



**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(21)  
vom 18.09.03**

**15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme**

**des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste  
e.V. (bpa)**

**zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE  
GRÜNEN**

**„Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenver-  
sicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)“, Bundestags-Drucksache  
15/1525**

Berlin, 17. September 2003



bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Bundesgeschäftsstelle  
Geschäftsführer Bernd Tews, Hannoversche Str. 19, 10115 Berlin

Tel.: 030 – 308 788 60 Fax: 030 – 308 788 89 E-mail: bund@bpa.de www.bpa.de

## I. Einleitung

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)“.

Der bpa vertritt bundesweit über 4000 private Pflegeeinrichtungen, hierunter sind mehr als 2000 Pflegedienste.

Grundsätzlich befürwortet der bpa die gesetzgeberische Initiative zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Absicht Rationierungen von Leistungen zu Lasten der Patienten zu verhindern und die besonderen Belange chronisch Kranker zu berücksichtigen.

Der effiziente Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel unter Wahrung der Beitragssatzstabilität bis hin zur Beitragssenkung wird ebenfalls als Prämisse geteilt. Allerdings muss im Vordergrund stehen, eine umfassende medizinische Versorgung für alle Patienten zu gewährleisten und unausweichliche zusätzliche Belastungen sozialverträglich zu gestalten. **Insbesondere sind Patientengruppen, die aufgrund medizinischer oder sozialer Indikationen bereits besonders betroffen sind, von weiteren Belastungen auszunehmen.**

Im Hinblick auf die Optimierung von Krankenversicherungsleistungen müssen sektorenübergreifende Leistungen, wie dieses z. B. im Rahmen der Integrationsversorgung erfolgt, stärker gefördert werden. **Anreize zur ambulanten Versorgung** (Hausarztmodelle, ambulantes Operieren, DRG usw.) **sind aus- und aufzubauen.** Speziell bezüglich letzterem fehlen dem Gesetzesentwurf deutliche Signale. Mit der verbindlichen Einführung der DRG im Krankenhaus ab 2004 soll

es eine deutliche Vermeidung von Fehlversorgungen sowie Verkürzung der Verweildauern geben. Diese sinnvolle Optimierung stationärer Krankenhausaufenthalte **bedarf einer ambulanten hausärztlichen und krankenpflegerischen Absicherung der Akutversorgung**, sofern drastische Qualitätseinbußen in der Patientenversorgung ausgeschlossen werden sollen.

Vor dem Hintergrund der kurzfristig anberaumten Anhörung nimmt der bpa in Folge zu den für seine Mitglieder wesentlichen einzelnen Paragraphen Stellung:

## **1. § 37 Abs. 1, häusliche Krankenpflege (Artikel 1, Ziffer 27 des GMG), hier: Auswirkungen der DRG**

### **a. Häusliche Krankenpflege als DRG-Nachsorge verankern**

Die häusliche Krankenpflege verfolgt das gesetzlich formulierte Ziel, Krankenhausaufenthalte zu ersetzen, verhindern oder verkürzen. Dabei sichert diese in erster Linie das Ziel der ärztlichen Behandlung durch die Behandlungs-, aber auch Grundpflege. Im Zuge der DRG-Einführung in den Krankenhäusern sichert häusliche Krankenpflege frühzeitige Krankenhausentlassungen behandlungspflegerisch ab, ohne die ein weiterer Verbleib im Krankenhaus (Fehlversorgung) erforderlich wäre. § 39 Abs. 1 Satz 3 verlangt explizit, dass eine Krankenhausbehandlung nur durchgeführt werden darf, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung „einschließlich häuslicher Krankenpflege“ erreicht werden kann. Vor diesem Hintergrund muss die **häusliche Krankenpflege** zusammen mit der ambulanten ärztlichen Behandlung so ausgestaltet werden, dass diese anstelle der Krankenhausversorgung in Form von Weiterbehandlung oder **als „Hospital Home“ nach ambulanten Operationen als effiziente vorrangige Leistung greift**. Um dieses Ziel zu erreichen, ist der Vorrang häuslicher Krankenpflege ausdrücklich in das Gesetz aufzunehmen.

