgliedsunternehmen engagieren sich in der sogenannten Homecare-Versorgung.

Vor ca. 15 Jahren fing der Bereich Homecare an, sich im deutschen Gesundheitswesen zu etablieren und hat sich bis heute zu einem unersetzlichen Bestandteil der ambulanten Patientenversorgung entwickelt. Homecare steht für eine sektorenverbindende Versorgungsform, die nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ arbeitet. Homecare umfasst die Versorgung eines Patienten zu Hause mit erklärungsbedürftigen Hilfsmitteln/Medizinprodukten, Verband- und Arzneimitteln durch geschulte Therapiespezialisten (Fach- und Pflegepersonal) im Rahmen einer ärztlich verordneten ambulanten Therapie. Bei diesen Leistungen handelt es sich um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Krankenkassen vergüten in der Homecare-Versorgung das notwendige Hilfsmittel. Für damit verbundene Dienst- und Beratungsleistung entstehen keine zusätzlichen Kosten, da diese über den Produktpreis vergütet werden.

Es ist weder wirtschaftlich noch effektiv, solche Versorgungsstrukturen separat und kostenintensiv mit der Pflegeversicherung ein zweites Mal aufzubauen. Die Spezialisten der Homecare-Unternehmen übernehmen bereits schon jetzt die fachliche Anleitung und die Schulung der Pflegedienste. Diese Anforderungen sind inzwischen teilweise Gegenstand vertraglicher Regelungen zwischen den Kranken- bzw. Pflegekassen und den Homecare-Unternehmen. Deshalb ist es für eine wirtschaftliche Versorgung unumgänglich, die bestehenden, sektorübergreifenden Homecare-Strukturen zu nutzen und diese entsprechend gesetzlich zu verankern.

### **Miteinbeziehung der Homecare-Unternehmen in die Pflegestützpunkte und das Fallmanagement**

Da im Rahmen der Pflegestützpunkte und des Fallmanagements wohnortnahe Angebote für Pflegebedürftige aus einer Hand unter Berücksichtigung der Kranken- und Pflegeversicherung aufgebaut werden sollen, sind außer den ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen auch die Homecare-Unternehmen an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Hierzu ist es aus unserer Sicht erforderlich, Homecare-Unternehmen als Vertragspartner der Kranken- und Pflegekassen beim Aufbau der Pflegestützpunkte im Gesetz zu verankern und eindeutig zu listen bzw. diese als Managementorganisation von Pflegestützpunkten zu etablieren. Nur so kann deren bestehende Kompetenz im Bereich des Fallmanagements auch zu Gunsten der Pflegeversicherung genutzt und eine effiziente Versorgung sichergestellt werden.

Da eine Vielzahl der pflegebedürftigen Patienten multimorbid ist und sowohl einer medizinischen als auch einer pflegerischen Betreuung bedarf, ist eine gleichwertige Kooperation zwischen Homecare-Unternehmen nicht nur sinnvoll sondern durchaus erforderlich. Schon heute setzen außer der Pflege auch Homecare-Unternehmen die Vorgaben des SGB V zum Versorgungsmanagement an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung um.

### **Keine Leistungsverlagerung und klare Abgrenzungskriterien beibehalten**

Die bisherigen Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung müssen erhalten bleiben. Die Behandlungspflege im Pflegeheim sollte weiterhin im Leistungskatalog SGB V umgesetzt werden. Hier wurden mit der Gesundheitsreform mehrere wichtige Schnittstellenprobleme gelöst, so dass hier kein weiterer Handlungsbedarf besteht (Präzisierung des Hilfsmittelanspruchs in § 33 SGB V).

### **Qualifiziertes Fallmanagement sachgerecht vergüten**

Besonders positiv hervorzuheben ist der Ansatz der Eckpunkte, durch den Einsatz von Fallmanagern Schnittstellenprobleme abzubauen. Um diese abbauen zu können, ist vom Gesetzgeber eine angemessene und ausreichende Finanzierung der laufenden Kosten sicherzustellen.

Eine Anschubfinanzierung allein reicht nicht aus, um den Erfolg des Fallmanagements dauerhaft zu sichern. Ein Fallmanagement muss nicht ausschließlich bei den Pflegekassen angesiedelt sein. Die Nutzung vorhandener Kompetenzen der Leistungserbringer in diesen Feldern sichert maßgeblich den Erfolg. Eine qualifizierte Ausbildung der Fallmanager als dreijährige examinierte Gesundheitskrankenpfleger oder Altenpfleger ist unabdingbar. Die Kernkompetenzen der Pflege- und Homecare-Unternehmen sind hierbei zu nutzen.

Klarzustellen gilt aus unserer Sicht weiterhin, dass das Fallmanagement nicht nur den Pflegebedürftigen der Stufen I bis III, sondern auch Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu Gute kommt.