### **b. Palliativ-medizinisch-pflegerische Versorgung als häusliche Krankenpflege**

Die DRG-Einführung wird dazu führen, dass im Krankenhaus eine palliativ-medizinisch-pflegerische Versorgung aufgrund der nicht zuordbaren Leistung

kaum durchgeführt werden dürfte. Deshalb muss sichergestellt werden, dass die häusliche Krankenpflege auch diese Leistungen umfasst.

#### Änderungsvorschlag § 37 Abs. 1 SGB V:

Versicherte erhalten neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege *in Verbindung mit ambulanten Operationen oder anderweitig* vermieden oder verkürzt wird. *Dieses gilt auch für die nachstationäre Behandlung nach § 115 a. Die häusliche Krankenpflege hat, sofern medizinisch vertretbar, Vorrang vor der Krankenhauspflege.* Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege *einschließlich palliativ-medizinisch-pflegerischer Leistungen* sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

#### **2. § 37 Abs. 1 und 2, häusliche Krankenpflege, hier: „im Haushalt“**

Versicherte erhalten häusliche Krankenpflege gem. § 37 Abs. 1 und 2 „in ihrem Haushalt oder ihrer Familie“. Diese Regelung hat in der Praxis insbesondere bei kranken Kindern, die häusliche Krankenpflege im Kindergarten oder in der Schule in Anspruch nehmen wollten, zu Problemen geführt.

Die Kostenträger haben dieses Kriterium wörtlich als Beschreibung des Leistungsortes verstanden und dahingehend ausgelegt, dass Leistungen, die außerhalb des Haushalts erbracht würden, nicht beansprucht werden könnten. Das Merkmal "in ihrem Haushalt oder ihrer Familie" dient aber vornehmlich der Abgrenzung zu § 39 SGB V, also der Trennung von Ansprüchen bei stationären Aufenthalten. Zweck des Gesetzes kann es nicht sein, den unterhaltsverpflichtete-

ten Eltern die Kosten derselben Leistungen aufzubürden, wenn sie außerhalb der eigenen Wohnung und in der Schule oder im Kindergarten erbracht werden, weil ansonsten in den verfassungsrechtlich gewährleisteten Schutz von Ehe und Familie eingegriffen würde. Gleichzeitig stellt sich, folgt man der bisherigen Sicht der Kostenträger, ein deutliches Problem im Hinblick auf die Gleichbehandlung von Kindern im Sinne des Art 3 Abs. 1 GG. Schließlich gewährleistet auch das SGB XI einen Anspruch auf Urlaubs- und Verhinderungspflege, wenn vorübergehend der eigene Haushalt verlassen und der Lebensmittelpunkt nicht verlagert wird.

Diese Argumentation hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 21. November 2002 (Az. B 3 KR/13/02 R) aufgenommen. Nach Sinn und Zweck des § 37 sei eine versichertenfreundliche Auslegung geboten. Bereits aus § 2 Abs. 1 SGB I gehe hervor, dass die sozialen Rechte, die die Sozialgesetzbücher vermitteln, insbesondere der Schaffung gleicher Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit von Kindern dienen. Dazu gehört bei Kindern auch die Wiederherstellung und Sicherung der Möglichkeit zur sozialen Integration unter Gleichaltrigen in einem Kindergarten bzw. in einer Kindertagesstätte sowie der Schulfähigkeit nach Eintritt der Schulpflicht.

Auch durch die Einführung der Fallpauschalen (DRG) im Krankenhaus werden diverse neue Versorgungsformen außerhalb von stationären Einrichtungen erforderlich, um außerklinische ambulante Behandlung effizient und ökonomisch zu ermöglichen. Um einem Modernisierungsgesetz – verbunden mit den genannten Anforderungen – gerecht zu werden, schlägt der bpa deshalb eine Streichung der Worte „in ihrem Haushalt oder ihrer Familie“ sowohl in § 37 Abs. 1 als auch in § 37 Abs. 2 vor.

#### Änderungsvorschlag § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V:

Versicherte erhalten als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege *einschließlich palliativ-medizinisch-pflegerischer Leistungen*, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

### 3. § 37 Abs. 2, häusliche Krankenpflege für Wohnungslose (Artikel 1, Ziffer 27 a des GMG)

Der bpa begrüßt, dass mit dieser Regelung alleinstehende Wohnungslose, insbesondere zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 in Anspruch nehmen können.

### 4. § 37 Abs. 5, Zuzahlungen zur häuslichen Krankenpflege (Artikel 1, Ziffer 27 b des GMG)

Der bpa begrüßt es ausdrücklich, dass die ursprünglich vorgesehenen Zuzahlungsregelungen deutlich zu Gunsten der Patienten überarbeitet wurden. Ungeachtet dessen halten wir Zuzahlungen für die Patienten, welche häusliche Krankenpflege benötigen, für eine unbillige Härte. In der Regel handelt es sich um **chronisch kranke Menschen, die ohnehin geringe Einkommen und hohe Zuzahlungen in anderen Kranken- und Pflegeversicherungsbereichen zu tragen haben**. Darüber hinaus hält der bpa es für einen falschen und systemwidrigen Ansatz, die kostengünstige, effiziente häusliche Krankenpflege mit Zuzahlungen zu belasten, anstatt mit Anreizen – wie hier beschrieben – als Alternative zur Krankenhausversorgung zu stärken.

Die gleichen Argumente gelten auch für die Haushaltshilfe nach § 38.

#### Änderungsvorschlag:

§ 37 Abs. 5 wird gestrichen.

### 5. § 37 a Abs. 3 Soziotherapie (Artikel 1, Ziffer 28 des GMG)

Wie zur häuslichen Krankenpflege bereits ausgeführt, handelt es sich bei den Zuzahlungen für diesen Personenkreis um eine besondere soziale Härte, die Anreize schafft, stationäre Krankenhausversorgung in Anspruch zu nehmen. Ge-

rade psychisch Kranke sind häufig so genannte „Drehtürpatienten“, deren wiederholte Krankenhauseinweisung nachweislich durch Soziotherapie effizient minimiert wird (vgl. „Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojekts ‚Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker‘ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen“, Hannover 1998, Bd. 115 der Schriftenreihe des BMG). Die Zuzahlung in der Soziotherapie ist darüber hinaus im Verhältnis zur häuslichen Krankenpflege höher. Hier schlägt der bpa vor, die Zuzahlungsregelungen in der Soziotherapie den Leistungen der häuslichen Krankenpflege gleichzustellen.

#### **6. § 38 Haushaltshilfe (Artikel 1, Ziffer 29 des GMG)**

Die Haushaltshilfe ist in der Regel eine Leistung, die in Verbindung mit dem Krankenhausaufenthalt des Versicherten und der Versorgung seiner Kinder steht. Neben den zur Soziotherapie und zur häuslichen Krankenpflege bereits ausgeführten Punkten führt die Zuzahlung zur Haushaltshilfe zu einer Doppelbelastung, da der Krankenhausaufenthalt bereits mit einer Zuzahlung von bis zu 280 € versehen ist. Für die Haushaltshilfe ist der Krankenhausaufenthalt i. d. R. Voraussetzung, **folglich zahlen zumeist Mütter doppelt** – einmal im Krankenhaus und gleichzeitig noch einmal die Haushaltshilfe. Somit verursacht eine Krankheit, die den Krankenhausaufenthalt und die nachfolgende Haushaltshilfe bedingt, eine doppelte Zuzahlung. Zuzahlungen für Haushaltshilfen werden daher vom bpa abgelehnt.

#### **7. § 61 Abs. 1 Satz – Zuzahlung häusliche Krankenpflege (Artikel 1, Ziffer 39 des GMG)**

Der bpa begrüßt – wie zu § 37 bereits ausgeführt – die Entschärfung der Zuzahlungsregelungen, gleichwohl hält er diese aber weiterhin für verfehlt.