## **Kompetenz von Einzelpflegekräften stärken**

Die professionelle ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen setzt derzeit immer eine Zulassung als *Pflegedienst* voraus. Grundsätzlich ist es sinnvoll, Qualitätskriterien für die Pflege zu entwickeln. Dies schließt aber nicht aus, dass auch Pflegeverträge zu gleichen Konditionen mit *einzelnen qualifizierten* Pflegekräften abgeschlossen werden können.

In den Homecare-Unternehmen sind hoch qualifizierte Pflegekräfte beschäftigt, die bislang einzeln von pflegerischen Aufgaben ausgeschlossen sind. Deshalb begrüßen wir die in den Eckpunkten vorgesehene Zielrichtung, Verträge mit Einzelpersonen zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist auch empfehlenswert, die Kompetenzen der Pflegeberufe deutlich zu erweitern und eine größere Handlungsautonomie einzuräumen.

## **Qualität**

Im Zusammenhang mit der Pflegequalität ist es richtig, qualitativ gute Pflege zu belohnen und Anreize zu setzen, den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zu verbessern. Umso wichtiger ist es in diesem Kontext, die Pflege in den Händen der kompetenten Pflegeexperten zu belassen. Im Zuge dessen ist es beispielsweise nicht sinnvoll, die im GKV-WSG geforderten Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich auf den stationären Bereich (Pflegeheime) auszudehnen. Sollten die Pflegeeinrichtungen keinen unmittelbaren Einfluss mehr auf die Hilfsmittelversorgung ihrer Bewohner haben, so hat dies nachweislich Nachteile auf die Pflegequalität.

Beim Einsatz von Hilfsmitteln in Einrichtungen ist daher der Gedanke der Qualitätssicherung zu berücksichtigen. Die Gemeinschaft der Kostenträger in einem Bundesland sollte die Qualitätsaspekte bei Beschaffungsvorgängen nach § 33 SGB V, § 127 Abs. 1 und 2 SGB V für Pflegebedürftige in Einrichtungen berücksichtigen. Mit dem Ausschreibungs-Instrument werden verstärkt Einkäufe nach den Kriterien eines ausschreibenden Kostenträgers bestimmt. Diese stellen auf die Gesamtzahl der Versorgungsfälle ab. Auch der Preis wird ein verstärktes Gewicht bei der Bewertung erhalten. Die Bedingungen in einer Einrichtung oder den Einrichtungen eines Bundeslandes werden dagegen weniger berücksichtigt. Durch die Vielzahl der Kostenträger als mögliche ausschreibende Stellen und die Vielzahl der Leistungserbringer, werden die Einrichtungen mit zahlreichen Hilfsmitteln konfrontiert, die unterschiedlich gestaltet sind, andere Funktionalitäten bieten und unterschiedlich einzusetzen sind. Zugleich müssen die Einrichtungen und ihre Pflegekräfte den richtigen Einsatz der Hilfsmittel sicherstellen. Dazu sind sie aufgrund der Qualitätsvereinbarungen und Versorgungsverträge (z. B. nach § 75 SGB XI – Pflegequalität) verpflichtet.

## **Auswahl Medizinischer Hilfsmittel nach pflegerischen Aspekten ist zu stärken**

Ohne moderne Hilfsmittel gäbe es keine häusliche Versorgung.

Die häusliche Versorgung spart Kosten. Ohne moderne Hilfsmittel wäre die hochwertige Pflege durch die Einrichtungen gefährdet. Daher sind bei der Auswahl und dem Einsatz von medizinischen Hilfsmitteln im Rahmen von Leistungen nach dem SGB V die pflegerischen Aspekte zu berücksichtigen und eine aktive Lebensgestaltung zu fördern. Pflegeversicherung und Krankenversicherungen sollten sich über die Kostentragung verständigen, medizinisch-pflegerische Empfehlungen sind zu beachten, um die Versorgungserfolge durch Leistungen nach dem SGB XI zu sichern. Wünschenswert ist daher eine enge Kooperation zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung bei der Auswahl und Genehmigung der medizinischen Hilfsmittel.

In den Verträgen nach § 127 SGB V sollten daher pflegerische Aspekte mit einfließen. Nur so kann die Pflegequalität gesichert werden. Wünschenswert ist dies, weil innovative Medizinprodukte während der letzten Jahrzehnte die Versorgungs- und Lebensqualität Pflegebedürftiger in der häuslichen und institutionellen Pflege maßgeblich verbessert haben. Sie ermöglichen damit in vielen Fällen eine längere selbstständige Lebensführung oder Selbstständigkeit.

Damit wird der Pflegeaufwand reduziert und, aufgrund der höheren Aktivität der Pflegebedürftigen, Mehrausgaben der Krankenversicherung vermieden. Hilfsmittel ermöglichen das längere Leben im eigenen Umfeld und sie können den Pflegeaufwand reduzieren.

Berlin, 1. August 2007

BVMed – Bundesverband  
Medizintechnologie e.V.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Schmitt', with a stylized flourish at the end.

Joachim M. Schmitt  
Geschäftsführer  
Mitglied des Vorstands