Ungeachtet dessen ist die Verordnungsgebühr von 10 € eine Zuzahlung, die nicht für die häusliche Krankenpflege, sondern für eine ärztliche Leistung aufzu-

bringen ist. Denn die Verordnung ist vom Arzt zu erstellen. Folglich zahlt der Patient beim Arztbesuch die so genannte **Praxisgebühr** (§ 28 Abs. 4 i.V.m. § 61 Satz 2) und für den gleichen Besuch eine **Zuzahlung zur ärztlichen Verordnung** (§ 61 Satz 3). Hier wird die ärztliche Leistung nacheinander in zwei Sätzen des gleichen Paragraphen **zweimal mit 10 € belastet**. Wesentlich ist, dass es sich um eine ärztliche Leistung handelt – und nicht um eine Leistung der häuslichen Krankenpflege – für die eine doppelte Zuzahlung verlangt wird. Besonders problematisch wird es, wenn diese Verordnung häuslicher Krankenpflege durch die Krankenkasse abgelehnt oder nur zum Teil genehmigt wird, was gängige Praxis ist.

#### Änderungsvorschlag:

In § 61 Satz 3 werden die Worte „sowie 10 Euro je Verordnung“ gestrichen.

### **8. § 91 – Gemeinsamer Bundesausschuss (Artikel 1, Ziffer 70 des GMG)**

Der bpa hält im Zusammenhang mit den zu § 91 bereits vorgenommenen Änderungen einen weiteren Überarbeitungsbedarf für erforderlich.

Nach Abs. 9 sollen Beschlüsse des Bundesausschusses zukünftig für die Versicherten und die an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verbindlich sein. Hierzu wird – wie in der Begründung ausgeführt – dem Bundesausschuss die Rechtsfähigkeit verliehen. Damit einher geht die Beteiligung der Vertreter der Leistungserbringer Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhausvertretern sowie Patientenvertreter gem. § 140 f SGB V.

Unberücksichtigt bleiben weiterhin die Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen, deren Mitglieder z. B. durch die Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V unmittelbar und nachhaltig betroffen sind. Grundsätzlich besteht nach § 92 SGB V ein Anhörungsrecht – ein qualifiziertes Mitwirkungsrecht ist jedoch nicht vorgesehen, obwohl alle übrigen Leistungserbringer i. d. R. die sie betreffenden Beschlüsse dieses Selbstverwaltungsorgans gemeinsam treffen. **Der bpa fordert mit Nachdruck die Beteiligung der Spitzenverbände der Pflegeein-**



**richtungen bei der Entscheidung über die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege ein, andernfalls halten wir die Rechtsverbindlichkeit der Richtlinie für die Pflegeeinrichtungen für juristisch unzulässig, da die Allgemeinverbindlichkeitserklärung der Richtlinie nicht – wie verfassungsrechtlich gefordert – demokratisch legitimiert ist.**

Vor dem Hintergrund des dem § 91 SGB V innewohnenden Selbstverwaltungs- und Beteiligungsprinzips ist es nur konsequent auch den Spitzenverbänden der Pflegeeinrichtungen eine den anderen Leistungserbringern analoge Beteiligung zu gewähren.

Änderungsvorschlag:

Es wird ein neuer Absatz 8 eingefügt. Der bisherige Absatz 8 wird Absatz 9, Absatz 9 wird Absatz 10 und Absatz 10 wird Absatz 11.

Abs. 8 neu:

„Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 wirken anstelle der vier Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Vertreters der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung fünf weitere Vertreter der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen mit. Die Vertreter der Spitzenverbände der Pflegeorganisationen werden auf Vorschlag dieser vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales berufen.“

**9. § 132 a SGB V – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (Artikel 1, Ziffer 97 des GMG)**

Der bpa hatte bereits im Zusammenhang mit vorhergehenden Gesundheitsreformen auf die Notwendigkeit eines Schlichtungsinstrumentariums in der häuslichen Krankenpflege hingewiesen. Trotz unseres Vorschlags der Einrichtung einer Schiedsstelle, stellt die Einführung einer Schiedsperson einen wichtigen Fortschritt dar.